

Relation Chirurgien-Anesthésiste : que faire quand il y a de l'eau dans le gaz ?

Relation Between Surgeons and Anesthetists: What Should be Done in Case of Conflict?

V Travers (1), H Cuche (2)

1- *Clinique les Lauriers - 147, avenue Jean Giono 83600 Fréjus, France.*
2- *Clinique Saint Charles - 10, rue de Flesselles 69001 Lyon, France.*

Résumé

Les relations entre chirurgiens et anesthésistes sont parfois conflictuelles au sein du bloc opératoire. Les causes en sont soit organisationnelles (gestion du temps surtout) ou plus souvent émotionnelles en lien avec le stress du bloc et des ego forts. La mise en place de protocoles de bloc opératoire, le développement de l'ambulatoire ont beaucoup réduit les conflits organisationnels. En revanche, en lien avec une fréquence accrue de burn out, les causes émotionnelles restent fréquentes. Une gestion pendant l'événement et après celui-ci, ainsi qu'un travail en amont, permettront de réduire les conflits

Mots clés

- ◆ Relation chirurgien/anesthésiste
- ◆ Conflit au bloc opératoire
- ◆ Facteur humain

Abstract

Relationships between anesthetist and surgeons are sometimes difficult in operating theater. Causes are either organizational (due to a bad gestion of the time) or more often emotional, due to the stress during surgery and strong egos. Organizational protocols, development of fast track have limited the organizational conflicts. At the contrary, due to increase of burn out, emotional conflicts remain frequent. A better gestion during and after the conflict, a better formation upstream will limit the conflicts.

Keywords

- ◆ Relation between surgeons and anesthetists
- ◆ Conflict management in operating theater
- ◆ Human factor

Correspondance

Vincent Travers
Clinique les Lauriers - 147, avenue Jean Giono 83600 Fréjus.
E-mail : vincenttravers92@gmail.com

Le bloc opératoire porte bien son nom anglais de « Operating Theater », il est parfois le théâtre de conflits. Autour du patient et de l'équipe paramédicale et administrative, deux acteurs clés s'affrontent parfois : le chirurgien et l'anesthésiste. Les conflits ne sont pas rares, souvent en lien avec le « facteur humain », source de détérioration de l'ambiance au sein de l'équipe ou d'incidents médicaux. Nous avons voulu en répertorier les causes, et comprendre comment les éviter.

Un peu d'histoire

Les choses ont changé (1) ! Le rapport de dominance du chirurgien (homme, ancien interne, souvent propriétaire de la clinique) vis-à-vis des anesthésistes (femme, Certificat d'Études Supérieures, « pousse seringue ») s'est inversé : harmonisation des formations, modifications des ratios hommes/femmes dans toutes les spécialités (avec environ 35 % de femmes chirurgiens et 65 % d'hommes anesthésistes), complexification des tâches de l'anesthésiste réanimateur, unité de la SFAR : Société Française d'Anesthésie Réanimation).

Les anesthésistes sont plus présents au bloc opératoire que les chirurgiens et se retrouvent plus souvent à des postes de responsabilités (président CME (Commission médicale d'établissement), responsables du conseil de bloc).

Quels sont les causes de conflit ?

Les causes de conflit sont :

- organisationnelles (retards itératifs, programmes trop chargés, mauvaise organisation du bloc, problème de matériel, anesthésiste remplaçant, absence de personnalisation de la relation patient/ anesthésistes (2), rythme trop rapide, problèmes dans la gestion du post opératoire) ;
- mais surtout comportementales et émotionnelles (le stress du bloc n'excusant pas certains comportements) liées à des egos très forts.

Ce qui génère ces problèmes émotionnels est souvent en rapport avec la gestion du temps (rythme trop soutenu, retards en début de bloc, urgences qui se rajoutent) mais aussi en lien avec la gestion de l'humain : manque de tolérance vis-à-vis du travail de l'autre, manque de communication avant et en fin de vacation (briefing et débriefing).

On est donc dans le domaine de la communication et du comportemental.

Mais quelle est la face immergée de l'iceberg ?

Quelle est l'image de l'autre ?

Il nous semble important de savoir l'image que chacun a de l'autre (la représentation sociale). C'est ce que chacun pense en fait de l'autre. Nous avons donc fait une enquête (1) consistant pour l'anesthésiste à dire trois mots en lien avec le mot chirurgien et vice et versa. Nous avons ainsi obtenu 988 items pour les anesthésistes et 189 pour les chirurgiens.

Si chacun respecte totalement l'aspect travail de l'autre, et à une moindre mesure l'aspect gestion d'équipe, c'est sur le plan du caractère que cela se gâte ! L'anesthésiste voit le chirurgien hautain, prétentieux ou se prenant pour Dieu ! Le chirurgien voit l'anesthésiste démotivé, ne personnalisant pas sa relation avec le patient et de mauvaise foi.

C'est donc dans le domaine du comportement et de la communication que se jouent les conflits. Le niveau croissant de burn out dans ces deux professions ne fait qu'aggraver les tensions (3).

Car sur le plan organisationnel les choses se sont bien améliorées : conseil de bloc - harmonisation des pratiques les protocoles écrits et validés par tous notamment dans le suivi post opératoire - meilleure gestion de l'organisation rendue nécessaires par l'ambulatoire puis le fast track.

En cas de conflit le recours à ces structures permet de résoudre les dissensions.

Que faut-il ne pas faire quand il y a de l'eau dans le gaz ?

- Envenimer les choses en répondant de manière violente ou sarcastique ;
- Rester en face à face dans le conflit ;
- S'exprimer devant l'équipe ou le patient ;
- Accuser l'autre ;
- Dire : ne t'énerve pas ! ;
- Partir sans explication ;
- Généraliser un fait (par exemple : tu es toujours en retard).

Que faut-il faire pour gérer un conflit ?

Ce qu'il faut faire :

- attendre la fin du geste médical ;
- laisser passer la vacation pour laisser diminuer l'émotionnel ;
- proposer ensuite une discussion en débriefing en restant factuel ;
- travailler son assertivité: chercher un modèle gagnant gagnant ;
- développer des moments hors travail pour accroître la complicité ;
- s'intéresser à ce que fait l'autre ;
- partager les congrès, les cadeaux, les publications ;
- respecter que l'autre puisse être différent notamment en terme de gestion du temps.

Dans l'aéronautique, les séances de briefing et de débriefing, le plus souvent dans la salle de repos autour d'un verre, avaient leur équivalent en salle de garde. Hélas, les équipes médicales n'ont plus d'endroit pour partager les bonnes et les moins bonnes choses, ce qui fait que les différends demeurent et s'amplifient. Nous restons des compagnons travaillant ensemble et, du fait du poids croissant de l'administration, sommes soumis à des critères quantitatifs de rentabilité ce qui empêche d'avoir le temps de se parler. C'est un fait reconnu par la HAS dans le cadre de la commission souffrance au travail dont l'auteur est membre, mais hélas les objectifs de rentabilité et d'économie (cruellement dévoilé par la crise actuelle) restent prégnants que ce soit à l'hôpital ou dans les « grands groupes ».

Il faut donc redécouvrir le « travailler ensemble ».

Restent les cas désespérés (alcoolisme, misogynie, racisme) nécessitant une médiation de l'administration ou du conseil de l'ordre.

Conclusion

Notre métier n'est pas que technique, le facteur humain, facteur principal d'erreur médicale, justifie un travail spécifique, pour plus de sérénité dans les relations entre chirurgiens et anesthésistes.

Notes

Cette communication reprend deux livres écrits par les auteurs : oser un regard nouveau sur la relation chirurgien/anesthésiste et relation chirurgien/anesthésiste un seul bloc.

Références

1. Cuche H, Travers V. Oser un autre regard sur la relation entre anesthésiste et chirurgien. Ed Arnette 2009.

2. Cuche H, Travers V. L'anesthésie : une relation personnalisée ou une prestation de service ? Enquête multicentrique n°R416 ASFAR 2009, communication particulière.
3. Travers V, Watrelot A, Cuche H. Évaluation du niveau de stress et de ses principaux indicateurs chez les praticiens de bloc opératoire. Presse Médicale 2012;41:1-9.