

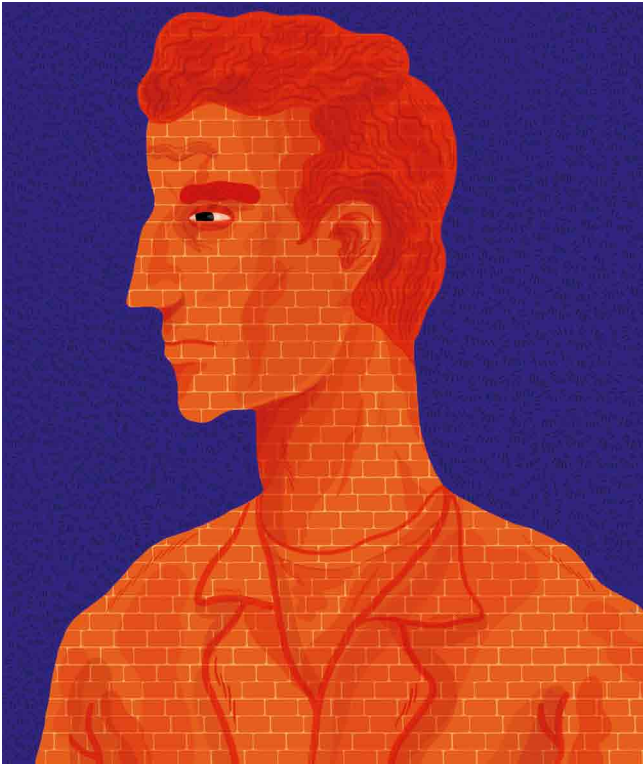
NUS SOUS LEUR BLUES

ENQUÊTE SUR LE BURN-OUT DES INTERNES

« LES INTERNES NE SONT PAS DES SUPER-HÉROS, MÊME SI C'EST CE QU'ON LEUR DEMANDE », EXPLIQUE LE DOCTEUR ERIC GALAM. POURTANT, ILS SONT NOMBREUX A AVOIR CONNU UNE PERTE DE SENS, À « FONDRE EN LARMES », À NE TROUVER PLUS DU TOUT D'INTÉRÊT POUR LEUR MÉTIER, FACE À LA SOMME D'EXIGENCES QUE LE MILIEU HOSPITALIER LEUR DEMANDE SOUVENT. POUR « H », ELSA BASTIEN A RENCONTRÉ DES INTERNES QUI ONT VÉCU UN BURN-OUT. ILS RACONTENT.

Texte : Elsa Bastien

Illustration : Simon Bournel-Bosson



« Je ne comprenais pas. J'étais très fatiguée, j'ai même fait une prise de sang pour voir si j'avais pas un truc. En fait, c'était comme une dépression qui ne toucherait que le monde du travail. Je voulais tout arrêter. » C'était il y a six ans, le numerus clausus était bien bas et Patricia avait des semaines de 90h ponctuées de trois gardes. Si elle a aujourd'hui du recul, c'est parce que les années ont passé, mais aussi parce qu'elle a couché son expérience sur papier, en écrivant un livre, le bien nommé *Burn-out* (Atlantica éd., 2010). On a en tête une certaine image du médecin, notamment du généraliste, écrasé par les horaires, les responsabilités et l'isolement qui n'en peut finalement plus. Mais on en oublie les internes, de toutes spécialités, loin d'être épargnés par le phénomène. D'un point de vue théorique, le burn-out se caractérise par trois manifestations : l'épuisement émotionnel, la dépersonnalisation et une baisse de l'accomplissement personnel. Et peut être mesuré par l'échelle de Maslach (ou MBI). « Il ne s'agit pas d'un outil dichotomique : BO ou pas BO. C'est plus une analyse globale sur le ressenti du sujet à un

moment T, souligne Marie, qui a fait sa thèse sur le burn-out des internes en médecine gé.

Plus trivialement, le burn-out, c'est un mal être au travail, un élastique qu'on a tendu tellement longtemps, qu'il finit par claquer. La tension de trop pour Patricia a eu lieu un jour pluvieux. « J'avais tout mon bordel dans la voiture, je changeais de stage. Et bam une durite pète sur l'autoroute, ma roue crève, je suis sous la flotte... Cauchemardesque. Je ne me sentais plus la force, je suis allée aux choix des gardes quand même, quand j'ai vu le nombre j'ai fondu en larmes ». Elle tient le coup deux jours. « Je voulais dormir, dormir pendant des mois. J'ai tout envisagé ! La perte de sens était telle que j'étais prête à arrêter la médecine. » Ce sera plutôt une dispo de six mois, qu'elle consacre à l'écriture de son livre après avoir — enfin ! — compris qu'elle faisait un burn-out en se renseignant sur le net. Un « coup de gueule » plutôt salvateur. Elle alterne aujourd'hui médecine générale et journalisme.

CUL ENTRE DEUX CHAISES — En fait, le burn-out est la barre la plus haute sur l'échelle de la souffrance au travail. Diane, par exemple, n'a pas fait de burn-out, mais cette interne s'est trouvée dans un état de fatigue intense, ponctué de phases de « je ferais mieux d'aller élever des chèvres », surtout pendant les premiers semestres. « Mais on est tellement aliéné par le travail dès le début de notre cursus qu'on n'a pas le recul pour se dire qu'il faut s'arrêter, c'est déjà le lendemain et le réveil sonne », rigole-t-elle. En papotant avec son frère militaire, ils en sont arrivés à comparer la médecine à l'armée. « Tu ne pleures pas, tu ne poses pas de questions.

BURN-OUT, LES 5 SIGNES QUI NE TROMPENT PAS :

- 1. TU ES ÉPUIsé, DÈS LE MATIN, ET VA AU TRAVAIL EN TRAINANT DES PIEDS**
- 2. TU ES ANXIEUX, STRESSÉ, DÉPRIMÉ**
- 3. TU AS DES PRATIQUES ADDICTIVES**
- 4. TES PATIENTS T'IRRITENT, TU T'ÉNERVES FACILEMENT**
- 5. TU PERDS TON INTÉRÊT POUR LE BOULOT, OÙ TU N'ES PLUS HEUREUX. CETTE DÉMOTIVATION PEUT-ÊTRE PARFOIS COMPENSÉ PAR UNE HYPERACTIVITÉ DE "DÉNI"**

Et quand tu es interne, tu as le poids de la hiérarchie. Il faut arriver à se positionner, entre apprenant et futur collègue », souligne-t-elle. L'interne pâtit donc de ce statut particulier, entre « étudiant et médecin, donc le cul entre deux chaises, balance Marie. Si on n'a pas de seniors avec nous, ce qui est courant, on prend les décisions seuls sans avoir d'oreille. C'est paradoxal pour des gens en formation ! » Saupoudrez à ça les horaires et surtout de grosses responsabilités... « Il y a des moments où tu te demandes clairement si tu as tué quelqu'un. On a tous plusieurs maccabées sur la conscience », affirme Diane fort sérieusement. « J'ai déjà eu l'impression d'être Mickey Mouse dans Fantasia, un apprenti magicien. Et ça, on n'apprend pas à y être confronté ». Au contraire, bien des jeunes arrivent sur les bancs de la fac en pensant étudier une science exacte... alors que la médecine demande des ajustements constants.

MANQUE DE RECONNAISSANCE — Le burn-out est loin derrière Patricia, la médecin-journaliste. Miriam elle, ne s'en est pas vraiment remise. En vérifiant, un peu fébrile, que tout est prêt la veille de l'ouverture de son cabinet, elle reconnaît qu'elle a « un dégoût maladif et intense de l'hôpital ». Au début de son internat, elle était décidée : elle ferait de la néonatalogie, mais un burn-out plus tard, elle n'avait qu'une hâte : ne pas suivre un cursus classique d'interne en pédiatrie, « quitter l'hôpital où j'avais fait ce stage, et quitter au plus vite l'hôpital tout court ». « Je garde toujours des traces très marquées de cette période : le moindre contact avec un autre médecin (pour un avis ou une hospitalisation) est difficile. » À l'époque, elle est en 6^e semestre de pédiatrie, en stage de réanimation néonatale et clairement, ça ne va pas fort. Comme Patricia, elle ne pense pas au burn-out. « Je n'en avais jamais entendu parlé. Ou de loin. Je ne me sentais pas concernée. » Elle pense simplement que le stage est long, que l'hiver est long, et que tout ça va passer bien vite. Les trajets en train, chaque jour, grignotent sa journée, et elle rentre tous les soirs pour trouver son bébé en pleurs, à l'heure du coucher. Sur ce terrain « fragile », « ma vie professionnelle est devenue ma maladie », résume-t-elle. Un matin, son chef lui tend un post-it : il y avait inscrit un rendez vous chez un psy pour le lendemain. « J'ai été surprise et soulagée qu'il y ait un mot pour décrire la pente de tristesse sur laquelle je glissais depuis plusieurs semaines. Travailler était fatigant, mais donner l'impression que tout allait bien et savoir que je n'y arrivais pas était épuisant. » À l'époque, elle se sent mal reconnue, isolée, jugée, finit par perdre du poids et la non fumeuse achète ses premiers paquets. Une « zombie ! » dit-elle aujourd'hui.

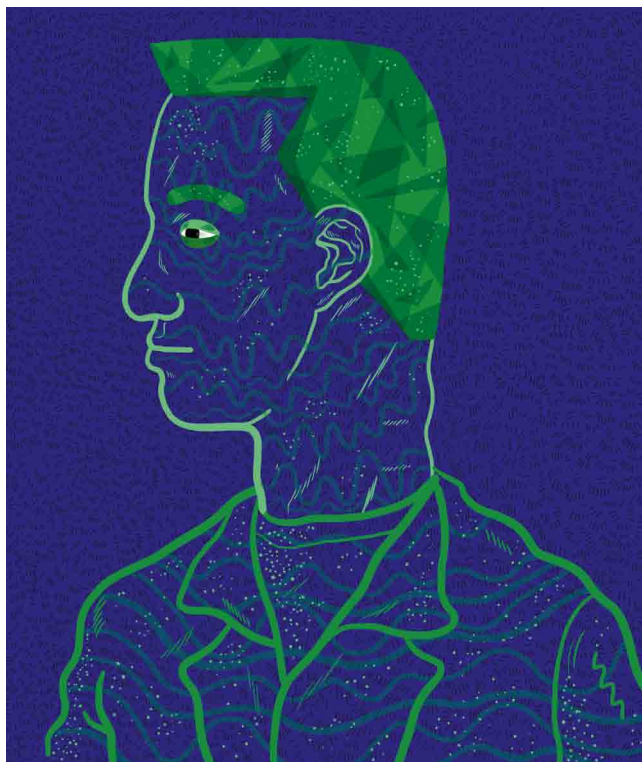
Le manque de reconnaissance est un des principaux points évoqués par les internes, qu'ils aient vécu un burn-out ou pas. « On ne saluera jamais un effort, appuie Diane. Tu es une interne comme une autre, ça fait partie du bizutage médical, faut que t'en chies. Ceux qui ont le pouvoir de faire avancer les choses partent du principe que c'est la norme de bosser comme un chien ». Il y a sûrement moins de médecins

prêts à sacrifier jours et nuits pour leur métier aujourd'hui. Pas parce que les nouveaux internes sont des feignants mais parce qu'« il y a un malentendu ! Il y a un équilibre effort/récompense. C'est normal. Or les médecins ne sont pas du tout reconnus comme avant », conclue-t-elle.

NO LIMITS — S'il y a une chose qui ne change pas, c'est qu'aller mal, et le dire, n'est pas une option pour un interne. « A peine savait-on qu'untel était en arrêt de travail. Et puis en parler ? Mais à qui ! On ne peut pas montrer qu'on n'est pas capable, ça voudrait dire qu'on n'est pas capable d'être médecin », explique Patricia. D'autant qu'à la fin de l'internat, il faut encore faire valider son stage. « J'avais honte » renchérit Miriam. Ça fait partie du boulot du médecin d'être le réceptacle de la souffrance, de la mort, et de rester cet être altruiste qui résiste à tout. Je culpabilisais aussi parce que j'avais l'impression que je ne vivais rien de grave, à côté des familles dont je m'occupais ». Des décès d'enfants, des diagnostics lourds.

Son psy lui demande de s'arrêter six semaines et de prendre des anti-dépresseurs pendant six mois minimum ? Ce sera ▶

DOSSIER



ALLÔ BURN-OUT!

Faites le pas, parlez-en ! À vos amis, vos co-internes, vos maîtres de stage, vos syndicats. En tant qu'interne, vous pouvez contacter le Sumppps, ou service universitaire de médecine préventive et de promotion de la santé, et la médecine du travail. Vous pouvez aussi vous tourner vers les Bapu (Bureaux d'aide psychologique universitaire), des centres de consultation pour les étudiants qui souhaitent une aide psychologique. Les lignes d'écoute ci-dessous peuvent également vous aider :

> **0810 00 33 33**

LA LIGNE D'ÉCOUTE À L'INITIATIVE DU CNOM

> **0826 004 580**

LA LIGNE D'ÉCOUTE POUR LES MÉDECINS LIBÉRAUX

> **0800 00 69 62**

LA LIGNE D'ÉCOUTE DES ANESTHÉSITES RÉANIMATEURS

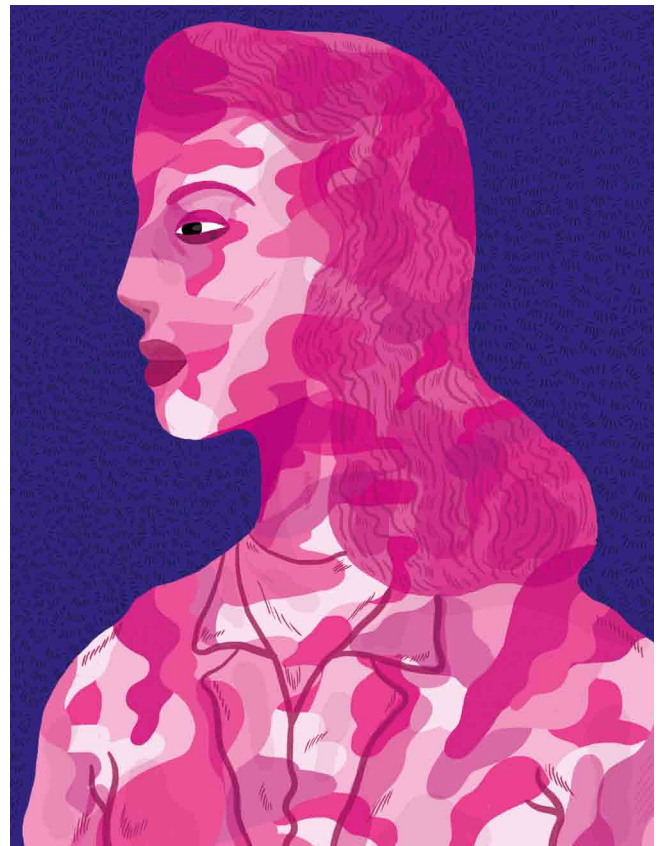
> **01 40 54 53 77**

LA LIGNE D'ÉCOUTE POUR LES ADHÉRENTS DU GROUPE PASTEUR MUTUALITÉ

Plusieurs sites proposent d'évaluer votre niveau de burn-out. Cliquez par exemple ici : <http://minilien.fr/a0o35w> ou là : <http://minilien.fr/a0o395>

trois semaines d'arrêt et quatre mois sous médicaments. Une manière d'accepter à moitié le diagnostic. Mais surtout, prendre un arrêt de travail est impensable vu que pour peu qu'un interne manque à l'appel, les autres se retrouvent complètement surchargés... et pas forcément à l'écoute, du coup. Du moins c'est comme ça que l'a vécu Miriam. « Avec le recul, j'étais ce bon petit soldat qui peut faire tout ce qu'on attend de lui, je ne pouvais pas concevoir l'idée d'un épuisement. Mes co-internes étaient comme moi avant : des bons petits soldats qui n'ont pas de limites, et n'acceptent pas que d'autres puissent en avoir. »

Et même si la P1 est loin derrière, la pression est toujours là. Beaucoup rêvent de poste d'assistant ou de chefs de clinique, et pour ça, pas de secret « il faut être "mieux" que les autres », balance Diane. « Du moins, montrer une force de caractère, écrire plein d'articles, des présentations pour le service... Il y a une petite surenchère. Il m'est arrivé deux fois de refuser mon repos de garde, et de faire ma visite du lendemain. J'étais jeune », rigole-t-elle. Ne pas s'autoriser de limites, cela peut aussi impacter sur la qualité des soins. Si Miriam était consciencieuse, « la prise en charge d'un patient occupait nettement moins mon esprit que l'effort que je devais faire pour être la ». Un sacerdoce! ●



ERIC GALAM

« LES INTERNES NE SONT PAS DES SUPER-HÉROS! »

Ce médecin généraliste a publié *L'erreur médicale, le burn-out et le soignant* aux éditions Springer (2012) et a créé le numéro vert 0826 004 580, une assistance téléphonique pour les médecins libéraux en souffrance.



Parler de burn-out chez les médecins, c'est lever un tabou ?

C'est la grande mode et c'est tant mieux ! Paradoxalement, le concept a été créé pour les personnels aidants, les soignants, les enseignants, les policiers... mais chez les médecins, le tabou est fort. On a fini par montrer qu'étant l'aidant par excellence, ils étaient bien sûr aussi touchés.

La problématique du burn-out, c'est que l'on est épuisé d'un trop d'investissement non reconnu. En gros, ça ne touche que des gens qui croient en leur métier, c'est une maladie de la relation d'aide. On est au bord de l'épuisement, mais on tient on tient... Et d'un coup c'est la faillite et cela peut être brutal, avec des risques de suicide. Parler du burn out, c'est important pour plusieurs raisons. Pour la santé des soignants déjà ! Tout le monde s'en fout, mais ils méritent d'être heureux. Ensuite, pour la qualité des soins, et enfin pour la sécurité de ces soins, car il peut générer des erreurs médicales. Le burn-out est dangereux pour la collectivité.

C'est quoi exactement un burn-out ?

C'est un syndrome qui comporte trois dimensions : je suis épuisé, je dépersonnalise, et je ne m'accomplis plus dans mon métier. Quand on n'arrive plus à mettre de l'humanité dans son métier, on transforme les patients en choses, en objets, voire en problèmes. Cette dépersonnalisation est plus importante chez les jeunes que chez les vieux médecins puisque c'est le propos, en partie, de la formation en médecine. Pour devenir professionnel, il faut arriver à voir des maladies, des symptômes, plus que des gens. Mais après, il s'agit de retrouver son humanité. Si on n'en est pas capable, l'investissement n'a plus de sens.

Paradoxalement donc, les médecins ne vont pas bien. Tout fonctionne encore parce que le côté super héros fait qu'ils sont capables de tout supporter, les internes sont formés à ne pas dormir, à prendre sur eux, etc. Mais la réalité, c'est que si plein de super héros sont fatigués, quand l'un tombe, il y a une surcharge de travail pour les autres et le risque d'une contagion émotionnelle.

Les internes sont-ils particulièrement concernés ?

L'internat est une période de transition et donc de fragilité. Brutalement, lorsqu'on devient interne, on monte en responsabilité sans avoir l'expérience ou le recul nécessaires. En plus, les internes ne sont pas toujours accompagnés par des seniors. C'est scandaleux car c'est un temps de formation durant lequel on apprend à mettre son savoir en pratique, à gérer sa position de soignant. On apprend aussi ce qu'est un bon médecin, c'est-à-dire quelqu'un qui supporte, ne se plaint pas, qui est indigne et nul s'il se trompe. On appelle ce dernier point le « hidden curriculum », ou curriculum caché, implicite.

Quelles sont les causes du burn-out chez les médecins ?

Il y en a plusieurs. Déjà, la surcharge démographique. Ensuite, l'évolution de la pratique médicale. La conception de la médecine n'est plus paternaliste, et c'est bien, mais en même temps, elle est devenue intrusive, autoritaire, juridique. On considère que l'erreur n'existe pas car la médecine doit être parfaite. Les patients, la société, veulent que les médecins restent de grands savants mais qu'ils soient capables d'expliquer toutes leurs décisions. On sait pourtant très bien que le médecin n'exerce pas une science exacte. Il y a un biais entre la réalité – on passe notre temps à pondérer les risques qu'on prend dans nos décisions – et les patients qui pensent que la médecine est toute puissante.

Et puis les étudiants ne sont pas du tout formés à l'humanité alors qu'on a un métier basé sur l'humain. Enfin, le vécu de la pratique médicale – si l'on est fatigué ou énervé par exemple – est considéré comme hors-sujet. Or nous ne sommes pas des techniciens qui soignent des machines.

Quelles solutions préconisez-vous ?

L'une des solutions serait de réintégrer cette donnée-là dans la formation, de sortir ces cours de la clandestinité, comme annoncer une mauvaise nouvelle, assumer un désaccord avec un patient ou avec un chef, gérer les erreurs médicales. Mais il faut travailler sur plusieurs axes. Il y a l'aspect formation donc, mais aussi l'aspect philosophique, qui s'attache à la conception de la médecine que l'on a, et l'aspect professionnel, ou l'organisation des soins, qui relève de la responsabilité politique.

DROGUES STORE

LES STUPÉFIANTS : REMÈDES AU STRESS ?

Texte : Louis Lambert

CHEZ LES INTERNES EN ANESTHÉSIE, « CES ADDICTIONS NE SONT PAS RÉCRÉATIVES MAIS EN LIAISON AVEC DES DIFFICULTÉS PROFESSIONNELLES »

« Les internes en anesthésie qui se la mettent à la kétamine, c'est quelque chose que tu entendas partout. » Andrès, interne en oncologie à Nancy, nous introduit à cette « légende urbaine » qui court dans les services des hôpitaux. En anesthésie et en réanimation, les docs s'amuseraient à détourner opiacés et sédatifs pour leur consommation personnelle.

L'origine de la rumeur : le maniement de ces produits sensibles par les anesthésistes au quotidien. Dans le service d'oncologie d'Andrès, l'accès à certaines substances est strictement contrôlé : « Les internes par exemple n'ont pas le droit de prescrire de la morphine. Et il y a un coffre pour les produits classés stupéfiants : une seule infirmière a la clé. »

Des mesures drastiques qui ne peuvent pas s'appliquer dans les services d'anesthésie où les internes sont en contact permanent avec des opiacés.

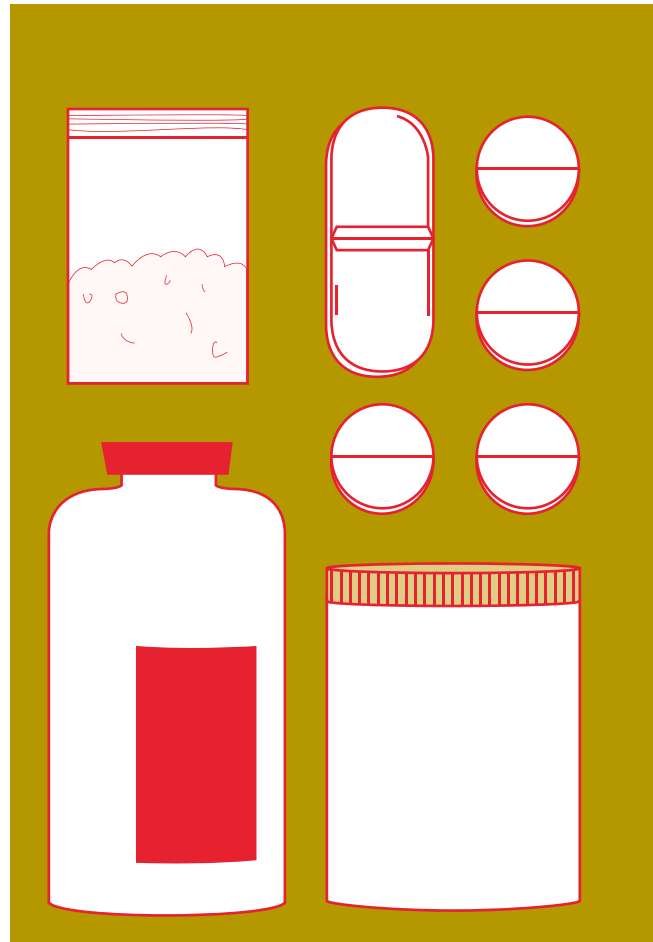
NARCOTIQUES — Parmi les produits anesthésiants régulièrement cités pour leurs usages récréatifs, le protoxyde d'azote ou la kétamine. Le premier est un gaz incolore connu pour ses propriétés hallucinogènes et ses effets euphorisants plutôt gentils. C'est ce qu'on appelle le gaz hilarant. « Grosso modo, ça dure une trentaine de seconde et tu pars dans un fou rire. Mais franchement il n'y a rien de plus », témoigne Claire, qui a déjà inhalé pour le fun à l'hôpital. Plus trash, la kétamine, elle, s'est imposée parmi les drogues les plus populaires des contres-cultures rave. Elle est généralement sniffée et ses utilisateurs recherchent une sensation de dissociation entre leur corps et l'esprit. La kétamine est par ailleurs inscrite sur la liste des stupéfiants.

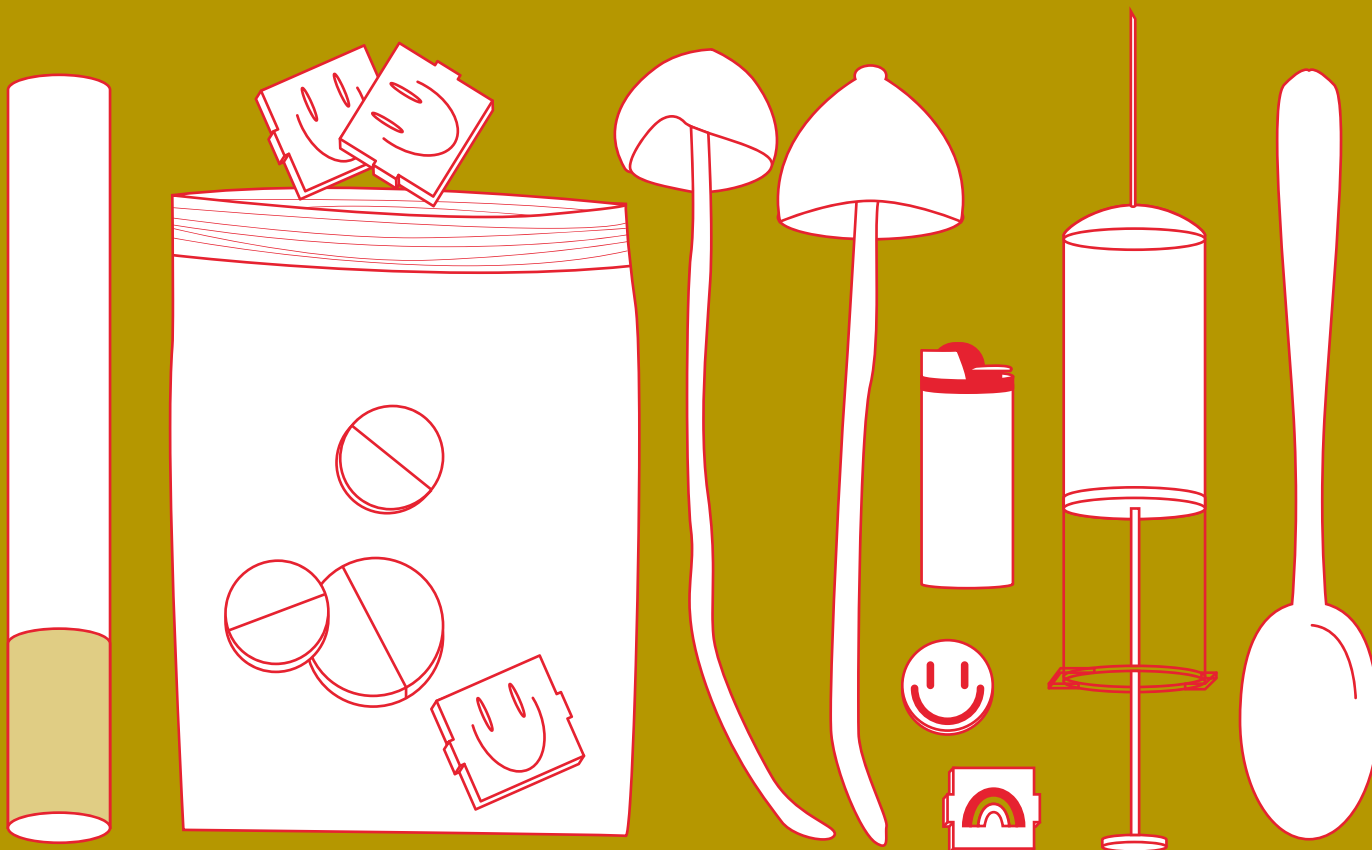
L'usage de produits inquiète dans les hôpitaux, surtout lorsqu'ils deviennent un curatif. « Et là, le sujet concerne tous les produits. Pas que la kétamine qui est connue du grand public », monte au créneau

le professeur Francis Bonnet, professeur d'anesthésie-réanimation à l'université Pierre et Marie Curie et chef de service à l'hôpital Tenon. Ce praticien, auteur de plusieurs articles sur les pratiques addictives chez les anesthésistes, insiste : « Ces addictions ne sont pas récréatives. Ce n'est pas pour un trip, elles sont souvent liées à des difficultés professionnelles à cause du stress. »

AUTO MEDICATION — Cigarettes à gogo, verres de trop mais aussi cannabis, cocaïne ou héroïne : les médecins ne sont pas à l'abri des pratiques addictives. Mais surtout, déformation professionnelle oblige, ils n'hésitent pas à abuser de substances médicamenteuses comme des sédatifs ou des excitants.

« L'EMPATHIE DU MILIEU
EST UN FORMIDABLE
ANTIDOTE AU STRESS »





Certes, on parle plus ouvertement de burn-out. Il n'empêche que, comme le souligne le docteur Max-André Doppia du pôle anesthésie-réanimation au CHU de Caen, « face à des difficultés chroniques personnelles ou professionnelles, le premier réflexe est l'automédication ». Et de l'automédication à la dépendance... il n'y a qu'un pas.

« Si l'accès plus facile aux substances narcotiques ou morphiniques constitue un risque supplémentaire en anesthésie, les autres spécialités ne sont pas pour autant épargnées », tient à préciser le doc, syndicalement engagé pour l'amélioration des conditions de travail des médecins.

NUMERO VERT — Selon lui, s'attaquer aux problèmes d'addiction chez les médecins passe par plusieurs points. La mise en place de programmes nationaux de prévention et de prise en charge, comme il en existe à l'étranger, par exemple, mais aussi la compréhension des mécanismes qui mènent au burn-out

et à l'enfermement dans des formes de détresse psychologique indicibles. « L'éclatement des collectifs de travail, l'individualisme et l'isolement sont des facteurs de risque supplémentaires dont il faut informer très tôt. Et ne perdons jamais de vue que l'empathie du milieu est un formidable antidote au stress! », continue-t-il.

Le Collège Français des Anesthésistes Réanimateurs (CFAR) a récemment mis en place un numéro vert 24h/24 pour les anesthésistes (0800 006 962) et des ressources en ligne (www.cfar.org). « Si les anesthésistes se sont saisis de ces questions, c'est pour une bonne part en raison d'une solide tradition du jeu collectif, toujours nécessaire dans notre métier... Ça aide! »

« LA PRATIQUE D'AUTOMÉDICATION EST UN PREMIER PAS VERS L'ADDICTION »

LE HARCÈLEMENT SEXUEL, CAUSE DE BURN-OUT

Texte : Elsa Bastien

Août 2013. Le centre hospitalier de Dunkerque, dans le Nord, est secoué par une affaire de harcèlement sexuel et agression sexuelle. Un chirurgien de 42 ans est mis en examen après la plainte de plusieurs infirmières. Un comportement qui aurait duré plusieurs années. Si cette fois, le harceleur s'est retrouvé devant les tribunaux, bien des situations sont étouffées, et bien des femmes ne vont même pas jusqu'à porter plainte. « Aux USA, 50% des médecins généralistes de sexe féminin ont eu au cours de leur carrière une proposition ou des pressions de type harcèlement sexuel. C'est énorme! », explique le professeur Charles Peretti, chef des services psychiatrie de Saint-Antoine et Tenon. C'est lui qui pilote depuis deux ans la cellule de prise en charge psychologique et le numéro vert d'écoute pour les victimes de harcèlement sexuel (0800 00 46 41). C'est l'unique consultation hospitalière destinée à ces victimes en France : jusque-là, seule une prise en charge judiciaire était proposée. Or, ce type de harcèlement demande une offre de soins spécifique. Pour rappel, le harcèlement sexuel est le fait d'imposer à une personne, de façon répétée, des propos ou comportements à connotation sexuelle. « Cela peut être un vrai calvaire. Le tableau est le même que dans les stress post traumatiques, même si le traumatisme n'est pas ponctuel mais fait d'agressions répétées, tous les jours, à petites doses. On retrouve des syndromes dépressifs anxieux, des troubles du sommeil, une auto dévalorisation, des risques de suicide... », insiste Charles Peretti.

Plus de deux-cents victimes ont été reçues, dont beaucoup de personnel médical, « avec

des cas assez sévères ». Preuve si l'on en doutait que l'hôpital, mais aussi les cliniques ou les maisons de santé, ne sont pas à l'abri, comme toute structure extrêmement hiérarchisée.

On s'imagine aisément un chef harceleur type « pervers narcissique » imbus et m'as-tu-vu, mais les profils sont variés. « Le harcèlement sexuel n'est pas toujours flagrant, ça peut se passer dans l'intimité des relations quotidiennes, sans témoins », souligne Charles Peretti. La majorité des victimes sont des femmes, et notamment des infirmières, et dans une faible proportion, des hommes confrontés à un harcèlement homosexuel. Est-ce qu'on peut s'attendre à ce que la féminisation change la donne? Négatif. « Il n'y aura jamais un hôpital peuplé uniquement d'amazones! Il suffit qu'il y ait subordination pour qu'il y ait risque de harcèlement sexuel, donc même s'il n'y a que 40% d'hommes, il reste beaucoup de cas où ils auront des femmes sous leurs ordres... »

Et comme pour le burn-out, le tabou demeure et les victimes ressentent bien souvent des sentiments de honte, d'humiliation et de culpabilité qui les empêchent d'aller chercher de l'aide. Un tabou souligné et renforcé par l'absence de données francophones sur le sujet. La Société française d'anesthésie réanimation (Sfar) compte bien y remédier. Elle a lancé une enquête nationale sur le harcèlement dans les blocs opératoires, ouverte à l'ensemble des professionnels de santé travaillant au bloc opératoire. Si vous voulez y participer, allez jeter un œil au questionnaire en ligne (anonymat garanti) : <http://minilien.fr/a0o35v>