

## SORTIE DE SECOURS

ILAR Journée extérieure de l'ILAR METZ le 14-06-2014

### « Stress et pratique de l'anesthésie obstétricale »



Hervé Bouaziz



UNIVERSITÉ  
DE LORRAINE



### Le SNARF a appris avec tristesse le suicide d'une anesthésiste de Châteauroux.

publié le 20-03-2014

Cet événement montre à nouveau, s'il en était besoin, la difficulté de notre spécialité.



Les contraintes, les responsabilités, le stress engendrés par notre spécialité, les gardes multiples et fréquentes perturbant notre rythme de vie rend difficilement conciliable notre vie personnelle et notre vie professionnelle.

L'anesthésie-réanimation paie un lourd tribut et reste hélas, l'une des plus touchées par le burn-out et le suicide.

Le SNARF présente ses condoléances à la famille de notre collègue et à toute son équipe qui a été touchée par ce drame.

Dr Christian-Michel ARNAUD,  
président du SNARF

Évaluation du niveau de stress  
et de ses principaux indicateurs  
chez les praticiens de bloc opératoire

Vincent Travers<sup>1</sup>, Antoine Watrelot<sup>2</sup>, Henri Cuhe<sup>1</sup>

- Enquête adressée à 5818 praticiens du plateau technique lourd
- 1204 questionnaires exploitables (29,6% d'anesthésistes, 70,4% de chirurgiens dont 29,4% d'orthopédistes et 12,8% de gynécologues-obstétriciens)

tomé 41 > n°12 > décembre 2012

La Presse  
Medicale

Évaluation du niveau de stress  
et de ses principaux indicateurs  
chez les praticiens de bloc opératoire

Vincent Travers<sup>1</sup>, Antoine Watrelot<sup>2</sup>, Henri Cuhe<sup>1</sup>

Les principaux éléments d'insatisfaction lors de l'activité en salle d'opération étaient la fatigue à l'issue du programme opératoire (43,4 % d'insatisfaction), le rythme entre deux patients (36,5 %) et les retards dans le programme opératoire (26,5 %). Les relations chirurgiens-anesthésistes semblaient difficiles dans 19,7 % des cas et la fourniture du matériel posait problème dans 19,1 % des cas.

tomé 41 > n°12 > décembre 2012

La Presse  
Medicale

## Évaluation du niveau de stress et de ses principaux indicateurs chez les praticiens de bloc opératoire

Vincent Travers<sup>1</sup>, Antoine Watrelot<sup>2</sup>, Henri Cuhe<sup>1</sup>

TABLEAU III

Niveau de stress (jugé sur une échelle de 0 à 10) pour les médecins ayant indiqué une insatisfaction sur différents paramètres de salle d'opération

Paramètres de salle d'opération	Niveau de stress associé	p
Le plaisir pris en plateau technique	7,0	< 0,001
Les relations chirurgiens/anesthésistes	6,7	< 0,001
Le recours possible à un confrère si urgence	6,7	< 0,001
La fatigue à l'issue d'une plage en plateau technique	6,6	< 0,001
Le nombre d'interventions par programme	6,6	0,001
La prise en charge du patient par l'équipe	6,5	< 0,01
L'équipement à disposition	6,5	0,002
La fourniture du matériel	6,5	< 0,001
Les relations avec l'équipe	6,5	< 0,03
Le retard des programmes précédents	6,2	0,01
Le rythme entre deux patients	6,2	0,01

tom 41 > n°12 > décembre 2012

la Presse  
Médicale

## Évaluation du niveau de stress et de ses principaux indicateurs chez les praticiens de bloc opératoire

Vincent Travers<sup>1</sup>, Antoine Watrelot<sup>2</sup>, Henri Cuhe<sup>1</sup>

### **Comportements et état d'esprit avant et après le travail**

Avant de commencer leur journée, l'énergie et l'envie d'exercer leur métier étaient très présentes chez les praticiens de plateau technique (respectivement 81,2 % et 77,6 %) même si un quart d'entre eux appréhendait toutefois leur charge de travail. Mais plus d'un quart des médecins ont signalé se sentir exténués après le travail, avoir un mauvais sommeil, des céphalées ou des douleurs rachidiennes, éléments significatifs d'un état de fatigue et de stress persistant après le travail. Presque la moitié des praticiens déclaraient continuer à revivre leurs moments difficiles après la fin de leur journée de travail.

tom 41 > n°12 > décembre 2012

la Presse  
Médicale

**Évaluation du niveau de stress  
et de ses principaux indicateurs  
chez les praticiens de bloc opératoire**

Vincent Travers<sup>1</sup>, Antoine Watrelot<sup>2</sup>, Henri Cuche<sup>1</sup>

***Ressenti global***

Les items étaient notés de 0 à 10. Le niveau de plaisir moyen était à 6,7 et était jugé être un paramètre stimulant dans 79,2 % des cas. Le niveau de stress moyen était de 5,9 (supérieur ou égal à 8 pour 29,8 %) et était jugé comme inacceptable par 41,4 % des praticiens. Le niveau d'équilibre professionnel moyen était de 6,4. Près d'un médecin sur trois (30,7 %) qui estimait ne pas être en situation d'équilibre professionnel.

***Actions envisagées par les médecins pour améliorer cet équilibre***

Beaucoup de praticiens souhaitaient alléger leur charge de travail en s'accordant plus de temps personnel, en prenant plus de vacances ou en voyant moins de patients. Alors que près de 15 % souhaitaient changer de mode d'exercice ou de lieu d'exercice, 12,7 % des praticiens souhaitaient changer de métier.

J Clin Monit Comput (2012) 26:329–335  
DOI 10.1007/s10877-011-9328-7

**Professional stress in anesthesiology: a review**

Gabriel M. Gurman · Moti Klein · Nathan Weksler

But at the same time, anesthesiology as a profession is still a source of stress for the physician. There is some evidence that stress-related conditions are more common among anesthesiologists than other physicians [5]. In many countries long work hours, production pressure, difficulties encountered as a part of a working team, as well as economic uncertainty are described as main factors of professional stress for the anesthesiologist.

**Professional stress in anesthesiology: a review**

Gabriel M. Gurman · Moti Klein · Nathan Weksler

**Anesthesiology as a stressful profession**

- 1) Frictions between team members are not unusual in the operating room (OR), and this atmosphere could lead to tension and conflicts.
- 2) Anesthesiologists often take care of “healthy patients” and are responsible for more than one patient at the same time (e.g., mother and child during cesarian section).
- 3) Furthermore, anesthesia complications are not easily accepted, either by the patient or his/her family, or by the medical community.
- 4) Last but not least, in some countries, the anesthesiologist competes in his daily activity in the operating room with non-medical professions (like nurse anesthetists in the US), a situation that creates further frustration.

**Professional stress in anesthesiology: a review**

Gabriel M. Gurman · Moti Klein · Nathan Weksler

The factors that significantly correlated with the magnitude of stress were less professional experience, small hospitals, total time of provided anesthesia per week, estimated annual number of cases managed by an anesthesiologist, and a “lack of a supportive milieu against stress” atmosphere.

383 anesthésistes Japonais

Kawasaki K et al. J Anesth 2009

## Stress and burnout in anaesthesia

Anne-Sophie Nyssen and Isabelle Hansez

Current Opinion in Anaesthesiology 2008,  
21:406–411

The six main consensual factors of stress are:

- (1) time constraints,
- (2) excessive (physical and mental) workload,
- (3) complexity of the task,
- (4) responsibility (ethical decision) and fear of harming patients,
- (5) collective dimension of the job, workplace atmosphere, and communication issues,
- (6) lack of job control,
- (7) combining family with being on call.

## Factors compromising safety in surgery: stressful events in the operating room

The American Journal of Surgery (2010) 199, 60–65

Sonal Arora, B.Sc., M.B.B.S., M.R.C.S.\*, Louise Hull, B.Sc., M.S.,  
Nick Sevdalis, B.Sc., M.S., Ph.D., Tanya Tierney, Ph.D., Debra Nestel, Ph.D.,  
Maria Woloshynowych, Ph.D., Ara Darzi, M.D., K.B.E., Roger Kneebone, Ph.D.

		FREQUENCY	
		HIGH	LOW
STRESS	HIGH	Technical Problems Patient Problems Equipment issues	Team-work issues
	LOW	Distractions	Time & Management Issues Personal Problems Teaching

Stress/frequency matrix. Frequency of factors compromising safety and their relative stressfulness.



# Detrimental effects of noise on anaesthetists

CAN J ANAESTH 1995 / 42: 7 / pp 608-11

V.S.S.N. Murthy MD, S.K. Malhotra MD,  
I. Bala MD, M. Raghunathan MSc PhD\*

Effet du bruit sur les fonctions cognitives de 20 internes d'anesthésie-réanimation

Score	test	Pré exposition	Per exposition
1	Efficiencie mentale		
	Test du tracé à la main	22,9 ± 1,94	16,35* ± 1,39
	Test des symboles numériques	83 ± 2,62	74,05* ± 3,46
2	Mémoire à court terme		
	Test de rétention visuelle	9,55 ± 0,51	5,8* ± 0,41

\*p<0,05

Les bruits de salle d'opération ont été enregistrés pendant 90 minutes

Anesthesiology  
81:488-500, 1994  
© 1994 American Society of Anesthesiologists, Inc.  
J. B. Lippincott Company, Philadelphia

## *Production Pressure in the Work Environment California Anesthesiologists' Attitudes and Experiences*

David M. Gaba, M.D.,\* Steven K. Howard, M.D.,† Belinda Jump, B.A.‡

Table 5. Respondents' Observations of Activities Perceived to be Unsafe (%)

	Yes %	No %
Have you ever observed an anesthetist pressured to conduct anesthesia in a fashion you considered unsafe given the level of urgency of the situation?	49	51
In the past 3 yr have you ever observed any of the following events to occur?	54	46
Patient anesthetized for elective surgery without sufficient medical or surgical evaluation	31	69
Patient anesthetized for elective surgery with significant contraindications to surgery/anesthesia	28	72
Nonemergent case begun without adequate monitoring or lines	13	87
Nonemergent cases not aborted after major event (e.g., cardiac arrest)	15	85
Help not called for during a major crisis to avoid "looking bad" or delaying procedure	34	66
Other anesthetist called to do case refused or cancelled by a colleague for patient safety concerns		

Enquête postale menée auprès de 647 membres de l'ASA habitant en Californie  
47% = taux de réponse

## Production Pressure in the Work Environment

### California Anesthesiologists' Attitudes and Experiences

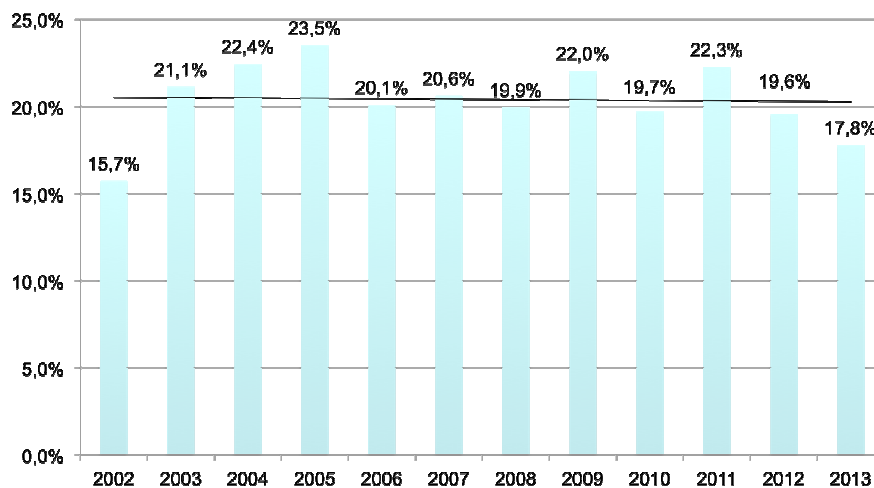
David M. Gaba, M.D.,\* Steven K. Howard, M.D.,† Belinda Jump, B.A.‡

Table 6. Tabulation of Responses to the Most Highly Rated Sources of Production Pressure (%)

	Scale				
	1	2	3	4	5
<b>Internal pressure that you put on yourself to</b>					
Get along with surgeons	12	21	28	29	9
Avoid delaying surgery	6	16	31	39	9
Accrue income from specific high-paying cases (ALL)	56	19	16	6	1
Fee for service	45	23	22	8	2
Salary	88	10	1	0	0
Both	43	19	19	19	0
Avoid litigation (ALL)	18	20	18	24	20
Fee for service	12	17	17	26	27
Salary	30	25	21	18	6
Both	18	23	18	27	14
Work when fatigued	12	37	32	13	6
<b>External pressures someone else explicitly exerts</b>					
<b>Surgeon's explicit pressure to</b>					
Proceed case rather than cancelling	12	28	29	24	6
Hasten your anesthetic preparation or induction	21	36	23	16	4
<b>Administrator's or institution's explicit pressure to</b>					
Reduce turnover time between cases	33	24	21	14	7

Scale: 1 = no pressure to 5 = intense pressure.

La fréquence moyenne des sinistres est de 20,6 %



...un sinistre tous les 4,9 ans!



Ortho: 1 sinistre tous les 1 an et 8 mois

Neurochirurgie: 1 tous les 1 an et 5 mois

Chir Plastique: 1 tous les 2 ans et 5 mois

Obstétrique: 1 tous les 11 ans et 1 mois

Sans bris dentaires: 1/8ans et 10 mois

## Caractéristiques des plaintes en anesthésie obstétricale

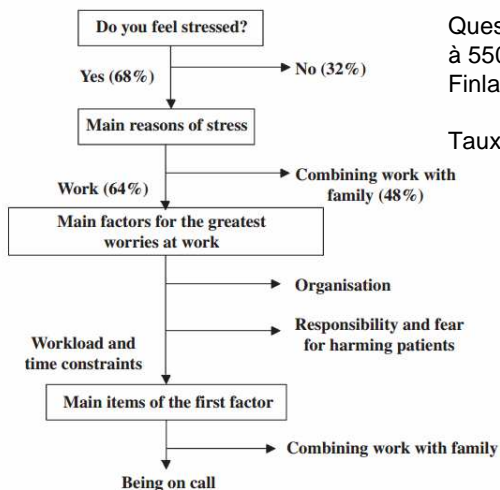
- Elles sont **rare**s (# 20 / 600 000 actes / an)
  - Mais motivées par des **dommages graves**
  - Surtout **néonata**ls, plus rarement maternels
- Les mises en cause sont souvent « **connexes** »
  - L'anesthésie est mise en cause « parmi d'autres »...
- Plus volontiers **péna**les / CRCI > TGI
  - Rôle majeur de « l'affect » en obstétrique
- ↗ contentieux concernant **directement** les SF ?...
  - Les IADE # 0

Diapositive empruntée au Dr Éric Lopard que je remercie...

## On-call stress among Finnish anaesthetists\*

Relation entre stress et charge de travail en garde

P. M. Lindfors,<sup>1</sup> K. E. Nurmi,<sup>3</sup> O. A. Meretoja,<sup>2</sup> R. A. Luukkonen,<sup>4</sup> A.-M. Viljanen,<sup>7</sup>  
T. J. Leino<sup>5</sup> and M. I. Härmä<sup>6</sup>

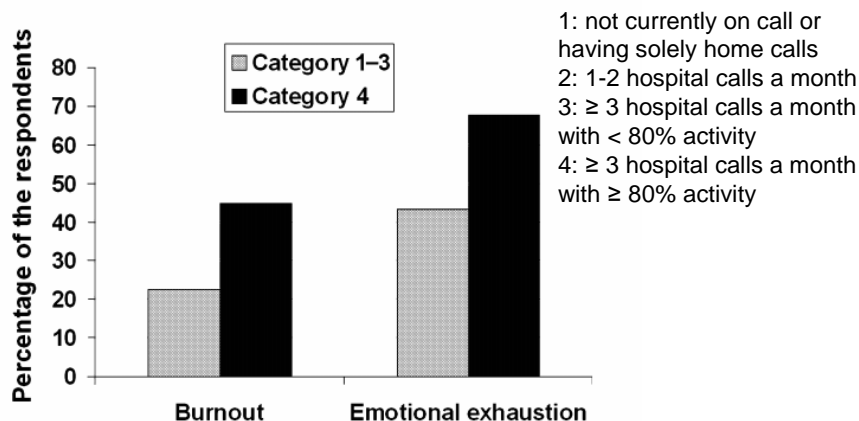


Questionnaire envoyé à 550 anesthésistes Finlandais

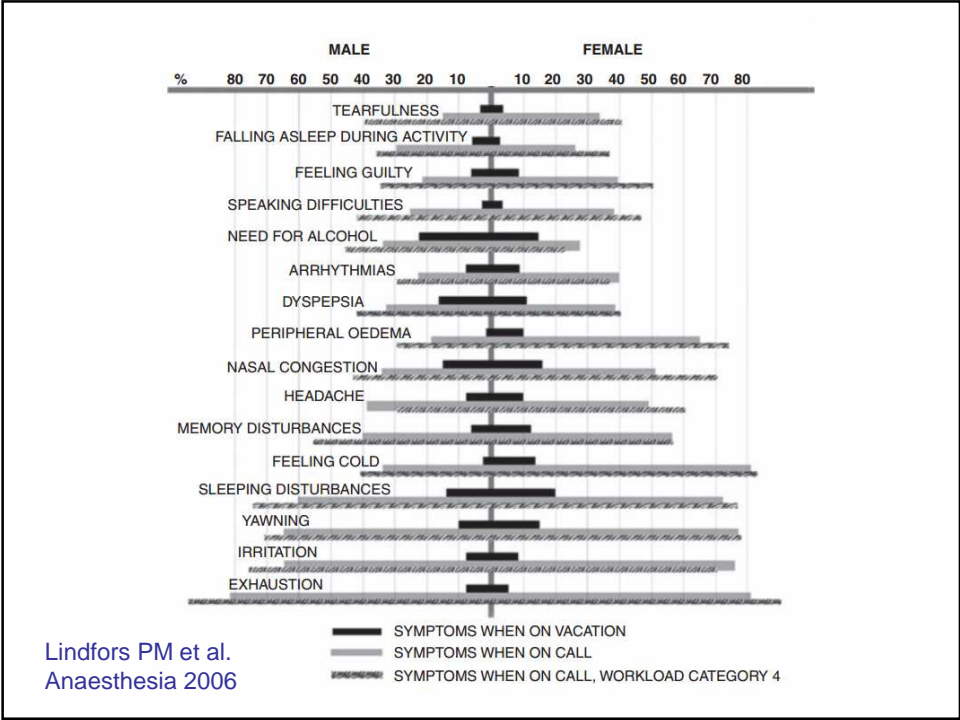
Taux de réponse = 60%


## On-call stress among Finnish anaesthetists\*

P. M. Lindfors,<sup>1</sup> K. E. Nurmi,<sup>3</sup> O. A. Meretoja,<sup>2</sup> R. A. Luukkonen,<sup>4</sup> A.-M. Viljanen,<sup>7</sup>  
T. J. Leino<sup>5</sup> and M. I. Härmä<sup>6</sup>



**Figure 4** Burnout indicator and emotional exhaustion in on-call workload categories 1–3 and 4.






Prévalence et facteurs de risque de l'addiction aux substances psychoactives en milieu anesthésique : résultats de l'enquête nationale

Prevalence and risk factors for substance abuse and dependence among anaesthetists: a national survey

L. Beaujouan <sup>a</sup>, S. Czernichow <sup>b</sup>, J.-L. Pourriat <sup>c</sup>, F. Bonnet <sup>d,\*</sup>,  
et le groupe de travail sur l'addiction en milieu anesthésique <sup>1</sup>

Annales Françaises d'Anesthésie et de Réanimation 24 (2005) 471–479



Le rôle du stress et son impact sur le comportement des médecins anesthésistes-réanimateurs a fait l'objet de plusieurs études [10,11,24,25]. Ces études ont souligné le rôle néfaste du stress, favorisant la consommation d'alcool et d'autres substances psychoactives utilisées pour améliorer les performances des consommateurs [24,25]. Les résultats de cette enquête mettent en évidence que les sujets considérés comme abuseurs ou dépendants se plaignent plus fréquemment de troubles du sommeil et de leurs conditions de travail.

Conséquences du stress au travail

Abus ou dépendance	
■ Au moins une substance	n= 366 (10,9 %)
▨ Alcool	59,0 % (216)
▩ Tranquillisants Hypnotiques	41,0 % (150)
▧ Cannabis	6,3 % (23)
▦ Opiacés	5,5 % (20)
▤ Amphétamines	1,9 % (7)
▣ Cocaïne	1,9 % (7)
▢ Autres	1,9 % (7)

## Chemically dependent health professionals

Susan V McCall, Medical Director, Oregon Health Professionals Program, 6950 SW Hampton, Suite 220, Tigard, OR 97223-8331, susan.mccall@state.or.us

Competing interests: None declared

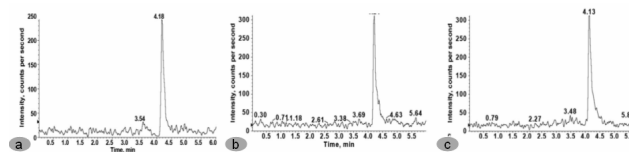
West J Med 2001;174:50-54

### Conséquences du stress au travail

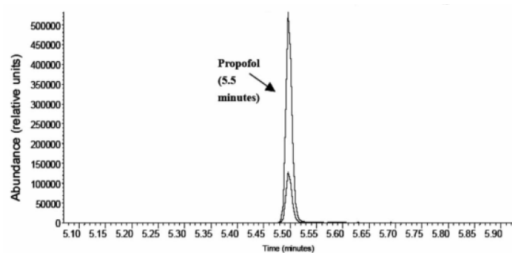
#### Risk factors for addiction in health professionals

- Family history of chemical dependence
- Access to pharmaceuticals
- Emotional problems
- High levels of stress
- Thrill seeking
- Self-treatment of pain
- Chronic fatigue

### Dépendance pharmacologique professionnelle: des causes identifiables ?



Chromatogram demonstrating the presence of fentanyl from air (40 cm<sup>3</sup>) sampled from :  
(a) the cardiovascular surgical suite  
(b) the expiratory circuit of an anesthesia machine  
(c) the headspace above the sharps box



Propofol detection using solid-phase microextraction and gas chromatography-mass spectrometry in exhaled breath from a patient undergoing transurethral prostatectomy

## Causes of Medication Administration Errors in Hospitals: a Systematic Review of Quantitative and Qualitative Evidence

Richard N. Keers · Steven D. Williams ·  
Jonathan Cooke · Darren M. Ashcroft

### Abstract

**Background** Underlying systems factors have been seen to be crucial contributors to the occurrence of medication errors. By understanding the causes of these errors, the most appropriate interventions can be designed and implemented to minimise their occurrence.

**Objective** This study aimed to systematically review and appraise empirical evidence relating to the causes of medication administration errors (MAEs) in hospital settings.

**Data Sources** Nine electronic databases (MEDLINE, EMBASE, International Pharmaceutical Abstracts, ASSIA, PsycINFO, British Nursing Index, CINAHL, Health Management Information Consortium and Social Science Citations Index) were searched between 1985 and May 2013.

**Study Selection** Inclusion and exclusion criteria were applied to identify eligible publications through title analysis followed by abstract and then full text examination. English language publications reporting empirical data on causes of MAEs were included. Reference lists of included articles and relevant review papers were hand searched for additional studies. Studies were excluded if they did not report data on specific MAEs, used accounts from individuals not directly involved in the MAE concerned or were presented as conference abstracts with insufficient detail.

**Data Appraisal and Synthesis Methods** A total of 54 unique studies were included. Causes of MAEs were categorised according to Reason's model of accident causation. Studies were assessed to determine relevance to the research question and how likely the results were to reflect the potential underlying causes of MAEs based on the method(s) used.

**Results** Slips and lapses were the most commonly reported unsafe acts, followed by knowledge-based mistakes and deliberate violations. Error-provoking conditions influencing administration errors included inadequate written communication (prescriptions, documentation, transcription), problems with medicines supply and storage (pharmacy dispensing errors and ward stock management), high perceived workload, problems with ward-based equipment (access, functionality), patient factors (availability, acuity), staff health status (fatigue, stress) and interruptions/distractions during drug administration.

Conséquences du stress au travail

## CLINICAL INVESTIGATIONS

Anesthesiology 2000; 93:922–30

© 2000 American Society of Anesthesiologists, Inc. Lippincott Williams & Wilkins, Inc.

### Cause-specific Mortality Risks of Anesthesiologists

Bruce H. Alexander, Ph.D.,\* Harvey Checkoway, Ph.D.,† Sonia I. Nagahama, B.A., ‡  
Karen B. Domino, M.D., M.P.H.§

**Table 5. Relative Rate Ratios for Drug and Suicide Deaths Comparing Anesthesiologists with Internists before and after January 1, 1987**

		Anesthesiologists (N)	Internists (N)	RR*	95% CI
All drug-related deaths	<1987	36	14	2.65	1.42–4.91
	≥1987	55	19	2.87	1.71–4.84
Drug-related suicides	<1987	16	11	1.48	0.69–3.20
	≥1987	32	11	2.88	1.45–5.71
Suicides	<1987	41	33	1.25	0.79–1.97
	≥1987	62	38	1.60	1.07–2.39

\* Ratio (RR) of anesthesiologists compared with internists for that time period. RR is adjusted for age, gender, and race.  
CI = confidence interval.

Anesthesiology, V 93, No 4, Oct 2000

[Anaesth Intensive Care](#), 2003 Aug;31(4):434-45.

**Are anaesthetists prone to suicide? A review of rates and risk factors.**

[Swanson SP<sup>1</sup>](#), [Roberts LJ](#), [Chapman MD](#).

⊕ **Author information**

**Abstract**

Suicide represents a major source of mortality in Western countries. There is an emerging literature about suicide and the medical profession. The suicide of an anaesthetist represents a catastrophic event, with painful consequences for family, colleagues and the community at large. This review will examine the literature regarding suicide amongst anaesthetists and trainees in the field. It is presented in three sections. First, it provides an overview of existing epidemiological data, comparing rates in the general population, the medical profession, in general, and in anaesthesia, in particular. Second, risk factors that may account for differences in rates will be discussed. Finally, a series of recommendations has been formulated.

Les résultats de la littérature sont non concluants sur:

- 1) le fait que les anesthésistes seraient plus à risque de suicide que les autres médecins
- 2) le lien supposé entre stress au travail et suicide des docteurs.

## Du stress au burnout

- Les mécanismes impliqués dans le stress sont: le SNA et des médiateurs neuroendocriniens qui agissent sur les systèmes immunitaire, gastro-intestinal, neuromusculaire et cardiovasculaire, entre autres
- L'activation aiguë de ces systèmes est bénéfique avec une accélération des réponses essentiellement psycho-motrices
- L'activation chronique de ces systèmes augmente la vulnérabilité à des maladies liées au stress parmi lesquelles le burnout

## Conditions de survenue du Burn-out en anesthésie-réanimation

- Métier stressant
- Requièrè des prises de décision rapides
- Travail d'équipe
- Travail dans un environnement critique durant des périodes prolongées et en horaires décalés.

## Conditions de travail et survenue d'un burn-out

- L'état physique des praticiens peut être altéré par la fatigue et la privation de sommeil (diminution de la vigilance— altération des processus de décision, prolongation du délai de réactivité altération de la mémoire)
- Le stress et la charge de travail excessive aboutissent à un épuisement physique et émotionnel qui rend les praticiens plus vulnérables et altère leur capacité de communication.





## Enquête comparative sur le syndrome d'épuisement professionnel chez les anesthésistes réanimateurs et les autres praticiens des hôpitaux publics en France (enquête SESMAT)

Annales Françaises d'Anesthésie et de Réanimation 30 (2011) 782–794

*Burnout in French doctors: A comparative study among anaesthesiologists and other specialists in French hospitals (SESMAT study)*

M.-A. Doppia<sup>a,\*</sup>, M. Estryn-Béhar<sup>b</sup>, C. Fry<sup>b</sup>, K. Guetarni<sup>b</sup>, T. Lieutaud<sup>c</sup>, le comité de pilotage de l'enquête SESMAT<sup>1</sup>



**Objectif.** – Le syndrome d'épuisement professionnel (SdEP) a des répercussions néfastes sur la santé des professionnels de soins, mais aussi sur la qualité des soins. L'objectif de l'enquête santé et satisfaction des médecins au travail (SESMAT) était de mesurer la fréquence du SdEP chez les médecins et pharmaciens salariés (MPS) des établissements de soins. Les objectifs secondaires étaient de mettre en évidence les facteurs de risque du SdEP chez les anesthésistes réanimateurs (AR) et chez les autres praticiens.

**Méthodes.** – Sur la base d'un questionnaire anonyme autodéclaratif diffusé via un site Internet, le SdEP a été exploré par le *Copenhagen Burnout Inventory* (CBI) chez les AR et les autres praticiens. Différents scores ont été utilisés : pression quantitative de travail ; qualité du travail d'équipe ; influence au travail ; relations interpersonnelles ; santé perçue ; conflit travail/famille ; satisfaction du salaire. Une analyse multivariée par régression logistique multiple a cerné le rôle de chaque facteur.

**Résultats.** – Parmi les 3196 MPS ayant rempli un questionnaire analysable, le CBI a permis de mesurer un score élevé de SdEP chez 38,4 % des AR et 42,4 % des autres praticiens ( $p < 0,05$ ). Dans chaque groupe, on constate un important défaut de perception de cette atteinte puisque seuls 15 % des praticiens identifient le SdEP. Les facteurs de risque du SdEP chez les AR sont une forte pression quantitative (ORaj = 3,40 ; IC<sub>95</sub> 1,34–8,63), un score élevé de conflit travail/famille (ORaj = 3,12 ; IC<sub>95</sub> 1,60–6,08), un score faible de qualité du travail d'équipe (ORaj = 1,99 ; IC<sub>95</sub> 1,14–3,47), et des relations tendues dans l'équipe (ORaj = 1,92 ; IC<sub>95</sub> 1,25–2,95). Ces facteurs de risque sont en majorité retrouvés chez les autres praticiens. Le sexe féminin, l'âge jeune et l'insatisfaction du salaire ont une influence significative, mais différente dans les deux groupes. La déclaration de harcèlement des supérieurs est retrouvée avec une influence significative uniquement chez les anesthésistes (ORaj = 1,83 ; IC<sub>95</sub> 1,04–3,22).

**Discussion.** – Le SdEP touche près d'un médecin ou pharmacien salarié sur deux. Les anesthésistes ne sont pas plus affectés que les autres professionnels et tous rencontrent des difficultés à identifier cet état. Réduire la pression quantitative, les conflits travail/famille et améliorer la qualité du travail d'équipe sont des objectifs primordiaux pour diminuer la fréquence du syndrome d'épuisement professionnel.

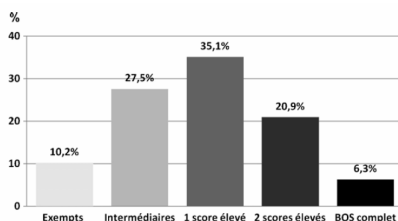


## Facteurs associés au burnout en anesthésie-réanimation. Enquête 2009 de la Société française d'anesthésie et de réanimation

*Burnout-associated factors in anesthesia and intensive care medicine. 2009 survey of the French Society of anesthesiology and intensive care*

G. Mion<sup>a,\*</sup>, N. Libert<sup>b</sup>, D. Journois<sup>c</sup>

Annales Françaises d'Anesthésie et de Réanimation 32 (2013) 175–188



3 composantes:

- Épuisement émotionnel
- Déshumanisation de la relation au patient
- Perte du sentiment d'accomplissement personnel

Au total, 62,3% en burnout

Présentation des résultats de l'analyse multivariée (modèle de régression logistique).

n = 1229	Estimateur	p	OR	IC (95 %) de l'OR
EVA qualité du travail	-0,135	0,0002	0,87	[0,813–0,939]
EVA qualité de la vie privée	-0,104	0,004	0,90	[0,840–0,967]
EVA fatigue ressentie (sur l'année)	0,062	0,03	1,06	[1,005–1,128]
Échelle de dépression	0,084	0,000003	1,09	[1,050–1,127]
Conflits avec les collègues	0,363	0,008	1,44	[1,099–1,881]
Conflits avec les patients	0,582	0,0002	1,79	[1,312–2,439]
Regret du choix de la spécialité	0,621	0,0003	1,86	[1,331–2,603]

OR : Odds Ratio.

## High Incidence of Burnout in Academic Chairpersons of Anesthesiology

*Should We Be Taking Better Care of Our Leaders?*

Gildásio S. De Oliveira, Jr, M.D.,\* Shireen Ahmad, M.D.,† M. Christine Stock, M.D.,‡  
Ronald L. Harter, M.D.,# Marcela D. Almeida, M.D.,\*\* Paul C. Fitzgerald, M.S., R.N.,§  
Robert J. McCarthy, D.Pharm.¶

**Conclusion:** Fifty-one percent of academic anesthesiology chairs exhibit a high incidence/risk of burnout. Age, sex, time as a chair, hours worked, and perceived effectiveness were not associated with high burnout; however, low job satisfaction and reduced self-reported spousal/significant other support significantly increased the risk.



*Anesthesiology 2011*

## Heart Rate Variability and Blood Pressure during Dynamic and Static Exercise at Similar Heart Rate Levels

Matthias Weippert<sup>1,2\*</sup>, Kristin Behrens<sup>1</sup>, Annika Rieger<sup>2</sup>, Regina Stoll<sup>1</sup>, Steffi Kreuzfeld<sup>1</sup>

PLOS ONE | www.plosone.org

1

December 2013 | Volume 8 | Issue 12 | e83690

J Clin Monit Comput (2012) 26:407–413  
DOI: 10.1007/s10877-012-9367-8

### Do waking salivary cortisol levels correlate with anesthesiologist's job involvement?

Moti Klein · Natan Weksler · Yori Gidron ·  
Eliyahu Heldman · Eugen Gurski ·  
Otto Robert F. Smith · Gabriel M. Gurman

Coll. Antropol. 35 (2011) Suppl. 1: 133–138  
Short communication

## Blood Pressure Dipping and Salivary Cortisol as Markers of Fatigue and Sleep Deprivation in Staff Anesthesiologists

Mladen Carev<sup>1</sup>, Nenad Karanović<sup>1</sup>, Jugoslav Bagatin<sup>2</sup>, Nina Berović Matulić<sup>2</sup>, Renata Pecotic<sup>3</sup>,  
Maja Valić<sup>3</sup>, Ivana Marinović-Terzić<sup>4</sup>, Sandra Karanović<sup>5</sup> and Zoran Dogas<sup>2</sup>

# Prévention et management du stress

- *Self-care*, including physical activity, healthy habits, adequate sleep and rest, satisfying hobbies, enough time to spend with family and friends;
- *Healthy nutrition*, meaning a daily breakfast, a diet that assures a body mass index (BMI) not higher than 23, only small and calculated doses of alcoholic beverages;
- *Meditation*, synonymous with deep relaxation, increased calm, and inner peace;
- *Direct action*, by establishing one's priorities and acting to achieve them and especially learning how to say "no" by practicing active assertiveness;
- *Support-seeking*, by asking others for support and assistance when needed, mainly from family (spouse first), with a special accent on female physicians, whose professional activity combines with home duties;
- *Situation mastery*, meaning avoiding chaos and embarrassing situations, and mostly predicting possible crises and trying to avoid them.
- *Adaptability*, which is another word for flexibility, a feature so needed in practicing a service profession such as anesthesiology, implying a continuous search for alternatives;
- *Time management*, including time efficiency and a combination of time spent for the profession and time spent with family and friends;
- *Nurturing a sense of humor*, which establishes a mood or attitude that brings spontaneity, positive emotions, and fun into any activity.

Jackson SH. Acta Anaesthesiol Scand 1999

[Arch Intern Med. 1991 Nov;151\(11\):2273-7.](#)

## A stress management workshop improves residents' coping skills.

[McCue JD<sup>1</sup>](#), [Sachs CL](#)

### ⊕ Author information

#### Abstract

We describe the effectiveness of a stress management workshop designed for physicians. Of the 64 medicine, pediatrics, and medicine-pediatrics residents who agreed to participate in the workshop, the 43 who could be freed from clinical responsibilities constituted the intervention group; the 21 residents who could not be freed from clinical responsibilities were asked to be the nonintervention group. The ESSI Stress Systems Instrument and Maslach Burnout Inventory were administered to control subjects and workshop participants 2 weeks before and 6 weeks after the workshop. The half-day workshops taught management of the stresses of medical practice through: (1) learning and practicing interpersonal skills that increase the availability of social support; (2) prioritization of personal, work, and educational demands; (3) techniques to increase stamina and attend to self-care needs; (4) recognition and avoidance of maladaptive responses; and (5) positive outlook skills. Overall, the ESSI Stress Systems Instrument test scores for the workshop participants improved (+1.27), while the nonintervention group's mean scores declined (-0.65). All 21 individual ESSI Stress Systems Instrument scale items improved for the workshop, compared with eight of 21 items for the nonintervention group. The workshop group improved in the Maslach Burnout Inventory emotional exhaustion scale and deteriorated less than the nonintervention group in the depersonalization scale. We conclude that a modest, inexpensive stress management workshop was received positively, and can lead to significant short-term improvement in stress and burnout test scores for medicine and pediatrics residents.



**N°Vert 0 800 00 69 62**

APPEL GRATUIT DEPUIS UN POSTE FIXE



### Pourquoi?

Comme leurs confrères d'autres spécialités, les anesthésistes réanimateurs peuvent rencontrer des difficultés d'ordre ou à retentissement psychologique : épuisement professionnel, troubles anxio-dépressifs, conduites addictives, situations de harcèlement, perturbations dans la sphère privée, ... Le déni collectif et des pratiques d'automédication pour faire face retardent une prise en charge adaptée et efficace et majorent l'isolement.

### Quand la souffrance est devenue indicible...

Chaque année, notre communauté anesthésique est endeuillée par le suicide d'Internes et de seniors ou d'infirmier(e)s anesthésistes diplômé(e)s d'État (IADE).

### Tout médecin en exercice

libéral ou en secteur public, ou en cours de formation d'Interne, ainsi que tout IADE, peut accéder au service s'il ressent la nécessité de dialoguer avec un professionnel de l'écoute et de l'accompagnement psychologiques.

### Événements

d'ordre professionnel ou personnel : accident, maladie, deuil, divorce, stress, épuisement, conduites addictives, harcèlement, conflits, mise en cause professionnelle... Les proches des bénéficiaires (parents ascendants et descendants), vivant au même domicile, ou les conjoints, y compris en union libre, peuvent aussi obtenir un conseil pour aider un professionnel de l'anesthésie en difficulté.

### Recevoir une aide

pour énoncer et clarifier une difficulté impossible à exprimer dans son entourage professionnel ou privé ou auprès d'un médecin traitant... (en France, 8 médecins sur 10 n'ont pas de médecin traitant pour s'occuper de leur santé ... 60 % des P.H. ne se font pas suivre en Médecine du travail)



**ASSPRO**  
ASSOCIATION DE PRÉVENTION  
DU RISQUE OPÉRATOIRE

## PROGRAMME DU WEEKEND GESTION DU STRESS

Relais & Château le Vieux Castillon du Gard – 10 rue Turion Sabatier – 30210 Castillon-du-Gard

**Vendredi 13 Juin 2014**