



Le burn-out des soignants

Propos recueillis auprès de **Martine Pacault-Cochet**, responsable de l'entraide et de l'action sociale du groupe Pasteur Mutualité.

Le médecin malade, la souffrance des soignants avec son cortège de suicides, d'addictions, de troubles anxiodépressifs et comportementaux, autant de sujets tabous jusqu'à une période très récente. Mais le burn-out des soignants n'est pas une fatalité.

Venir exposer son mal-être et mettre des mots sur son vécu et sa souffrance est loin d'être une démarche facile pour le médecin qui s'est habitué sans cesse à repousser ses limites et à faire taire ses symptômes pour répondre à une mission et un idéal choisis de longue date. Investi de sa toute-puissance ou mis à mal parfois par ses patients, le médecin ne s'autorise aucune faiblesse et est sans cesse écartelé entre son idéal, son éthique, les patients et leurs maladies, les tâches administratives. Il met en arrière-plan sa famille et ses propres besoins. Lorsqu'il perd la maîtrise de son temps et s'épuise émotionnellement, il adopte des comportements de fuite et de retrait. Il se consume de l'intérieur alors qu'extérieurement il n'en laisse rien paraître. Il se juge trop vite un mauvais médecin. Dès lors, il doit consulter.

Lors du premier contact, avant même la prise de rendez-vous, il arrive fréquemment de devoir dédramatiser et rassurer le soignant qui a une vision faussée de lui-même et de sa valeur avec un réel déni de ses symptômes d'épuisement. Dès lors qu'il ne se sent plus apte à exercer, le soignant ne se sent plus digne d'exister. Il n'a plus conscience, à un certain stade, qu'il peut être devenu dangereux pour lui-même (passage à l'acte) ou pour les autres (erreurs médicales). À un stade ultime, il ne voit plus d'issue. La solution : d'abord et toujours l'écoute. Il s'agit de faire émerger la souffrance vécue, ce qui n'est pas toujours facile, car les médecins sont tournés vers les autres et habitués à repousser sans cesse leurs limites. Ils ont tendance à être dans le déni de leurs

propres difficultés. De plus, ils éprouvent, à l'idée de s'arrêter, une culpabilité par rapport à leurs patients et aussi à leurs confrères. La parole peut les libérer en partie car ils comprennent alors qu'il peut y avoir une solution et ils en éprouvent un début d'apaisement.

La première aide, c'est donc d'abord la consultation spécialisée, l'écoute, le conseil, le soutien moral et psychologique. Le médecin doit avoir la certitude qu'il dispose d'un lieu de parole et d'écoute, dans la confidentialité avec un accompagnement dans la proximité et la chaleur humaine. C'est là que se créent le lien, la confiance, l'échange, la rencontre humaine, la bienveillance, le partage de la souffrance, de l'indicible. Un soignant de soignant spécifiquement formé, un de ses pairs, pourra en effet, en miroir, mais dans un lieu dédié et au sein d'une relation thérapeutique clairement définie, faire alliance et percer le mur de l'incommunicabilité. La consultation aidera le soignant en détresse à prendre conscience que le burn-out, phénomène à seuil, se met en place insidieusement, qu'un événement peut, ou a pu, faire brutalement tout basculer : une plainte, une altercation, une pression de la hiérarchie, un début d'erreur médicale, un divorce.

Par imprévoyance, on pense que le drame n'arrive qu'aux autres. Or les professionnels de santé sont des gens hyperactifs qui manquent souvent de temps pour gérer leurs propres affaires, y compris financières. La situation des médecins bascule brutalement lorsque le grain de sable enrayer les rouages. Les banques, les organismes de crédit et de placement, de défiscalisation, deviennent vite des persécuteurs lorsque les revenus s'abaissent. Quand il faut sauver un médecin qui va être expulsé de son habitation qui est aussi son cabinet, le soutien consiste à l'aider à monter un dossier de surendettement, à l'accompagner au tribunal face aux créanciers. On déplore un taux de suicide

élevé chez les médecins. Les difficultés pour la famille, l'entourage, surviennent alors au décours d'un décès brutal, lorsque le conjoint découvre que les cotisations ou les impôts n'ont pas été payés.

Tous les médecins, libéraux comme hospitaliers, sont concernés, mais aussi les infirmiers, les kinésithérapeutes, les autres paramédicaux, comme en témoignent les statistiques de fréquentation des consultations de prévention du burn-out. Et de plus en plus de jeunes confrères – nouvellement diplômés ou en cours de formation –, confrontés à des responsabilités anxiogènes et aux pressions qui en découlent, cherchent de l'aide face à la gestion d'une situation jamais abordée au cours des études. Tout soignant peut avoir besoin d'une aide adaptée à sa situation, car personne n'est à l'abri de drames de toutes sortes et les médecins y sont même les plus démunis. Si l'on constate une augmentation du nombre de personnes en difficulté, c'est que la situation globale des professions médicales a évolué, et pas spécialement depuis la « crise ». Il y a vingt ans il y avait pléthore de médecins, on les considérait comme des nantis, on les incitait à partir en retraite. Aujourd'hui, c'est l'inverse, des régions sont dépourvues de praticiens et ceux qui sont en activité sont totalement surchargés. De plus, reflet de toute la société, les situations sont plus complexes qu'autrefois : davantage de divorces, de famille recomposées, de couples non mariés, ce qui retire le droit à la pension de réversion de la CARMF, la caisse de retraite des médecins français, en cas de décès du praticien.

La consultation de prévention/prise en charge du burn-out dure 1 h, 1 h 30. Elle permet d'analyser avec distance le contexte, de décrypter les symptômes, d'évaluer le niveau d'épuisement. Elle aura pour visée finale d'aider le médecin à prendre conscience des facteurs de risque et des



Leonardo DiCaprio dans *Shutter Island* de Martin Scorsese, 2010 (DR)

conduites qui le mènent à l'épuisement professionnel avant qu'il n'atteigne le point de non-retour, qui se traduirait par un arrêt de travail longue durée, une invalidité, pire, un passage à l'acte. Ce bilan doit aider à structurer la suite à donner à la détresse du soignant. Tout doit être fait pour éviter de rajouter de la souffrance à la souffrance et l'on propose un arrêt de travail, une orientation vers un psychiatre, des ateliers de gestion du stress... ou même une hospitalisation dans les quelques lits de soins dédiés aux soignants pouvant les recevoir en priorité. Le souci premier est de permettre au médecin de se faire soigner. Aborder ce sujet est souvent particulièrement anxiogène quand le médecin est en

flux tendu financièrement et qu'il ne peut envisager sans angoisse cet arrêt de travail, vital pour lui-même.

Selon la demande, différents types de suivis sont donc possibles. Il peut s'agir d'un soutien avec évaluations périodiques, ou bien d'une aide aux démarches administratives pour des problématiques spécifiques, ou bien sûr d'une aide financière. En parallèle à la consultation, en effet, une aide matérielle, une aide aux démarches, un soutien psychologique, peuvent se mettre en place, sachant qu'un faisceau de difficultés souvent cohabite. A l'heure actuelle, ce qui manque le plus ce sont les lieux de parole, d'échange. Ce n'est pas forcément l'argent, mais ce qui manque,

c'est l'accompagnement humain qui peut permettre d'éviter le pire aux médecins en épuisement. Par exemple, en leur montrant que leur état résulte d'une situation qui s'est mise en place insidieusement et qu'ils peuvent enrayer le processus en prenant du recul, en prenant en charge leur santé physique et psychique, en se soignant. Aider à stopper les engrenages destructeurs, retrouver la maîtrise de sa vie et le plaisir de soigner, tel est l'enjeu de ce dispositif des consultations de prévention/traitement du burn-out, au cœur d'une formidable solidarité médicale. Et comme seul un médecin en bonne santé s'avère un bon soignant, finalement, à cette solidarité, chacun y gagne.

Martine Pacault-Cochet