

Pourquoi s'occuper de la santé du médecin anesthésiste-réanimateur au travail ?¹

Parler de la douleur pour la maîtriser a été un tabou pendant des siècles. Et pourtant personne, actuellement, n'imaginerait laisser souffrir quelqu'un physiquement. L'évaluation de la douleur physique est l'un des indicateurs systématiquement vérifiés lors des certifications, et les protocoles de prise en charge sont largement utilisés dans tous les établissements de soins. Et c'est aussi de cette manière que devrait être considérée la douleur psychique. Celle que l'on ne voit pas venir. Celle qui est sournoise et nous détruit peu à peu. Celle de la honte. Celle des Soignants avec un grand S (à entendre dans cet ouvrage par les communautés médicale et paramédicale). C'est donc tout naturellement que l'anesthésie-réanimation devait s'intéresser à ce sujet. Parce que s'occuper de la souffrance des gens, soulager la douleur, c'est l'une des fonctions premières de l'anesthésiste-réanimateur. Il est normal que l'on y soit sensible pour les autres, les patients, et c'est aussi normal que l'on y soit sensible pour nous, professionnels, car on sait très bien que notre état conditionne la possibilité de faire des erreurs, avec des conséquences immédiates pour le patient. La spécialité d'anesthésie-réanimation est une belle spécialité. Elle est à l'interface de toutes les autres, elle est variée, s'occupe de patients de tout âge en passant par les plus extrêmes, elle accompagne les naissances, la croissance, la maternité, les pathologies, les drames, les fins de vie. Elle est technique et humaine, couvre le champ des sciences cognitives jusqu'aux actes les plus techniques, du facteur humain jusqu'au fonctionnement de machines les plus complexes, de l'hypnose en passant par le soulagement de la douleur, voire le retour à la vie. Elle a toujours été en avance et précurseur sur la gestion des risques en médecine. Elle s'interroge sur ses pratiques, sur leur impact, sur la façon de mieux faire au bénéfice du patient. C'est l'une des spécialités les plus choisies aux épreuves classantes nationales (ECN). Et pourtant...

1. Selon les propos de Max-André Doppia lors de la conférence-débat « Bien-être pour bien soigner » réalisée en 2015 par l'association Hôpital 2000.

En 2009, trois suicides en moins de 15 jours ont ébranlé la belle image portée par cette discipline. Et suite à ce triple drame, pour la première fois l'anesthésie-réanimation a souhaité appliquer à elle-même ce retour sur soi, cette introspection et répondre à une question : POURQUOI ? COMBIEN ? COMMENT faire pour que cela ne se reproduise plus ?

◆ SMART ou la prise de conscience

Une commission a aussitôt été créée au sein du Collège français des anesthésistes-réanimateurs (CFAR), la commission SMART (« Santé du médecin anesthésiste-réanimateur au travail »), dont l'objectif était de se préoccuper de la santé des anesthésistes-réanimateurs dans le cadre de leur travail. Pour la première fois, une entité était chargée, officiellement, de comprendre les faillibilités et les faiblesses de ses propres médecins. À sa tête, le Dr Max-André Doppia, qui l'a présidée pendant 8 ans et qui a payé cher un investissement et une implication au quotidien dans la défense des conditions de travail et la préservation de la santé, physique et mentale, chez ses confrères. Merci à lui. Un état des lieux a été fait : une enquête, réalisée en 2009 par la Société française d'anesthésie-réanimation (SFAR), a pour la première fois mesuré et révélé l'ampleur du problème : plus de 60 % des anesthésistes-réanimateurs présentaient un score élevé de burn-out dans au moins une des trois dimensions (épuisement émotionnel, dépersonnalisation ou perte d'accomplissement) (cf. chapitre 1). Pire, plus de 6 % étaient atteints dans les trois dimensions : rapporté à la population d'anesthésistes-réanimateurs en France, cela aurait représenté 500 anesthésistes-réanimateurs en burn-out complet². Quand les soignants sont malades, ils ne peuvent pas s'occuper des patients. Et cela impacte notre spécialité puisque le score de burn-out est corrélé avec le désir d'arrêter l'exercice, donc de changer de profession ou d'établissement. C'est par conséquent un sujet d'importance, et l'objectif de ce livre est d'apporter un éclairage qui permette aux lecteurs de faire face quand les difficultés se présenteront à eux ou de comprendre ce qui rend malades les meilleurs d'entre nous.

Une deuxième enquête, réalisée par le CFAR en 2010, cherchait à savoir si ces questions de suicide, de « faiblesse psychologique » pouvaient être vraiment abordées sans tabou au sein de notre spécialité. Étions-nous collectivement assez matures pour engager une réflexion sur ces questions-là ? Les résultats de cette enquête ont montré que les médecins anesthésistes-réanimateurs considéraient qu'on ne parlait pas assez des risques psychosociaux. Les risques psychosociaux sont définis comme un risque pour la santé physique et mentale des travailleurs. Leurs causes sont à rechercher à la fois dans les conditions d'emploi, les facteurs liés à l'organisation

2. Mion, 2013.

du travail et aux relations de travail³. Ils ne disposaient pas de moyens suffisants pour aider un confrère en difficulté et pensaient que ces questions devraient être abordées dès la formation initiale et poursuivies au-delà...

◆ La naissance d'un concept

Définition

On entend souvent le mot « burn-out ». C'est un mot qui, il y a un peu plus de 20 ans, était encore inconnu en France. C'est un terme qu'on a traduit en français par syndrome d'épuisement, et en japonais par "*karoshi*", c'est-à-dire les atteintes gravissimes à la santé, parfois le décès par crise cardiaque ou accident vasculaire cérébral (AVC), liées à un travail trop intensif.

Le concept de burn-out recouvre plusieurs acceptations : ses conséquences mais aussi ses causes, comme les conflits de valeurs, les problématiques de fatigue et de surcharge au travail, de perte de sens, de harcèlement. Tous ces termes reviennent autour du mot « burn-out » qu'on emploie parfois à tort et à travers. Après une journée intensive en situation de crise, dire « je suis en burn-out » serait un contre-sens. Le burn-out est encore considéré comme un syndrome, un ensemble de signes comportementaux, de troubles psychologiques, de manifestations physiques qui traduisent une relation perturbée entre des individus sans antécédents et leur travail. C'est quelque chose qui s'installe lentement. Pour nous, soignants au sens large, la question est de savoir comment nous allons pouvoir continuer à faire notre beau métier. Le burn-out, c'est quand le travail et nous « ça ne le fait plus ». Nous n'y trouvons plus de sens, nous ne voulons plus y aller. Nous avons brûlé nos réserves, et nous n'arrivons plus à faire face aux situations, surtout celles qui suscitent l'émotion. Nous ressentons aussi de la difficulté avec notre entourage. L'exposition aux facteurs de stress répétés, prolongés, chroniques, de diverse nature aboutit à la saturation. On ne peut plus accueillir une émotion nouvelle, on ne peut plus y répondre normalement, alors qu'on a été formé pour ça, et cette situation est source d'angoisse. Les nouvelles organisations du travail, l'isolement, l'individualisation, la quête éperdue de la qualité dite « totale », de la performance, l'intensification, l'évaluation permanente, non pas du travail réel mais du résultat du travail (c'est-à-dire des chiffres dans un tableau de bord), les conflits éthiques, sont autant de

3. <https://travail-emploi.gouv.fr/sante-au-travail/prevention-des-risques-pour-la-sante-au-travail/article/risques-psychosociaux>.

facteurs de stress dans un milieu où les solidarités s'effondrent. Une des façons de se défendre de cette difficulté qu'on rencontre (et qu'on ne reconnaît pas toujours), c'est de mettre l'autre à distance, c'est ce qu'on appelle la dépersonnalisation. On « chosifie ». On va parler du « col du fémur », de la « péritonite », de la « césarienne ». Alors que derrière ces interventions, il y a des patients. Et bien sûr, comme ce n'est pas agréable d'être dans ce processus d'émoussement de l'émotion et de cynisme, le soignant ne se reconnaît plus, il ne s'accomplit plus : l'épanouissement personnel au travail disparaît.

Ainsi, lorsque le suicide ou l'accident d'anesthésie fait la une des médias, nous ne devons pas nous laisser embarquer sur des pistes de culpabilisation, ni systématiquement le réduire à une problématique individuelle d'un professionnel. C'est peut-être aussi le travail lui-même qu'il faut interroger. Pourquoi un soignant responsable peut-il s'adonner à la boisson sans que son entourage ne soit capable de réagir avant qu'il y ait un accident ? A-t-on la possibilité de parler de ses difficultés, de ses souffrances au travail, avant qu'un drame ne survienne ? Comme cette consœur qui s'est suicidée un matin à la fin de sa garde et qui pourtant, la veille au soir à 23 h, paraissait en bonne forme d'après ses collègues. Comble de la conscience professionnelle, elle a attendu 8 h 30, pour que la relève arrive et que la permanence des soins ne soit pas interrompue. Bien entendu, personne n'a vu venir la catastrophe. Or 80 % des suicidés manifestent leur intention dans les semaines qui précèdent le passage à l'acte⁴.

Répondre à ces trois questions (pourquoi, combien, comment) a été le travail de la commission SMART pendant plus de 10 ans. Ce sont les résultats de ces réflexions et les outils issus de ces 10 années de travaux que nous vous présentons dans ce livre.

BIBLIOGRAPHIE

Doppia MA. Burnout et qualité-sécurité des soins, « Bien-être pour bien soigner » en anesthésie-réanimation. In : La souffrance des soignants, Stress, Burnout, SEPS. Actes de la conférence débat « Bien-être pour bien soigner » 2015, association Hôpital 2000.

Mion G, Libert N, Journois D. Burnout-associated factors in anesthesia and intensive care medicine. 2009 survey of the French Society of anesthesiology and intensive care. *Ann Fr Anesth Reanim* 2013; 32 : 175-88.

4. Doppia, 2015.