

Anonyme

**Mots clés :**

syndrome  
d'épuisement  
professionnel ;  
dépistage,  
prévention  
contrôle [burnout;  
professional;  
screening;  
prevention]

DOI : 10.1684/med.2015.1291

À partir d'expériences professionnelles et de vie personnelle douloureuses, le témoignage d'une interne en médecine générale l'a amenée à découvrir le concept de burnout et à entreprendre une démarche de soins personnels apportant une résilience.

**Abstract:**

After her professional experience and a painful life, here is the testimony of a resident doctor who discovered the concept of burnout and decided to undertake a personal care approach providing her some resilience.

Key words: burnout; professional; screening; prevention

## Un jour j'ai craqué

### Récit narratif

Durant mon internat, au cours de mon troisième trimestre de stage, j'ai traversé une période difficile sur le plan professionnel et personnel. L'appréhension de l'exercice en temps qu'interne est bien différent de celui d'externe. La transition est parfois bien rude...

On passe d'une période quasi autocentrée sur le concours de l'internat à une période où les patients ne sont plus des cas dans des dossiers d'internat (patients « papiers ») mais dans la vraie vie où les erreurs ou les manques peuvent engendrer des conséquences graves...

C'est en raison de ces questionnements majeurs et récurrents que mon premier stage chez le praticien a été invalidé.

Après analyses, réflexions personnelles et prise de recul, il m'apparaît que cette situation pénible voire désarmante m'a au contraire servie pour ma construction personnelle et pour ma gestion du métier de médecin généraliste.

### Une conjonction de facteurs...

*Facteurs professionnels.* Lors de mon deuxième stage d'internat aux urgences d'un hôpital parisien, j'ai dû faire face à tout un ensemble de situations complexes :

- Pic des urgences et sous-effectif (lié aux vacances d'été), nombreuses gardes, situations d'urgences potentiellement vitales, peu d'implication des chefs dans l'enseignement et la prise en charge des patients par les internes.
- Le chef de service avait réorganisé de manière très efficace les urgences : les patients dès leur arrivée étaient enregistrés dans le logiciel avec un « timer »...

l'objectif étant de « sortir l'étiquette » du patient en moins de 4 heures.

Cet objectif, ce critère de qualité, semblait être l'unique préoccupation. Elle obnubilait certains chefs qui – de fait – ne s'attachaient pas à savoir en première intention ce qu'il y avait sous « l'étiquette » des patients dont on avait la charge.

Lors de mon précédent stage (donc mon premier stage d'interne), j'étais en médecine interne avec une orientation néphrologie... En dehors de quelques lits effectivement orientés néphrologie, l'essentiel des lits étaient en réalité l'aval des urgences avec également quelques lits de gériatrie/soins palliatifs.

Durant ce stage, au hasard de la répartition des internes j'étais plutôt en charge de ces derniers patients. De fait j'étais témoin de personnes qui « mouraient »... et ces pertes ou fin de vie me bouleversaient.

*Facteurs personnels.* Il se trouve qu'à la même période j'ai appris la maladie d'une personne particulièrement proche... maladie qui évolue par crises paroxystiques et n'a pas réellement de traitement en dehors de soins de support.

J'ai été profondément affectée et me suis sentie impuissante. Il s'ajoutait aux décès de mes patients, une pathologie qui affectait un membre de ma famille et cela m'a fragilisé...

On nous martelait tellement durant l'externat que le métier de médecin est de soigner ces patients, qu'on dispose d'un arsenal thérapeutique important et que l'on se doit d'offrir le maximum de chance à nos patients... pour au final se rendre compte qu'on se retrouve malgré tout assez souvent dans des situations inéluctables.

Avec les patients nous avons un peu de recul, avec les proches on se sent démuné... atteint... et impuissant.

*Facteurs environnementaux.* Nous avons nos fragilités et nous nous devons de gérer l'attente souffrante de nos patients et les questionnements angoissés des familles...

Et s'ajoutait à cela, les propos d'un membre de ma belle-famille me disant (sans être au courant de ma situation) : « *Le médecin n'a pas le droit à l'erreur...* »

### ... aux répercussions sur le plan personnel

– Un doute beaucoup trop important dans mon quotidien professionnel puis ensuite personnel.

– Un sentiment d'impuissance face à ces confrontations fréquentes à la mort, à la maladie grave...

– Le sentiment que les autres ne comprenaient pas mon désarroi, me faisant par pudeur rester silencieuse... d'où un certain isolement.

– Une angoisse dans ma pratique avec la peur de faire une erreur, une sur-exigence de moi-même alors que je n'arrivais plus à prendre de décision.

Tous ces facteurs m'handicapaient dans ma pratique et me hantaient y compris hors de l'hôpital. Sans cesse je me demandais si je n'avais rien oublié, si je n'étais pas passé à côté de quelque chose de grave... et en conséquence le doute qui vous ronge et vous dévaste peu à peu.

Et je n'étais pas la seule à ressentir cela, plusieurs de mes amis ont pâti de la même souffrance à différents degrés.

### Un jour j'ai craqué !

Je suis retournée voir mon médecin généraliste... J'étais sans aucune visibilité, lucidité... J'ai même songé à arrêter mes études de médecine... là tout de suite.

Mon médecin généraliste m'a prescrit un anxiolytique à faible dose, un arrêt de travail pour les 15 derniers jours du stage. J'ai eu paradoxalement du mal à accepter l'arrêt de travail... pour ma fierté, pour l'idée que j'ai de mon engagement, pour mes collègues... mais je ne pouvais plus... Il m'a alors parlé de burnout...

Pour autant tout ne s'est pas réglé en 15 jours... Mon mal-être puis ma « reconstruction » se sont prolongés durant mon troisième stage qui de fait n'a pas pu être validé.

### J'ai dû faire un travail beaucoup plus profond sur moi-même

– En premier lieu sur ma relation, mon ressenti, ma place (lien de sang ou médecin ?) vis-à-vis de ce « proche » malade.

– Ensuite sur le contexte d'erreur médicale, le recul à avoir avec le patient, ne pas être trop dans la sympathie et donc quelque part rester professionnel.

– Enfin, accepter que soigner n'est pas forcément guérir, que la médecine toute moderne qu'elle est, n'est pas toute puissante face à la nature et donc à la mort et à la maladie ; accepter la souffrance et accompagner au mieux.

Je ne pensais vraiment pas que cela pouvait me « tomber » dessus... et je ne me reconnaissais pas...

En définitive, cela m'a vraiment fait mûrir tant sur le plan personnel que professionnel. Cela m'a aidé à mieux trouver ma place et prendre le recul nécessaire.

## Qu'est-ce que le burnout ?

Le concept de burnout est né dans les années 70 aux États-Unis suite aux travaux du Docteur Herbert Freudenberger, psychiatre et psychanalyste qui travaillait dans un centre pour toxicomanes et qui rapporta le mal-être des bénévoles de son centre [1]. En France, on emploie plutôt le terme « *syndrome d'épuisement professionnel* ».

Christina Maslach, psychologue américaine, travaille dans les années 80 sur le concept de burnout et le définit comme un syndrome tridimensionnel [2].

– *L'épuisement émotionnel* (EE) ou fatigue psychologique, avec une sensation d'abattement qui rend irritable et dont les conséquences physiques sont des troubles somatiques non spécifiques. L'épuisement émotionnel est peu ou pas amélioré par le repos.

– *La déshumanisation* ou *dépersonnalisation de la relation* (DP) ou perte d'intérêt vis-à-vis des patients, considérés comme des objets impersonnels, « *la crise d'asthme de la chambre 4* », et non plus comme des individus ; cette sécheresse relationnelle est le noyau dur du syndrome.

– *La diminution de l'accomplissement personnel* (AP), vécue comme un sentiment d'échec personnel.

Les trois dimensions évoluent successivement et sur plusieurs années.

Dans une étude menée sur le burnout chez les internes de médecine générale français, la prévalence est importante. 58,1 % des internes interrogés avaient au moins un score élevé sur les 3 dimensions du questionnaire, 24,1 % au moins deux et 6,5 % avaient un score élevé dans les 3 dimensions du questionnaire [3].

Les mesures de prévention et de traitement du burnout sont peu connues en France. La diffusion de programmes d'information notamment auprès des médecins et des étudiants en médecine reste urgente.

## Comment dépister et mesurer le burnout ?

Un questionnaire établi par Christina Maslach reposant sur les trois items du syndrome d'épuisement professionnel est communément utilisé pour dépister et mesurer le syndrome d'épuisement professionnel [3].

Le MBI (*Maslach Burnout Inventory*) est très largement utilisé dans les recherches sur le burnout.

1. Je me sens émotionnellement vidé(e) par mon travail.
2. Je me sens à bout à la fin de ma journée de travail.
3. Je me sens fatigué(e) lorsque je me lève le matin et que j'ai à affronter une autre journée de travail.
4. Je peux comprendre facilement ce que mes malades ressentent.
5. Je sens que je m'occupe de certains malades de façon impersonnelle comme s'ils étaient des objets.
6. Travailler avec des gens tout au long de la journée me demande beaucoup d'effort.

7. Je m'occupe très efficacement des problèmes de mes malades.
8. Je sens que je craque à cause de mon travail.
9. J'ai l'impression, à travers mon travail, d'avoir une influence positive sur les gens.
10. Je suis devenue(e) plus insensible aux gens depuis que j'ai ce travail.
11. Je crains que ce travail ne m'endurcisse émotionnellement.
12. Je me sens plein(e) d'énergie.
13. Je me sens frustré(e) par mon travail.
14. Je sens que je travaille « trop dur » dans mon travail.
15. Je ne me soucie pas vraiment de ce qui arrive à certains de mes malades.
16. Travailler en contact direct avec les gens me stresse trop.
17. J'arrive facilement à créer une atmosphère détendue avec mes malades.
18. Je me sens ragaillard(e) lorsque dans mon travail j'ai été proche de mes malades.
19. J'ai accompli beaucoup de choses qui en valent la peine dans ce travail.
20. Je me sens au bout du rouleau.
21. Dans mon travail je traite les problèmes émotionnels très calmement.
22. J'ai l'impression que mes malades me rendent responsable de certains de leurs problèmes.

À chaque item sont proposées différentes fréquences permettant de définir des scores :

0 : jamais ; 1 : quelques fois par an ; 2 : au moins une fois par mois ; 3 : plusieurs fois par mois ; 4 : une fois par semaine ; 5 : plusieurs fois par semaine ; 6 : chaque jour.

## Résultats du MBI

Les variables dépendantes du MBI représentent les trois dimensions du burnout : neuf items se rapportent à l'épuisement émotionnel (questions 1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16, 20), cinq autres rendent compte de la dépersonnalisation de la relation (questions 5, 10, 11, 15, 22), et enfin huit items sont relatifs à l'accomplissement personnel (questions 4, 7, 9, 12, 17, 18, 19, 21).

Le résultat du MBI n'est pas un score global mais un score exprimé en « bas/modéré/élevé » pour chacune des trois dimensions. L'obtention d'au moins un score pathologique (score élevé d'épuisement émotionnel ou de dépersonnalisation, score bas d'accomplissement personnel) suffit à définir le burnout.

*Épuisement émotionnel (EE) : résultat entre 0 et 54*

- total < 17 = degré d'EE bas.
- 18 < total < 29 = degré d'EE moyen.
- total > 30 = degré d'EE élevé (ou burnout).

*Dépersonnalisation (DP) : résultat entre 0 et 30*

- total < 17 = degré d'EE bas.

- 18 < total < 29 = degré d'EE moyen.
- total > 30 = degré d'EE élevé (ou burnout).

*Accomplissement personnel (AP) : résultat entre 0 et 48.*

- total > 40 = degré d'AP élevé.
- 34 < total < 39 = degré d'AP moyen.
- total < 33 = degré d'AP bas (ou burnout).

Le burnout est dit « faible » si l'une des trois dimensions est pathologique, « moyen » si deux des trois dimensions sont pathologiques, « élevé » si les trois dimensions sont pathologiques.

Les scores obtenus au MBI sont modérément corrélés à la satisfaction au travail et à la dépression, ce qui tend à montrer que le burnout est distinct de ces deux autres concepts [2].

## Quelles sont les mesures de prévention ?

Dans une étude épidémiologique multicentrique auprès des généralistes français en formation plusieurs mesures sont préconisées [4] :

- Parler ouvertement de l'objectif de perfection.
- Avoir des étudiants « conseils » dans la gestion des erreurs médicales.
- Apprendre à parler avec les patients.
- Augmenter le nombre de stages d'internat chez le médecin généraliste.
- Avoir une meilleure communication entre l'interne et ses chefs, ainsi que mettre l'accent sur le tutorat afin d'accroître la reconnaissance des efforts des internes et renforcer leur confiance en eux.
- Aider les internes à assumer leurs responsabilités.
- Aider les internes à avoir une vie extraprofessionnelle épanouissante : réduire la charge de travail, tenir compte des difficultés de transport et de logement...

Il existe une association, l'association d'aide professionnelle aux médecins libéraux (AAPML) qui a mis en place un numéro vert 0826 004 580 où une psychologue clinicienne répond 7 jours sur 7 et 24 heures sur 24 pour apporter une aide et orienter dans la prise en charge [5].

## Conclusion

Ce RSCA traduit sans doute la période la plus importante de mon internat... Ce n'est pas un savoir académique mais une expérience, un vécu.

Ce chemin personne ne pouvait le faire à ma place, ou me l'apprendre. C'était à moi... à me positionner, à trouver ma place par rapport à la pathologie de mon proche, à mettre certaines limites dans mon empathie, à être plus efficace sans le frein de la peur.

Pour autant le doute « raisonnable » est toujours intéressant, il faut aussi pouvoir se poser les bonnes questions.

**Liens d'intérêts :** l'auteur déclare n'avoir aucun lien d'intérêt en rapport avec l'article.

**Références :**

1. Wikipédia syndrome d'épuisement professionnel.
2. Langevin V, Boini S, François M, Riou A. Maslach burnout inventory (MBI). Risques psychosociaux : outils d'évaluation. Références en santé au travail. INRS. 2012;131:157-9.
3. Burn out syndrome ou syndrome d'épuisement professionnel : échelle MBI (Maslach Burn Out Inventory). <http://www.masef.com/scores/burnoutsyndromeechellembi.htm>
4. Galam E, Komly V, Le Tournier A, JUND J. Burnout among French GPs in training: a cross-sectional study. Br J Gen Pract. 2013; 63(608):e217-e224.
5. Association d'aide professionnelle aux médecins libéraux. <http://www.aapml.fr>

## L'étudiant en médecine, un apprenant en Violence

Les verbatim de cet encadré, issus d'un article original « L'étudiant en médecine, un apprenant en Violence\* » entrent en résonance avec le texte ci-dessus.

- « ... mes cours d'amphithéâtre m'avaient donné à me représenter un patient propre, homme-mannequin que le symptôme habille en surimpression, par ailleurs sain de corps et d'esprit ».
- « Comment faire face au corps souffrant quand on vient d'achever de construire son propre schéma corporel... ? »
- « L'impact de l'expérience hospitalière est direct chez le jeune étudiant qui ne peut compter que sur ce qu'il est à défaut de ce qu'il sait. Il ne dispose pas du substrat théorique qui lui permettrait, à l'instar de ses aînés, de voir la maladie et la souffrance à travers le filtre de l'objectivation scientifique. »
- « Il est étranger au milieu hospitalier mais commence à en connaître les codes. »
- « Il côtoie tout à la fois patients et médecins. Il est le témoin par excellence. Un témoin silencieux. »
- « Le malade devient un miroir déformant où il est possible, voire inévitable, d'entrevoir sa propre destruction ou celle de ses proches. Il montre comme le corps s'altère ou l'esprit défaille. Il devient un présage morbide, illustre une vulnérabilité ou ébranle le fantasme de la santé totale et permanente. Il incarne enfin l'aveu d'impuissance d'une médecine que l'on pensait omnipotente, engage au deuil du médecin absolu que l'on rêvait de devenir. »
- « Fonder la pédagogie sur l'observation suppose deux comportements chez l'étudiant : d'une part, la passivité qui participe à sa vulnérabilité face à l'autorité, d'autre part, la démarche identificatoire vis-à-vis de l'enseignant. Admettre le comportement de son tuteur comme modèle de bonne pratique demande de se projeter dans l'image de ce médecin "qu'il faut devenir". »
- « Le stagiaire, face à un enseignant qu'on lui présente comme modèle et dont il est témoin des déviances se trouve en proie au double paradoxe anxiogène de l'inaction face au réprouvé et de la réprobation d'un modèle qu'il lui faut assimiler. »
- « Il me reste des traces de mes malaises d'étudiant et elles me sont précieuses. »

\* Notredame C.E. L'étudiant en médecine, un apprenant en Violence. Éthique et santé. 2013;10(3):144-8.

Copyright © 2016 John Libbey Eurotext. Téléchargé par Monsieur ERIC GALAM le 16/07/2016.



Comment préserver sa propre santé et sa passion du métier dans un contexte professionnel de plus en plus stressant ?

**Tension, stress, risque de burn-out ...**

Toutes les clés pour vous accompagner au quotidien

La compréhension du stress est abordée ici dans toutes ses dimensions, tant socioprofessionnelles que personnelles.



Ouvrage disponible sur [www.jle.com](http://www.jle.com)

Isabelle Sauvegrain / Christophe Massin

- Février 2014
- 14,8 x 21 cm / 192 pages
- ISBN : 978-2-7040-1394-4

doïn®

