

Primary **Care** and Hospital

Médecine interne générale

46 Rahel Sahli, Marc Jungi
**Chronic Care Management
au cabinet du médecin de
famille**

57 Auszüge aus Texten des
Lehrgangs «Reflective writing»
**Erste Erfahrungen
im medizinischen Alltag**

59 Edy Riesen
**Ein ganz gewöhnlicher Arzt
hat eine ganz gewöhnliche
Erkältung**

51 Roland von Känel
**Le burnout et la résilience
chez les médecins**



Premiers résultats

Chronic Care Management au cabinet du médecin de famille

Rahel Sahli, Marc Jungi

Sanacare Gruppenpraxis Bern

Depuis 2013, Sanacare développe le *Chronic Care Management* et mise sur une équipe soignante interprofessionnelle centrée sur le patient, qui suit des parcours de soins basés sur les preuves et favorise l'autogestion du patient. Les expériences faites dans ce contexte ainsi que les premiers résultats du programme peuvent désormais faire l'objet d'une réflexion.

Situation de départ

Les défis des médecins de premiers recours ne cessent d'augmenter: La hausse constante du nombre de patients toujours plus âgés souffrant maladies chroniques fait face à la pénurie progressive des ressources médicales. Les résultats de l'étude Workforce 2015 du Centre universitaire de médecine de premiers recours des deux Bâle [1], publiés dans ce journal, montrent que d'ici 10 ans, nous nous trouverons face à un déficit de soins de 60%, soit plus de 5000 médecins de premier recours à plein-temps. Les conséquences pour les patients sont toujours plus graves: Aujourd'hui déjà, ils ne bénéficient pas toujours des soins nécessaires. De plus, le contrôle insuffisant des maladies résulte en des dommages consécutifs avec augmentation de la morbidité, de la mortalité et des hospitalisations.

Différents groupes professionnels du domaine de la santé ainsi que les politiques discutent de possibles solutions et des conditions cadres qu'il convient de créer [2]. Grâce à la collaboration interprofessionnelle, les ressources doivent être mieux coordonnées afin d'atteindre des soins médicaux efficaces de grande qualité. Les conditions cadres réglementaires, sociétales et technologiques ne sont toutefois pas encore tout à fait mûres.

Le Chronic Care Management (CCM) – la prise en charge à long terme des patients malades chroniques – se base entre autre sur l'interprofessionnalité: l'interaction d'une équipe soignante proactive et centrée sur le patient (dans le contexte de la médecine de famille «médecin + assistant») avec un patient informé se veut plus couronnée de succès que les formes thérapeutiques utilisées jusqu'à ce jour. D'autres éléments centraux du

CCM sont l'autogestion, les aides décisionnelles conformes aux directives, les systèmes d'informations cliniques et des méthodes de travail structurées, comme dans le modèle chronic care de Wagner [3] (<http://ecp.acponline.org/augsep98/cdmfg1.htm>).

Dans ce contexte, la Confédération a voté en 2016 le programme pour la promotion de l'interprofessionnalité dans le domaine de la santé et a approuvé une révision de la Loi sur les professions de la santé. Toutefois, la nouvelle loi n'a attribué aucune compétence supplémentaire ni aux assistants médicaux ni aux soignants au niveau Master. Toutefois, les conditions cadres pour les assistants médicaux se sont améliorées au cours des dernières années: Désormais, une voie vers la formation postgraduée clinique reconnue au niveau de la Confédération leur est ouverte. Sous la responsabilité d'un médecin, le «Coordinateur en médecine ambulatoire (CMA) orientation clinique» prend en charge les personnes atteintes de maladies chroniques et participe activement à la promotion de l'autogestion du patient. Dans le traitement du diabète, l'autogestion est recommandée chez tous les patients afin d'améliorer l'issue clinique [4]. De plus, plusieurs articles de revue [5–7] et études ont analysé l'effet du concept global de CCM. Outre une qualité variable des études et articles, la nature ouverte des études avec absence de mise en aveugle complique l'évaluation des interventions. A l'exemple du diabète sucré de type 2, la plupart des études montrent une amélioration des paramètres étudiés ou des critères d'évaluation cliniques, ainsi qu'un potentiel de réduction des coûts. Cependant une revue actuelle montre également que la plupart des études menées en médecine de famille et portant sur le diabète ne reflètent pas l'évidence grandissante concernant le CCM [8].

Les conditions cadres pour la facturation de ce nouveau type de prestations d'assistantat médical ne sont malheureusement pas présentes dans le tarif Tarmed actuellement en vigueur. Dans le cadre de nos programmes, les assureurs-maladie que nous avons interrogés ont accepté aussi bien la position Tarmed 00.1430/00.1440 (Traitement et prise en charge ambulatoires non médicaux de patients oncologiques/diabétologiques/hématologiques) chez les patients diabétiques que certaines positions analogiques chez des patients avec d'autres diagnostics.

Le CCM en cabinet de groupe: contexte de Sanacare

Sanacare, une organisation regroupant 13 cabinets de groupe au sein de neuf villes de Suisse alémanique et du Tessin, accompagne depuis 25 ans un collectif composé de patients *Managed Care* et de patients avec assurance conventionnelle (actuellement env. 110 000 patients). De nombreux patients ont vieilli avec Sanacare et souffrent d'une ou plusieurs maladies chroniques. En 2012, Sanacare a décidé d'ancrer l'interprofessionnalité et le CCM dans sa stratégie et a initié une étude pilote dans deux cabinets médicaux avec des programmes pour personnes souffrant de diabète sucré de type 2, d'hypertension artérielle, de bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO) et d'une combinaison de ces maladies. Aujourd'hui, au sein des 13 cabinets, les équipes interprofessionnelles encadrent env. 550 patients dans cinq programmes de CCM (tab. 1).

Intervention au niveau de l'équipe

Nos équipes de CCM sont chacune composées d'un médecin de famille et d'un coach – un assistant qui a accompli ou achevé la formation de CMA orientation clinique. Ensemble, ils prennent en charge les patients tout au long d'un parcours de soins basé sur les preuves. Les coaches prodiguent leurs propres conseils au cours de leur consultation et s'appuient sur les

checklistes ancrées dans le dossier médical électronique (avec valeurs limites et démarches à suivre en cas de dépassement), des scripts et des brochures. Les consultations sont documentées et transmises au médecin de famille par voie électronique. Ce dernier est toujours joignable pour les demandes de précision et reste le supérieur hiérarchique. La répartition des tâches est définie.

Tous nos médecins participent aux programmes de CCM. Chaque cabinet médical dispose actuellement d'un à trois coachs. En 2013, nous avons abordé la question de la formation postgraduée nécessaire et des critères d'aptitude des assistants médicaux dans *Primary Care* [9]. Les frais de formation postgraduée de CMA orientation clinique représentent un bon investissement qui permettra d'offrir des perspectives aux assistants compétents et motivés. D'après notre expérience, ces assistants ont tendance à persister auprès des cabinets médicaux.

Intervention au niveau du parcours de soins

Tous nos programmes de CCM répondent aux critères de qualité relatifs à l'évaluation des projets interprofessionnels [10] et se basent sur des directives nationales et internationales [4, 11]. Les décisions sont prises au sein de l'équipe soignante, conjointement avec le patient.

Le parcours de soins est divisé en cycles et décrit l'étendue et le moment précis de chaque investigation clinique, biochimique ou de spécialité, mais également le contenu de la formation et les traitements (fig. 1). Si un patient remplit les critères d'inclusion et se déclare consentant à participer au programme, le premier cycle commence par la détermination en commun des objectifs à atteindre lors de l'évaluation. Au cours du premier cycle, le patient a des contacts avec son équipe soignante toutes les 3 à 6 semaines, et une consultation médicale tous les 3 à 6 mois. Le premier cycle s'achève au bout d'1 an par l'évaluation commune des résultats atteints. Les principaux succès/échecs sont consignés, de nouveaux objectifs sont définis, et un plan thérapeutique individuel est établi pour le prochain cycle. Les cycles annuels récurrents qui suivent sont appelés cycles de répétition, un nombre plus ou moins important d'interactions avec l'équipe soignante étant planifiées en fonction des acquis de l'année précédente. La procédure à suivre dans une situation d'urgence est réglementée, et certains contenus sont approfondis en fonction des besoins – surtout suite à des dégradations de l'état/des exacerbations – au cours de modules *refresher*.

Les programmes introduits en 2013 se concentraient sur les personnes se trouvant dans un stade avancé d'une maladie ou bien présentant simultanément plusieurs affections chroniques (programmes standards).

Tableau 1: Mélange des programmes Sanacare. Nombre de patients inclus en 2015 avec différence par rapport à l'année précédente.

	Situation 2014	Entrées 2014 → 2015	Sorties 2014 → 2015	Situation 2015	Δ AP	
HTA	70	95	-10	155	85	121%
DS2	31	48	-1	78	47	152%
BPCO	7	6	-1	12	5	71%
HTA + BPCO	6	4	-1	9	3	
HTA + DS2	148	159	-11	296	148	100%
CCM	262			550	288	110%

Abréviations: HTA = hypertension artérielle; CCM = Chronic Care Management; BPCO = bronchopneumopathie chronique obstructive; DS2 = diabète sucré de type 2; ΔAP = différence par rapport à l'année précédente.

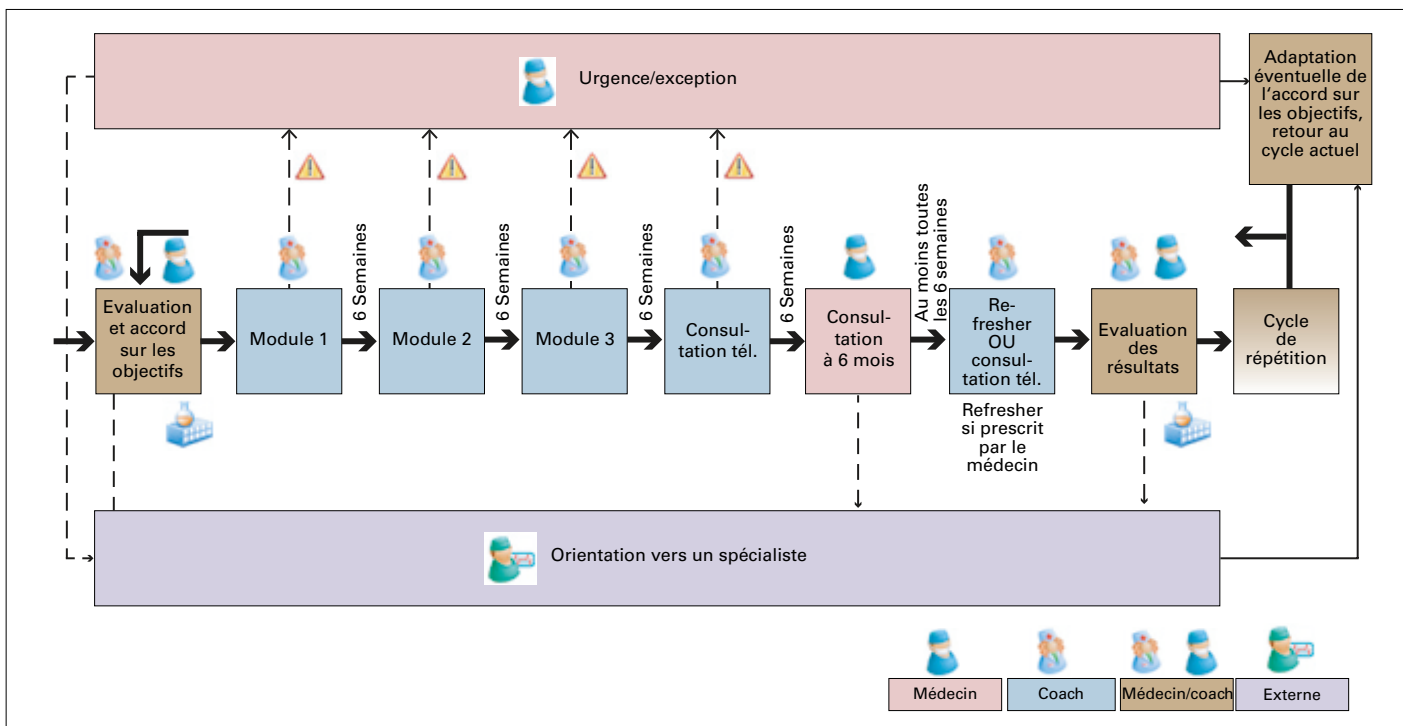


Figure 1: Un cycle thérapeutique dans le programme de CCM (modèle indépendant du diagnostic).

A l'heure, nous avons élargi l'offre de service aux personnes récemment tombées malades souffrant des mêmes affections afin d'amortir le poids du diagnostic et de faire participer les patients dès que possible à une plus grande autogestion (programmes de base).

Données finales des programmes standards

A la fin de l'année 2015, nous accompagnions 550 patients dans cinq programmes standards (tab. 1). Le nombre de patients de loin le plus élevé a été inclus dans les programmes du diabète (diabète sucré, diabète sucré + hypertension artérielle), suivis du programme de l'hypertension. Rares étaient les patients qui ont été inclus dans les programmes BPCO. Fin 2015, 200 patients avait achevé le premier cycle (44 fin 2014).

Entre 2014 et 2015, nous avons enregistré 24 sorties (9% des patients). Les raisons de sortie étaient le manque de temps, le manque d'intérêt et une autre maladie grave supplémentaire (25% pour chaque), un déménagement ou un changement d'assurance (13%) et le décès de la personne (12%).

En raison des nombres de cas, la discussion qui suit se concentre sur les données finales du programme diabète/hypertension après 1 an, avec 100 cycles achevés: 42% des patients sont des femmes, 58% des hommes, leur âge moyen est de 70 ans. Les objectifs thérapeutiques individuels ont été atteints dans env. 70% des cas. La fidélité envers les procédures en ce qui concerne les consultations et les examens complémentaires (mesures de l'hémoglobine glyquée, contrôle ophtalmologique annuel, contrôle des pieds) était très grande, aucune consultation d'urgence n'a été nécessaire et les hospitalisations ne s'élevaient qu'à 5% des cas. Plus de la moitié des patients avaient été vaccinés contre la grippe, ce qui correspond à la couverture vaccinale des plus de 64 ans atteints de maladies chroniques (OFSP 2014).

Les données finales cliniques et biochimiques sont regroupées dans les tableaux 2 et 3:

- La perte de poids moyenne était de tout juste 2% du poids corporel initial;
- L'activité physique a pu être augmentée; à la fin du programme, 45% des participants étaient légèrement actifs (30 minutes < 3x/semaine), 35% actifs (30 minutes > 3x/semaine), le taux des inactifs avait chuté de 38 à 20%;

Tableau 2: Données cliniques finales du programme standard hypertension artérielle et diabète de type 2: IMC et activité physique (début du cycle et fin du cycle).

	100		
	Cycle 1 Début	Tous Sanacare Cycle 1 Fin	Cycle 1 Delta
IMC (en Ø)	31,5	30,9	-0,6
Poids (kg en Ø)	88,6	86,9	-1,7
Activité 3 (actif)	23%	35%	12%
Activité 2 (peu actif)	39%	45%	6%
Activité 2 (peu actif)	38%	20%	-18%

Tableau 3: Données cliniques finales du programme standard hypertension artérielle et diabète: statut lipidique, pression artérielle, hémoglobine glyquée (début du cycle et fin du cycle).

	100		
	Tous Sanacare		
	Cycle 1 Début	Cycle 1 Fin	Cycle 1 Delta
LDL (mmol/l en Ø)	2,7	2,9	0,2
LDL <3 mmol/l en %	63%	56%	-7%
LDL 3,00–3,49 mmol/l en %	15%	17%	2%
LDL 3,50–3,99 mmol/l en %	12%	15%	2%
LDL ≥4,00 mmol/l en %	10%	12%	2%
Pression artérielle systolique (en Ø)	142	137	-5
Pression artérielle diastolique (en Ø)	80	77	-3
Pression artérielle normale en %	47%	56%	9%
Pression artérielle degré 1 en %	34%	39%	5%
Pression artérielle degré 2 en %	17%	5%	-12%
Pression artérielle degré 3 en %	3%	0%	-3%
Hémoglobine glyquée (en %, en Ø)	7,1	6,8	-0,3
Hémoglobine glyquée <6,5 mmol/l en %	29%	34%	5%
Hémoglobine glyquée 6,5 à 7,49 mmol/l en %	45%	52%	7%
Hémoglobine glyquée 7,5 à 8,49 mmol/l en %	14%	10%	-3%
Hémoglobine glyquée ≥8,5 mmol/l en %	12%	3%	-9%

- Le taux moyen d'hémoglobine glyquée est passé de 7,1 à 6,8%, et chez 34% des patients à moins de 6,5%. A la fin du cycle, 5% de patients en plus étaient très bien contrôlés;
- Le taux moyen de cholestérol LDL est passé de 2,7 à 2,9 mmol/l, mais a été abaissé à moins de 3 mmol/l chez 56% des patients. A la fin du cycle, 7% de patients en moins étaient très bien contrôlés;
- La pression artérielle moyenne est passée de 142/80 mm Hg à 137/77 mm Hg; la pression artérielle cible (<140/90 mm Hg) était atteinte chez 56% des patients à la fin du cycle, soit 9% de patients en plus.

Discussion et perspective

Nous avons réussi à intégrer avec succès au quotidien de nos cabinets de groupe une *chronic care approach* incluant les assistants médicaux pour trois maladies chroniques centrales. Nous pouvons ainsi confirmer la déclaration de l'étude suisse CARAT [12] selon laquelle des éléments de CCM peuvent être intégrés avec succès au sein des cabinets suisses de médecine de famille. Contrairement à l'étude CARAT, dans laquelle seule une petite partie des médecins contactés ont participé au projet, tous les médecins se sont impliqués dans nos cabinets de groupe, ce qui confirme l'aptitude à une utilisation quotidienne et la satisfaction thérapeu-

tique. La consultation médicale a été désengorgée, les domaines d'activité et les responsabilités du coach assistant ont été étendus. Nos patients apprécient la prise en charge structurée en équipe (analogue à l'étude CARAT), ce que confirment le taux élevé d'adhérence (91%) et la satisfaction des patients, alors qu'une revue systématique [13] décrit des taux d'interruption annuels de 4 à 57% en moyenne.

La Société Suisse d'Endocrinologie et de Diabétologie (SSED) a pondéré les principaux aspects de la prise en charge des groupes de patients atteints de diabète sucré en un score [14], recensant par ce biais aussi bien les processus pertinents (nombre de discussions spécifiques au diabète, conseils relatifs au mode de vie, examen des yeux, des reins et des pieds) que les résultats cliniques obtenus (hémoglobine glyquée, pression artérielle, lipides). Le score varie en fonction du stade de la maladie et de la répartition de l'âge du groupe de patients. A la différence d'un collectif de patients non sélectionné, nous avons procédé à une double sélection: sur la base des critères d'inclusion, des facteurs de risque cardiovasculaire et des maladies consécutives

Tableau 4: Données cliniques finales du programme standard hypertension artérielle et diabète: gestion de la maladie (points par critère [score SSED1-DS2]).

	106	
	Tous Sanacare 2015	
	Points	Atteint
1 Contrôles médicaux réguliers	10	100%
2a Mode de vie (conseils poids et activité physique)	5	95%
2b Mode de vie (conseils arrêt du tabagisme)	5	100%
3a Hémoglobine glyquée (≥9% chez ≤15%)	12	3%
3b Hémoglobine glyquée (<8% chez ≥60%)	8	92%
3c Hémoglobine glyquée (<7% chez ≥40%)	5	59%
4 Pression artérielle (≥140/≥90 mm Hg chez <35%)	0	43%
5a LDL (≥3,37 mmol/l chez <37%)	10	28%
5b LDL (<2,60 mmol/l chez ≥36%)	10	53%
6 Recherche de néphropathie (chez ≥80% des patients)	5	100%
7 Examen oculaire (chez ≥60% des patients)	10	92%
8 Examen des pieds (chez ≥80% des patients)	5	96%
Score DS2 selon la SSED¹	85	

¹ Selon la SSED (Société Suisse d'Endocrinologie et de Diabétologie), 75 à 100 points représentent une bonne gestion de la maladie.

s'avèrent présents chez de nombreux patients. A cette sélection plutôt négative s'oppose la sélection positive d'un collectif de patients plus motivés que la moyenne. Au total, nos programmes de CCM pour le diabète ont rempli sans problème les critères d'une bonne gestion de la maladie à 85% (tab. 4).

Une autre étude suisse [15] a analysé l'adhérence aux directives chez 40285 patients diabétiques de type 2 sous traitement conventionnel. Malgré une grande intensité thérapeutique, une application moins bonne des processus SSED a été observée: seuls 4,8% des patients ont subi tous les examens recommandés. La signification immédiate de l'adhérence aux directives est déjà mise en évidence durant les deux années qui ont suivi par la réduction du risque d'hospitalisation. Le taux d'hospitalisation atteint seulement 5% dans notre collectif de patients.

Après 1 an, la perte de poids moyenne était inférieure à la valeur ciblée d'au moins 5%, atteinte dans l'étude *Look AHEAD* [16], qui est à ce jour la plus grande étude interventionnelle portant sur le mode de vie des diabétiques. Ceci est quelque peu décevant dans la mesure où la perte de poids s'avère être la plus importante au cours de la première année de traitement, et elle est également prédictive de la perte de poids à long terme, sans tenir compte du fait que nos patients, avec leur bonne qualité de vie, présentent les conditions favorisant une perte de poids. Il se peut que l'augmentation de l'activité physique atteinte n'ait pas été suffisante, alors que dans l'étude *Look AHEAD*, l'objectif était d'atteindre une activité physique de >175 minutes/semaine et ce, avec une aide professionnelle. Les objectifs pourraient cependant être atteints plus facilement en utilisant des antidiabétiques n'ayant pas d'influence sur le poids ou réduisant celui-ci.

Le taux moyen d'hémoglobine glyquée était déjà proche de la fourchette cible lors de l'initiation du programme, et il a pu être encore davantage réduit. C'est un fait réjouissant dans la mesure où, en présence d'un bon taux initial d'hémoglobine glyquée, seule une faible baisse supplémentaire doit être obtenue [7]. En outre, les objectifs très stricts d'hémoglobine glyquée ne sont visés chez nos patients âgés et multimorbides que s'ils sont atteignables sans effets indésirables pertinents. En raison de prescriptions liées au programme, nous pouvons exclure que cette amélioration ait été

Résumé

Au total, une approche chronic care structurée, d'équipe et incluant les coachs assistants nous a permis d'encore améliorer le contrôle métabolique diabétique déjà bon, ainsi que d'optimiser partiellement les co-facteurs de risque cardiovasculaire. Les programmes ont été appréciés par les patients et l'équipe et forment, avec les programmes de base, une excellente possibilité de prise en charge continue des personnes atteintes de maladies chroniques au fil de la vie.

atteinte grâce à un investissement disproportionné et des interventions supplémentaires.

A partir d'un taux moyen de cholestérol LDL déjà bon, une légère hausse est intervenue. En raison de l'absence de stratification entre la prévention primaire et secondaire, il n'est en fin de compte pas possible d'évaluer quelle proportion de patients ont atteint leur objectif de cholestérol LDL et combien ne l'ont pas atteint. En revanche, nous avons obtenu une très bonne baisse de la pression artérielle systolique et diastolique moyenne, même si 40% des patients n'ont pas atteint la pression artérielle cible de <140/90 mm Hg. Une grande étude portant sur la réduction des risques multifactoriels a montré des résultats semblables. Dans cette étude, 30 à 50% des patients n'ont pas atteint les objectifs en matière de glycémie, de pression artérielle et de lipides [17]. L'étude *CARAT* [12] a elle aussi obtenu une amélioration d'importance semblable des facteurs de risque cardiovasculaires, pas tout-à-fait optimale. Etant donné que le contrôle des facteurs de risque cardiovasculaire est décisif pour la réduction des complications macrovasculaires [18], nous allons renforcer nos efforts pour une intensification thérapeutique conséquente et surveiller le risque cardiovasculaire. L'intensification thérapeutique médicamenteuse fixée, réalisée par du personnel de l'équipe non médical, s'est avérée être un gain de qualité dans la prise en charge des diabétiques [7].

Disclosure statement

Les auteurs n'ont déclaré aucun conflit d'intérêts financier ou personnel en rapport avec cet article.

Références

La liste complète et numérotée des références est disponible en annexe de l'article en ligne sur www.primary-hospital-care.ch.

Correspondance:
Dr med. Marc Jungi
Allgemeine
Innere Medizin FMH
Sanacare Gruppenpraxis
Bern
Bubenbergrplatz 10
3011 Bern
[marc.jungi\[at\]sanacare.ch](mailto:marc.jungi[at]sanacare.ch)

Le burnout et la résilience chez les médecins

Roland von Känel

Departement für Psychosomatische Medizin, Klinik Barmelweid; Universitätsklinik für Neurologie, Inselspital Bern, und Universität Bern;
Faculty of Health Sciences, North-West University, Potchefstroom Campus, South Africa

Le burnout résultant de stress chronique sur le lieu de travail est un phénomène de plus en plus reconnu dans la société, qui a également fait son entrée dans la pratique clinique quotidienne de la médecine générale de premier recours, et qui touche directement aussi les médecins eux-mêmes. La résilience protège du burnout et peut être activement encouragée.

Au sein de la population active en Europe et aux Etats-Unis, la prévalence de burnout s'élève à env. 25% d'après des études représentatives [1–3]. Les médecins en sont même deux fois plus souvent touchés que la population active non médicale [4, 5]. Parmi les différentes disciplines, les médecins de premier recours en médecine interne générale occupent l'un des premiers rangs [4]; au cours de ces dernières années, ce groupe a affiché une augmentation considérable du burnout aux Etats-Unis [4] ainsi qu'en Suisse [6].

Au vu des vastes recherches menées sur les causes du syndrome d'épuisement professionnel (burnout) [7–9], les facteurs qui protègent contre le burnout et qui favorisent le rétablissement suite à un burnout ne bénéficient que d'une faible attention. De tels facteurs protecteurs («amortisseurs de stress») sont communément désignés par le terme «résilience» («capacité de résistance»). Promouvoir les facteurs de résilience généraux et spécifiques à la profession de médecin contribue à éviter que les médecins ne soient «consumés» par leur métier particulièrement exigeant, ou à leur permettre de retrouver le «feu sacré» après un burnout, afin de pouvoir reprendre l'exercice de leur métier en veillant à eux-mêmes, c'est-à-dire avec un engagement acceptable pour la santé. Les connaissances de base relatives aux facteurs de résilience courants dans la pratique quotidienne peuvent en outre être utilisées pour la prise en charge des patients qui se présentent avec un burnout.

Le syndrome d'épuisement professionnel, ou burnout

Vignette clinique

Monsieur B., 58 ans, a été adressé à la consultation psychosomatique par son médecin traitant en raison d'un état d'épuisement inexplicable. A l'exception d'une légère hypertension artérielle de survenue récente, l'ensemble des examens somatiques préliminaires étaient sans particularités. A force de travail au cours de ces 20 dernières années, Monsieur B., expert-comptable de son état, était devenu chef de service et n'avait encore manqué aucun jour de travail à ce jour. Il était d'autant moins compréhensif envers son fils, qui a «plaqué» ses études il y a 1 an et se contentait depuis lors de faire des «petits boulots». Il y a 2 ans, Monsieur B. a eu une «supérieure très exigeante». S'il ne voulait pas faire d'heures supplémentaires, il était contraint de travailler «à un rythme effréné». En réalité, il avait ressenti une baisse d'énergie depuis 3 à 5 ans déjà, depuis le départ de deux collaborateurs qui n'ont pas été remplacés par souci d'économie. Il y a 6 mois, peu avant les congés de Noël, son père, dont il était très proche, a été très rapidement emporté par un cancer du poumon. Dans les semaines qui ont suivi, l'état de Monsieur B. s'est très nettement dégradé. Outre l'épuisement, il se plaint d'accès de transpiration, de vertiges, de tensions au niveau de la nuque, ainsi que de nervosité et d'irritabilité. Il a «haussé le ton» deux fois contre la secrétaire, ce qui était très inhabituel pour lui et lui a été pénible. Il dort mal et cela l'amène à ruminer. Les idées noires qu'il ressasse sont par exemple: «le travail n'est pas achevé à temps»; «que puis-je au juste encore apporter à la société?»; «que se passera-t-il si je perdrai mon emploi?». Monsieur B. réfute clairement une dépressivité et une anhédonie cliniquement pertinentes, ainsi que des idées suicidaires. A l'exception d'une épouse compréhensive et qui le soutient, aucun facteur de résilience protecteur contre le stress n'est présent. Au cours de l'année écoulée, Monsieur B. n'avait pas fait de travaux de jardinage et n'avait pas entrepris d'activités sociales ou sportives en raison de son épuisement.

Cet article se base sur un exposé présenté dans le cadre de l'assemblée de printemps SSMIG 2016.

Selon les critères de définition élaborés par la *Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde* [10], Monsieur B. présente un burnout (fig. 1). Dans le rapport adressé au médecin de famille, les diagnostics CIM-10 suivants ont été mentionnés:

- 1 Troubles de l'adaptation avec prédominance d'une perturbation d'autres émotions (y compris angoisse, inquiétude, tension, colère, tristesse) F43.23

- 2 Surmenage Z73.0
- 3 Difficultés liées à l'emploi et au chômage Z56 et à l'entourage immédiat Z63
- 4 Hypertension artérielle essentielle I10

Conceptualisation et définition du syndrome d'épuisement professionnel

Selon la théorie actuelle, le surmenage (Z73.0) n'est pas défini comme une maladie en soi mais comme *une situation à risque de maladies psychiques et somatiques associées au stress professionnel* (fig. 1). De nombreuses constellations qui sont responsables de stress professionnel et de burnout ont été décrites; les sept facteurs liés à l'emploi et sources de stress figurant dans le tableau 1 revêtent toujours une grande importance. Les questions de dépistage correspondantes peuvent être appliquées aussi bien dans l'anamnèse du patient que dans l'auto-exploration pour la profession de médecin [11]. Les tensions extra-professionnelles telles que les conflits familiaux augmentent le niveau de stress global, dans le sens où, à charge de travail égale, de nombreux symptômes de stress d'ordre psychique, cognitif et somatique fonctionnel s'installent plus précocement.

Le concept le plus fréquemment appliqué dans la pratique clinique et dans la recherche pour caractériser la situation à risque qu'est le burnout repose sur la triade symptomatique 1) *épuisement* émotionnel par le travail, 2) *cynisme* ou dépersonnalisation/alienation au travail et 3) *baisse de performance au travail ressentie subjectivement* [9], qui est déterminée au moyen de

Tableau 1: Facteurs générateurs de stress au travail avec questions de dépistage [11].

<i>Exigences trop élevées</i> Tâches à réaliser, prise de responsabilités	Votre travail demande-t-il de travailler dur? Faites-vous des heures supplémentaires? Êtes-vous suffisamment formé?
<i>Trop peu de contrôle</i> Marge de manœuvre, mise en œuvre de compétences personnelles	Au travail, participez-vous aux décisions? Pouvez-vous mettre en œuvre vos compétences?
<i>Trop peu de récompenses</i> Rémunération, perspectives d'évolution de carrière, reconnaissance, sécurité de l'emploi	Avez-vous de bonnes chances d'obtenir une promotion? Votre travail est-il reconnu par vos supérieurs?
<i>Trop peu de soutien social</i> Soutien des collègues, comportement managérial des supérieurs	Vous sentez-vous bien intégré dans l'équipe? Trouvez-vous que vos supérieurs vous soutiennent?
<i>Traitement injuste</i> Équité sur le lieu de travail	Etes-vous injustement critiqué? Recevez-vous suffisamment d'informations?
<i>Conflits de valeurs</i> Standards éthiques, équilibre vie professionnelle-vie privée, attitude vis-à-vis des clients/patients, collaboration	Votre employeur partage-t-il vos valeurs? Au travail, êtes-vous contraint d'accomplir des tâches contraires à vos valeurs? Devez-vous accomplir des tâches qui ne font pas sens pour vous?
<i>Traits de personnalité</i> «Overcommitment» (excessivement disposé à fournir des efforts), perfectionnisme, narcissisme	Travaillez-vous dans l'urgence? Faites-vous trop de sacrifices pour le travail? Parvenez-vous à vous couper du travail? Vous sentez-vous obligé de tout faire de manière très précise?

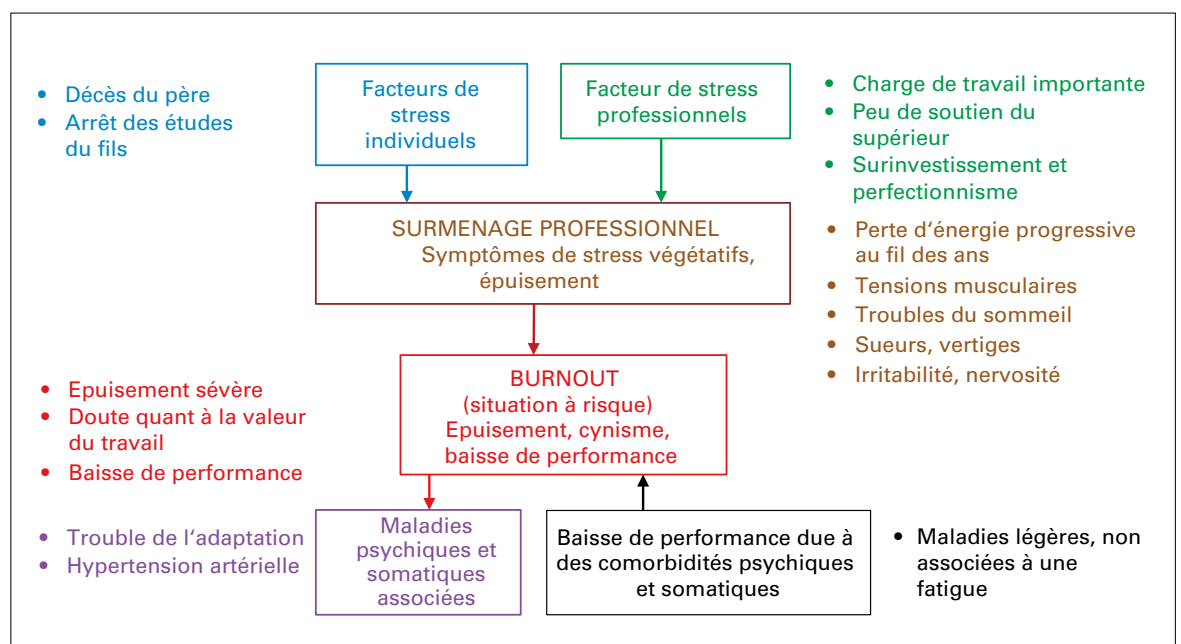


Figure 1: Le burnout comme facteur de risque pour les maladies associées dans le contexte de la vignette clinique.

l'échelle MBI (*Maslach Burnout Inventory*) [12]. Le tableau 2 présente les 16 items du *MBI-General Survey* (*MBI-GS*) issus d'une traduction récemment publiée [11]. Le *MBI-Human Services Survey* (*MBI-HSS*) se compose de 22 items et emploie des formulations destinées aux personnes qui travaillent avec d'autres personnes et sont exposées au surmenage en raison d'un travail relationnel émotionnel.

Les troubles psychiques associés au burnout sont les troubles de l'adaptation, les troubles anxieux (trouble panique), l'abus de substances et la dépression. Il est important de bien distinguer le burnout de la dépression, qui ne sont pas des concepts interchangeables [11, 13]. Les principaux symptômes d'une dépression sont l'humeur dépressive et l'anhédonie, qui n'étaient pas présents chez Monsieur B. par exemple. Toutefois, le risque de dépression augmente avec le degré de sévérité du burnout (50% en cas de burnout sévère, 20% en cas de burnout modéré et 7% sans burnout) [1]. Les troubles fonctionnels (douleurs musculo-squelettiques, troubles digestifs, acouphènes) et

les troubles du sommeil associés au burnout sont fréquents, et il n'est pas rare qu'ils soient la cause d'une consultation chez le médecin de famille [14]. Parmi les troubles somatiques associés au burnout figurent principalement des troubles cardio-métaboliques, y compris le surpoids, le diabète, l'hypertension artérielle, les troubles du métabolisme des lipides et les coronaropathies, mais aussi une mortalité accrue [15]. Ces corrélations sont en partie dues à des comportements défavorables pour la santé et en partie directement dues à des mécanismes autonomes, psycho-neuro-endocrinologiques et immunologiques [11, 15].

Enfin, l'épuisement et la baisse de performance peuvent être aggravés par des maladies indépendantes du burnout et associées à une fatigue (par ex. syndrome d'apnée du sommeil, insuffisance cardiaque chronique, sclérose en plaques, polyarthrite rhumatoïde, cancer, démence débutante, psychose). Naturellement, les maladies associées à une fatigue chronique doivent toujours être prises en compte dans le diagnostic différentiel d'un syndrome d'épuisement professionnel. Le diagnostic différentiel doit toujours tenir compte de différentes causes somatiques, psychiques et comportementales (par ex. manque de sommeil) [16].

Tableau 2: Maslach Burnout Inventory-General Survey [11,12]

Epuisement émotionnel

Je me sens émotionnellement vidé(e) par mon travail.

Je me sens à bout à la fin de ma journée de travail.

Je me sens fatigué(e) lorsque je me lève le matin et que j'ai à affronter une nouvelle journée de travail.

Travailler toute la journée représente un effort important pour moi.

Je sens que mon travail m'épuise complètement.

Dépersonnalisation

J'ai moins d'intérêt pour mon travail depuis que j'ai commencé cet emploi.

Je suis devenu(e) moins enthousiaste pour mon travail.

Je veux simplement faire mon travail et ne pas être dérangé(e).

Je suis devenu(e) cynique à propos du fait que mon travail puisse contribuer à quoi que ce soit.

Je doute de la valeur de mon travail.

Performance personnelle réduite

J'arrive à résoudre efficacement les problèmes qui se présentent à mon travail.

J'ai l'impression que j'apporte une grande contribution à ce poste.

Selon moi, je fais un bon travail.

Je suis de bonne humeur lorsque j'accomplis quelque chose au travail.

Pour ce travail, j'ai accompli beaucoup de choses importantes.

Au travail, je suis convaincu(e) de m'acquitter de mes tâches avec succès.

Degré de sévérité par item pour l'épuisement émotionnel et la dépersonnalisation: 6 = quotidiennement, 5 = plusieurs fois par semaine, 4 = toutes les semaines, 3 = plusieurs fois par mois, 2 = tous les mois, 1 = plusieurs fois dans l'année, 0 = jamais. Cotation inversée pour la performance personnelle, de 6 = jamais à 0 = quotidiennement.

Mesurer le degré de sévérité du burnout

Afin de déterminer le degré de sévérité du burnout à l'aide du MBI, les valeurs moyennes de chaque item (tab. 2) sont multipliées par un facteur 0,4 pour l'épuisement et par un facteur 0,3 pour la dépersonnalisation et la performance, puis additionnées. Une valeur totale comprise entre 1,50 et 3,49 indique une sévérité modérée, tandis qu'une valeur comprise entre 3,50 et 6,00 traduit un burnout sévère [11]. En se basant sur ces critères, une application internet disponible en ligne permet d'évaluer gratuitement et anonymement le risque de burnout [17].

Une auto-évaluation rapide de la probabilité pour un médecin de souffrir d'un burnout cliniquement pertinent peut être réalisée grâce aux deux questions de dépistage suivantes, issues du MBI-HSS [18]: «*Je sens que mon travail m'épuise complètement*» et «*Je suis devenu(e) plus insensible aux gens depuis que j'ai ce travail.*» Si cela est le cas au moins une fois par semaine, alors il y a une probabilité élevée qu'un épuisement émotionnel pertinent et une aliénation du travail (et des patients) soient présents.

Pourquoi le burnout est si fréquent et ne cesse d'augmenter dans la profession médicale?

Les facteurs de stress liés au travail présentés dans le tableau 1 sont également valables pour ceux exerçant la profession de médecin, mais revêtent une spécificité

partielle [19]. Les exigences et les attentes par exemple sont accrues en raison d'une «illusion de possibilités infinies» liée aux avancées techniques et à l'accélération des processus de traitement. Néanmoins, la guérison nécessite du temps et il ne s'agit pas de quelque chose que l'on peut exiger; il est littéralement impossible de «consulter» plus vite durant la consultation. Les médecins ont subi une perte de statut avec une reconnaissance moindre et une plus faible rémunération (financière); dans l'opinion publique, les médecins sont passés de «demi-dieux en blouse blanche» à des facteurs de coûts et à des inducteurs de coûts. Sur le marché de la santé, la santé est proposée comme une marchandise, les médecins se sentent contraints de se vendre et de vendre leur produit, ce qui peut générer des conflits de valeurs. Du point de vue biographique, un manquement dans les besoins psychiques fondamentaux durant l'enfance, tels que l'attachement, l'orientation, le contrôle, l'augmentation de l'estime de soi et la satisfaction des désirs/l'évitement du déplaisir, conduit à des schémas comportementaux défavorables dans la profession de médecin, avec une vulnérabilité au stress et un risque de burnout accrus [20]. Des parents anxieux-incertains et ne pouvant s'empêcher de contrôler leur enfant ou encore un besoin de contrôle et de sécurité constamment menacé dans l'enfance, en raison du comportement imprévisible d'un parent par exemple, sont autant de facteurs qui, à l'âge adulte, conduisent à un comportement de contrôle excessif, à un perfectionnisme et à une faible capacité d'adaptation. Ces «béquilles de contrôle» deviennent une contrainte à l'occasion de situations imprévisibles requérant une certaine flexibilité, comme c'est le cas pour la prise en charge de malades chroniques ou bien les situations d'urgence. L'absence précoce de compliments et de reconnaissance, ou bien une responsabilisation trop précoce (parentification), donne lieu dans la profession médicale à l'altruisme, l'hyperactivité et le dépassement de soi dans une quête de confirmation de l'estime de soi et de reconnaissance. Le modèle de ces «béquilles de l'estime de soi», basé sur l'action, ne laisse que peu de place à la réflexion et à l'assimilation, jusqu'à ce que le travail ne devienne «tout simplement trop». *La mise en place de la résilience en vue de prévenir le stress et le burnout commence donc dès l'enfance, par la création d'un cadre émotionnel stable avec une satisfaction suffisante des besoins psychiques fondamentaux.*

Résilience

Conceptualisation et définition de la résilience

Resilire en latin peut être traduit par «rebondir», ce qui décrit la capacité à laisser les contrariétés de la vie rico-

cher sur soi sans causer de dégâts et, de surcroît, de mûrir en tant que personne grâce à ces contrariétés. Bien qu'étant principalement entendue comme une capacité de résistance psychique, la résilience est également corrélée à des aptitudes physiques et modes de réaction favorables en situation de stress [21]. Par conséquent, la résilience peut être définie comme *la capacité à se développer avec succès de manière adaptative et proactive en tant que personne malgré des situations de vie défavorables (stresseurs) et d'en sortir plus fort pour un coût psychologique et physiologique limité* [21, 22]. Ainsi, la résilience poursuit une perspective salutogène, qui vise à identifier les facteurs qui permettent de conserver la santé [23] et, dans ce cas particulier, protègent du burnout ou soutiennent le rétablissement suite à un burnout. Les personnes résilientes sont plus en mesure de surmonter les revers personnels et de gérer de manière constructive les crises professionnelles. Les médecins de premier recours présentant une bonne résilience présentent un risque de burnout diminué par rapport à leurs collègues moins résilients [24]. La résilience s'entend aussi bien comme trait de personnalité «inné» que comme un attribut modifiable, qui peut être travaillé grâce à des mesures cognitives et des modifications comportementales ciblées, y compris un style de vie plus sain [21].

Mesure de la résilience

Un instrument fréquemment employé pour mesurer la résilience en tant que ressource personnelle est l'échelle de résilience de Wagnild & Young [25], dont il existe une version courte en langue allemande [26]. Les 11 items et leur formulation sont présentés dans le tableau 3. Le lien avec une vulnérabilité accrue au stress

Tableau 3: Version courte de l'échelle de résilience de Wagnild & Young [25, 26].

Lorsque je fais des projets, je les mène à bien.
Je me débrouille toujours d'une façon ou d'une autre.
Il est essentiel pour moi de m'intéresser à beaucoup de choses.
J'ai de l'admiration pour ce que je suis.
Je suis capable de gérer plusieurs choses à la fois.
Je suis déterminé(e).
Je m'intéresse à beaucoup de choses.
Je trouve facilement de quoi rire.
En temps normal, je peux envisager une situation sous plusieurs angles.
Je peux aussi me forcer à faire quelque chose que je n'ai pas véritablement envie de faire.
J'ai suffisamment d'énergie pour faire tout ce que je dois faire.
Dans quelle mesure ces affirmations s'appliquent-elles à vous? «Pas du tout d'accord» = 1 à «Tout à fait d'accord» = 7

Tableau 4: Facteurs liés à la résilience

Construit	Description
Cohérence et attribution de sens (sense of coherence) [23]	Conviction profonde que les événements de vie sont prévisibles et explicables, que des ressources sont disponibles pour faire face aux exigences de la vie et qu'il vaut la peine de s'engager pour elles.
Ténacité (hardiness) [27]	Conviction profonde que la vie est contrôlable, que les activités sont intéressantes et importantes et que les événements stressants sont des défis qui offrent des possibilités de maturation et de développement.
Optimisme dispositionnel [28]	Tendance stable au fil du temps et généralisée à s'attendre à des événements positifs dans la vie.
Soutien social [29]	Vécu positif des contacts interpersonnels, principalement sous forme de soutien émotionnel (émotions positives, proximité et confiance).
Gestion efficace du stress [30]	Flexibilité dans la gestion de difficultés grâce à un vaste répertoire de stratégies de coping cognitives, émotionnelles et comportementales disponibles (par ex. résolution active des problèmes dans les situations où il existe une possibilité objective de contrôler la situation, et si ce n'est pas le cas, plutôt réévaluation cognitive pour mettre fin aux émotions négatives).

Tableau 5: Recommandations pour favoriser la résilience et prévenir le burnout chez les médecins de premier recours en médecine interne générale.

Identité de médecin: Confrontation consciente aux représentations et valeurs liées à la profession de médecin afin de prévenir un surmenage sans réflexion en amont et un investissement excessif.

Attitudes favorables: Accepter ses propres limites; reconnaître les changements nécessaires; approche active et réaliste des aspects plus difficiles de la profession de médecin; évaluation positive de la relation médecin-patient et de l'activité médicale.

Professionnalisme: Échanges avec les collègues (interview), amélioration des compétences communicationnelles (par ex. prise en charge de malades chroniques) et formation postgraduée continue.

Bonne organisation de la clinique ou du cabinet: Horaires de travail «raisonnables», réserver des plages horaires aux urgences, arrêter des admissions, recruter du personnel efficace et bonne gestion du personnel.

Équilibre vie professionnelle-vie privée: Planification ciblée d'une contrepartie privée aux contraintes professionnelles (vie privée satisfaisante, sport, culture, engagement associatif).

Gestion consciente du temps: Prendre du temps pour soi (hobbys, réflexion sur soi), pour la famille et pour les autres contacts sociaux. Eventuellement, inscrire les rendez-vous dans l'agenda!

Tableau 6: Mesures à prendre en cas de burnout dans la profession de médecin.

S'avouer l'état d'épuisement et, le cas échéant, faire appel à une aide professionnelle.

Du coaching à la psychothérapie; plus précisément: gestion du stress, activité physique adaptée.

Analyse sans ménagement des facteurs de stress responsables, des liens biographiques, des représentations de vie «dangereuses» (par ex. «un bon médecin est toujours là pour ses patients») et des traits de personnalité «dangereux» (surestimation des capacités, perfectionnisme, narcissisme).

Identifier les changements nécessaires et les mettre en œuvre de façon conséquente et durable.

Prise en charge des comorbidités psychiques et physiques, des troubles du sommeil et des abus de substances (plus particulièrement consommation excessive d'alcool, de psychostimulants, de somnifères)

Cultiver la résilience: pleine conscience, prendre soin de soi, recherche de sens, recherche de soutien social.

Reprise en douceur, attention à ne pas retomber dans les mêmes pièges qu'avant le burnout.

Prévention des récurrences: savoir reconnaître à temps les signes d'alerte de la réaction de stress individuelle et réagir à temps.

et avec un risque accru de burnout est révélé dans les items qui font référence à l'énergie disponible, à la capacité à faire plusieurs choses en même temps, à la gestion des conflits de valeurs, à l'estime de soi et à la flexibilité.

Facteurs associés à une résilience élevée

Le tableau 4 présente des construits protégeant contre le stress, qui ont été bien étudiés et sont associés à une résilience élevée [23, 27–30]. Ces «amortisseurs de stress» accroissent la probabilité qu'un stress professionnel soit géré avec succès, ce qui réduit alors le risque de burnout. En outre, chez des médecins de famille australiens, les traits de caractère et de tempérament qui sont une acceptation de soi et une persévérance élevées d'une part et une moindre non-malfaisance d'autre part étaient associés à une résilience plus élevée [31].

Comment cultiver la résilience dans la profession de médecin

Dans le tableau 5 sont résumées des mesures favorisant la résilience que les médecins de premier recours utilisent et recommandent aussi pour partie à leurs collègues afin qu'ils se prémunissent contre le burnout [16, 20, 32–35]. La mise en œuvre de ces stratégies ne peut en partie pas réussir sans modification des attitudes et des comportements, et donc sans que le médecin réalise une «petite thérapie cognitivo-comportementale» avec lui-même. Des études interventionnelles réalisées à la *Mayo Clinic* montrent que des programmes de formation postgraduée structurés portant sur les mesures favorisant la résilience dans la pratique quotidienne, telles que des exercices de pleine conscience, la réflexion sur soi et la recherche de sens, peuvent améliorer significativement les symptômes

du burnout, l'empathie, l'humeur et l'attitude vis-à-vis du travail chez les médecins de premier recours en médecine interne générale [36, 37].

Lorsque le burnout survient malgré tout

Le tableau 6 présente les mesures qui peuvent être prises lorsqu'un syndrome d'épuisement professionnel s'installe malgré des efforts en termes de prévention et des mesures de renforcement de la résilience, et que les médecins en burnout doivent envisager de faire appel à une aide professionnelle [38, 39]. Les médecins de premier recours semblent être plus touchés par le burnout que d'autres disciplines médicales, notamment en raison d'une charge de travail accrue liée aux échanges avec les assureurs-maladie, des modifications du système de santé, des incertitudes quant aux traitements médicaux et de la difficulté à concilier vie professionnelle et vie privée [5]. A ce jour, les discussions tarifaires ne tiennent pas compte de ce «risque professionnel» accru, bien qu'en Angleterre par exemple, un système d'indemnisation amélioré pour les prestations des médecins de premier recours, instauré en 2004, dans le sens d'un facteur de résilience, ait permis d'augmenter la satisfaction professionnelle et de diminuer le temps de travail hebdomadaire [40]. La prise en charge du burnout peut, selon le degré de sévérité des symptômes et les comorbidités, se faire en milieu ambulatoire ou stationnaire, dans un environnement multimodal [41]. Les éléments clés de la prise en charge du burnout sont la psychothérapie, une activité physique adaptée, des procédés de relaxation et la thérapie corporelle, les thérapies créatives, le traite-

L'essentiel pour la pratique

- Si les médecins veulent améliorer leur résilience et ainsi diminuer le risque de burnout, ils doivent tout d'abord reconnaître le moment où ils sont soumis au stress et quelles sont leurs réponses au stress, aussi bien adaptatives que maladaptatives [22].
- Par l'auto-observation et des exercices simples dans la pratique quotidienne, il est possible d'identifier les réponses somatiques, émotionnelles, cognitives et comportementales individuelles au stress.
- Les signes d'alerte précoces du stress ne doivent pas être ignorés. Une attitude fataliste, de type «cela ira mieux bientôt», vient entraver l'accroissement des capacités et des aptitudes à gérer le stress avant qu'il ne soit «hors de contrôle».

ment des maladies psychiques et somatiques associées, la pharmacothérapie, des mesures d'hygiène du sommeil et le travail social, avec des mesures préparatoires en vue de la réintégration dans le quotidien professionnel [16, 41]. Les interventions thérapeutiques cognitivo-comportementales ont permis d'améliorer l'épuisement émotionnel dans la majorité des études randomisées et contrôlées [42]. Nous avons récemment pu démontrer que 15 mois après un traitement stationnaire du burnout d'une durée de 6 semaines, les symptômes du burnout avait significativement diminué par rapport au début de la prise en charge et que la réintégration professionnelle avait pu être atteinte dans 75% des cas [43].

Références

La liste complète et numérotée des références est disponible en annexe de l'article en ligne sur www.primary-hospital-care.ch

Correspondance:
Prof. Dr. med.
Roland von Känel
Klinik Barmelweid
CH-5017 Barmelweid
[roland.vonkaenel\[at\]barmelweid.ch](mailto:roland.vonkaenel[at]barmelweid.ch)

Anamnestic

Pauses

Il n'est pas rare que durant l'anamnèse les patients commencent à bloquer ou deviennent totalement muets. Cela peut signifier qu'ils ont dit l'essentiel et ne souhaitent plus poser d'autres questions. Toutefois, la pause peut également indiquer que le patient cherche les bons mots pour aborder un sujet délicat. Des pauses s'intercalent lorsque nous venons d'irriter notre interlocuteur ou lui en avons trop demandé, lorsqu'il a des trous de mémoire ou lorsqu'il réfléchit encore à la manière de répondre à une question difficile. Cependant, il se peut aussi qu'il n'ait pas entendu ce que nous lui avons dit ou qu'il ne l'ait pas compris et n'ose pas le dire. Parlons-nous trop vite ou pas assez fort?

Dans cette situation, le silence quelque peu embarrassant ne devrait pas être interrompu trop vite par une question médicale. Il n'est pas nécessaire de se taire durant toute une minute, mais quelques secondes de silence ne peuvent pas faire de mal. Et soyez attentif aux mots qu'emploie le patient lorsqu'il se remet à parler, car ils contiennent peut-être la clé pour comprendre son message.

Bernhard Gurtner



Crédit photo: © Get4net | Dreamstime.com

Studierende in Basel kennen Reflective Writing (RW), weil alle im 4. Jahr im Einzeltutoriat in einer Hausarztpraxis über eine Begegnung mit einem Patienten nachdenken und schreiben müssen (z.B. «Ein Patient, den ich nicht mochte»). Das Feedback vom Hausarzt zum RW wird von den Studierenden meist sehr geschätzt, weil er den Patienten oft gut kennt, ihn die Sichtweise des Studierenden gegenüber dem Patienten interessiert und Fragen wie zum Beispiel «Wie geht man mit Patienten um, die man nicht mag» wichtig für einen professionellen Umgang sind. Im 5. Jahr sind die Studierenden im Wahlstudienjahr und erstmalig in verschiedenen Spitälern tätig. Wir haben sie angefragt, ob sie in einem Blog über ihre ersten Berufserfahrungen berichten und sich austauschen möchten. Einige der Studierenden haben sich gemeldet und geschrieben, was ihnen wiederfahren ist.

Auszüge aus ihren Berichten sind hier wiedergegeben. Sie schildern – wie ich meine – eindrücklich das erste Erleben des Berufsalltags. Die Studierenden reflektieren das, was ihnen und andern passiert. Sie erzählen anschaulich – doch lesen sie selbst!

Alexander Kiss, Verantwortlicher «Reflective writing», Masterlehrgang Medizin, Universität Basel

Auszüge aus Texten des Lehrgangs «Reflective writing» der Universität Basel

Erste Erfahrungen im medizinischen Alltag

(...) Die knapp 80-jährige Frau U. war gestern gleich die zweite notfallmässige explorative Laparotomie, die unser Programm über den Haufen warf. Nun, was heisst «sie WAR die zweite Laparotomie»? Sie benötigte eine Laparotomie – von «sein» kann hier eigentlich ja nicht die Rede sein. Irgendwie gab es einen Planungsfehler und so wurde sie zu spät «bestellt» – oder zu spät «geliefert». Eigentlich eine komische Wortwahl. (...)

Raphael Monsch

Vieles im Klinikalltag erscheint einem zu Beginn sehr beeindruckend, berührend oder auch beängstigend. So ist es mir in einer geschlossenen Station der Psychiatrie ergangen. (...) Zu Beginn meines Praktikums hat mich das sehr beschäftigt, doch schnell kommt die Routine; es ist ganz normal, dass ich mich frei bewegen kann, während meine Patienten für jeden Ausflug eine spezielle Bewilligung benötigen. (...) Herr L. ist der Überzeugung, dass er als Friedensritter die Welt retten muss. (...) Für ihn ist diese Situation eine grosse Ungerechtigkeit, in seiner Realität gehört er ja zu den «Guten» und darf trotzdem nur noch in Begleitung des Sicherheitpersonals halbstundenweise spazieren gehen. (...) So sitzt er Tag ein Tag aus auf dem Sofa und wartet. Was schnell normal wird, ist eigentlich traurig. (...)

Rahel Elisabeth Bircher

Wir werden mal Ärztinnen und Ärzte, aber auch Arbeitende in einem Team, Teil eines Spitalsystems. Wir beginnen als kleines Rädchen, noch ganz ungewohnt in Weiss und sollen unseren Weg, unsere (Lauf-)Bahn finden. Als UHU ist man irgendwie oft dazwischen.

Noch nicht Arzt und doch im Ärzteteam. (...) Beim Hakenhalten wurde mir immer mehr bewusst, wie strikt die Saalhierarchien waren. Oft reichten erfahrene Pflegenden die Instrumente jungen Ärzten und äusserten auch mal einen Ratschlag, wenn der Eingriff nicht ganz nach Plan verlief. Darauf zurückgegriffen wurde dann zwar, aber erst wenn die Operateure wirklich alles andere ausprobiert hatten. Es muss unglaublich frustrierend sein (...)

Rahel Isenrich

(...) Frau N. war 91 Jahre alt. Sie wirkte aber etwas jünger, war klar im Kopf und auch vom Aussehen her hätte man sie auf Anfang 80 schätzen können. (...) Ein paar Tage vor ihrem geplanten Austritt sahen wir Frau N. auf der Chefarztvisite, wo die Möglichkeit eines Katheter-basierten Aortenklappenersatzes (TAVI) mit der Patientin erörtert wurde. (...) Frau N. blieb dabei und wollte nicht operiert werden, denn ihr würden ein paar wenige Wochen reichen, um das zu erledigen, was sie unbedingt noch machen wollte. Sie betonte immer die Risiken und nahm während des Gesprächs, so kam es mir jedenfalls vor, nur die Gefahren eines operativen Eingriffs wahr. (...) Am Morgen vor ihrer Entlassung nach Hause hatte ihre Zimmernachbarin einmal geklingelt, es sei etwas komisch mit Frau N. Die Pflege schaute nach und konnte nichts Auffälliges bemerken. Um sechs Uhr morgens, als Frau N. geweckt werden sollte, lag sie tot im Bett. Wir haben nicht damit gerechnet, dass sie so bald sterben würde. Der Tod von Frau N. beschäftigte mich, weil sie so traurig über ihren bevorstehenden Tod gewesen war. (...)

Timon Wartenweiler



(...) Zwischendurch nehme ich mir etwas Zeit und spreche in Ruhe mit Herrn J. Es beschäftige ihn, dass er Blut im Urin habe. Das sei doch nicht normal. Ich versuche ihm zu erklären, dass er eine Operation gehabt habe und dass es nichts Aussergewöhnliches sei, dass bis zu sechs Wochen nach der Operation Blut im Urin ist. Ich versuche ihn zu beruhigen und sage, nur wenige Tropfen genügen, und der Urin sähe blutig aus. Ich habe nicht das Gefühl, dass sich Herr J. mit der Antwort zufrieden gibt. Wir drehen uns im Kreis. Der Urologe kommt vorbei. Es sei alles normal. (...) Ich frage ihn, ob er verstanden habe, dass er eine Operation hatte, bei der man die Wunde offen gelassen habe, sodass der Eiter besser ablaufen könne. Es sei normal, dass es noch eine Weile blute. Der Patient schaut mich entgeistert an: «Blut im Urin ist nicht normal.» Ich stocke. «Aber nach einer Operation schon.», antworte ich. Der Patient wiederholt: «Blut im Urin ist nicht normal!» (...)

Clara Sailer

(...) «Notarziisatz. Mr traffe is bi dr Garderobe», so die Mitteilung der Notärztin. Keuchend renne ich durch das Spital zur Notarztgarderobe. Was erwartet mich wohl? (...) Mein Herz schlägt laut und schnell während der rasanten Fahrt. (...) Wir fahren zurück zum Spital. Die Notärztin wirkt unberührt und macht Witze im

Auto. Ich lache halbherzig mit und frage mich, ob es wohl irgendwann normal wird, Menschen sterben zu sehen. Ein trauriger Gedanke für mich. (...)

Katharina Gruntz

(...) «Der Tod geht mich eigentlich nichts an, denn wenn er ist, bin ich nicht mehr» sprach einst Epikur. Das trifft auch auf die Narkose zu. Würde man den Beatmungsschlauch ziehen, der Patient könnte sich nicht dagegen wehren. Er könnte nicht protestieren, ja es würde ihn nicht einmal kümmern. Er würde nie davon erfahren, nie darunter leiden. Nach einigen Tagen wurde mir klar, wie sehr mich dieser Gedanke traumatisierte; wie gross meine eigene Angst vor diesem Moment war, in dem das Propofol in die Venen strömt und man weiss, dass man in wenigen Sekunden einen Zustand erreicht, der zumindest philosophisch einem Hirntod gleichkommt. Ich stellte verwundert fest, dass viele Patienten sogar eine Vollnarkose gegenüber einer regionalen Betäubung bevorzugten. Sie sahen in ersterem einen Zustand tiefen Schlafes; was kaum der Realität entspricht. Aus dem Schlaf kann man gerissen werden, wenn es brennt. (...)

Simon John

Über Umwege landete ich diesen Monat in einer Landarztpraxis, nachdem ich den ganzen Sommer das OP-Leben in verschiedenen Kliniken erlebt habe. «Nicht meine Welt», so mein vorläufiger Schluss. Nun ist in dieser hausärztlichen Doppelpraxis plötzlich alles so farbig und lebendig. Kein Mundschutz, keine Haube und keine Gummi-Schuhe mehr, und zwischen meiner Hand und dem Patienten auch meistens keine Latexschicht. Nicht mal ein weisser Kittel als Schutzhülle. Nur ich alleine sitze da dem Patienten vis-à-vis. Es fühlt sich auch irgendwie hilflos an. Was weiss ich schon? Ich werde oft gemustert – ich mustere noch öfters zurück. Automatisch. Manchmal brauche ich den Schutz der Tastatur und hämmere dann fast jede Aussage in den Rechner. Das gibt mir Zeit zum Überlegen und eben: Schutz. Schutz wovor? Schutz vor einer Begegnung auf Augenhöhe mit einem Mitmenschen? Warum habe ich manchmal Angst davor? (...)

Raphael Monsch

Bildnachweis

© Flynt | Dreamstime.com

Korrespondenz:
Prof. Dr. med.
Alexander Kiss
Psychosomatik
Universitätsspital Basel
CH-4031 Basel
Alexander.Kiss[at]usb.ch

Von männlichen kranken Wesen

Ein ganz gewöhnlicher Arzt hat eine ganz gewöhnliche Erkältung

Edy Riesen

Mitglied der Redaktion

Ach, wie leidet ein gewöhnlicher Doktor unter seiner eigenen Erkältung! Taschentuch um Taschentuch wandert in den Wäschekorb, der Kopf ist dumpf, die sonst sonore Stimme wechselt zwischen Falsett und Kettenrauchersound. Nächtliche Hustenanfälle lassen das Ehebett erbeben und zwingen ihn, um vier Uhr morgens heisse Milch mit Honig zu schlürfen. Werte Damen, für einmal heisst es nicht: *Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird hier nur die männliche Form verwendet, die weibliche ist gleichermassen damit gemeint.* Nein, hier sprechen wir explizit von männlichen kranken Wesen; denn wie mir eine meiner drei Töchter mit unverhohlener Genugtuung erklärte, gäbe es im Angelsächsischen ein Diktum, dass es ein Glück sei, dass die Frauen den Geburtsschmerz erführen, denn nur so könnten sie ahnen, wie sehr der Mann an einer Erkältung leide! Ja, natürlich, sie ist Krankenschwester, wie meine Frau auch, und die kennt man als

unerbittliches Gegenüber, mitleidlos-sachlich und mit leicht spöttischem Blick das tägliche Krankheitsbulletin des Vaters resp. Ehemanns entgegennehmend. Die Flucht in die Praxis hilft auch nicht, denn dort ist man dem Zynismus der Kundschaft ausgesetzt. So, so, den Doktor hat's auch erwischt, aber, aber. Oder noch besser: Sie sollten aber zum Arzt gehen usw. Da sind sie, die genüsslichen Retourkutschen, die ich in meinem Elend gar nicht humorig finde. Ich murmele dann jeweils etwas davon, dass auch ein Pfarrer in die Hölle kommen könne, oder dass ich zweimal pro Saison auch etwas zu Gute hätte und derlei dumme Antworten. Ingeheim denke ich aber, dass ich sicher kränker sei als die Hälfte meiner – heute gar nicht so – lieben Patienten. Und so schleppe ich mich durch die Sprechstunde, krächzend und ungeduldig, und meine einzige Genugtuung ist, dass ich bei besonders schwierigen Chronophagen (die meist hypochondrisch sind) einen Mund-



schutz trage und darunter hervor – während ich meine Hände demonstrativ lange desinfiziere – mit dumpfer Stimme verlauten lasse, dass wir es heute kurz halten wollten. Die Ansteckungsgefahr hänge nämlich unter anderem von der Expositionsdauer mit Keimen ab. Das ist dann ein einsames Highlight eines tristen Vormittages. Ach, und die Therapien. Es gibt ja nichts Cochrane-würdiges, das wirklich hilft. Und doch will auch ich etwas schlucken. Also 3 x 30 Phytotröpfchen und einen Hustensirup für die Nacht, der mich Abstinenzler für ein paar Stunden regelrecht abmeldet. Heldenhaft verzichte ich auf ein Antibiotikum (das ja sowieso nichts nützen würde). Dafür nehme ich ab und zu ein Schmerzmittel gegen Kopf-, Hals- und Gliederschmerzen. Nicht einmal Fieber habe ich, was meinen erbärmlichen Zustand besser legitimieren würde. Die einzigen echt mitmenschlichen Wesen sind die guten MPAs, die aufgrund meines Falten- und Lidspaltenfaktors (das heisst, das Gesicht zerfurcht wie eine Wettertanne und winzige Augen) wissen, was es geschlagen hat. Ich darf zum Znüni nicht einmal den Kaffee selbst herauslassen – ihr Mitleid ist eine Wohltat!

Ich muss allerdings zugeben, dass sich im Laufe des Morgens mein Selbstmitleid aufzulösen beginnt.

Wenn dieses negative Gefühl verschwindet, ist alles erträglicher. Nicht vergebens pflegte meine Frau angesichts eines Unwohlseins (seelisch oder körperlich?) jeweils zu sagen: «So, geh jetzt erstmal in die Sprechstunde, das hat Dir immer am besten geholfen. Dort kannst Du Deinen referentiellen gesundheitlichen Urmeter wieder einstellen und siehst, dass es anderen viel besch... geht als Dir.» So einer bin ich also? Eine Art «hypochondrischer Medicaholic» oder so ähnlich? Ich will jetzt nicht, dass Sie nun plötzlich kein Mitleid mehr mit mir haben, umso mehr als Sie wahrscheinlich auch Ärztin oder Arzt sind und die Situation zu Genüge kennen. Ich hoffe wirklich auf viel Mitgefühl! Am Ende des Klageliedes sei, mit einem Glas heissen Holunders in der Hand, ein kleines Hoch auf die Erkältung gesungen mit der Frage, ob es nicht schön wäre, sich wieder einmal richtig in einen Infekt reinzuhängen, diese Sitzung und jenen Bericht sausen zu lassen, sich ins Schneckenhaus zu verkriechen, abends auf dem warmen Ofen zu liegen und zu spüren, dass es langsam – aber bitte nur ganz langsam – besser wird!

Korrespondenz:
Dr. med. Edy Riesen
Facharzt für
Allgemeinmedizin FMH
Hauptstrasse 100
CH-4417 Ziefen
edy.riesen[at]hin.ch

Bildnachweis
© Wavebreakmedia Ltd | Dreamstime.com

Diluzione

«Dilution is solution to pollution» (entendez l'accent italien qui enchante vos oreilles).
Donc: «Abcès et péritonite, il faut laver, beaucoup d'eau, le mieux ce sera», dixit capo italiano que io amo.
J'ai deux histoires de 3h du matin. Avec des jeunes. Et des histoires de taches.
Le 1er vient pour un corps étranger dans l'oeil. Quand je cherche la fluoresceine, il me dit:
Ah, vous allez me mettre ça dans l'oeil!? C'est génial pour colorer les fontaines en ville. (Que cosa?)
«Bah ouai, ya prescription maintenant, mais quand j'étais gamin, j'ai fichu 1 sac de fluorescéine et du liquide vaisselle dans la fontaine St Glinglin. Ça a fait de superbes couleurs. Mais les flics et les pompiers sont venus, ils ne savaient pas ce que c'était et ça les a inquiétés. Ça tache vachement.» (Je suis très solidaire des mousseurs de fontaine, en étant une moi-même).
Bon. Mon autre histoire de tache, c'est un agriculteur de 50 ans. Il est le propriétaire de l'appartement du jeune qui a fait un tentamen par veinosection et a choppé sa fémorale. Il me demande comment ça se nettoie, le sang. Puis me dit que pourtant il a passé toute sa journée avec le jeune, qu'il était triste mais ça allait... Puis non. Il a tout tranché dans la salle de bain. Et le vieux bonhomme sanglote. Il est 3 heures du matin, mais j'arrive à lui dire: «C'est pas votre faute. C'est la faute de personne. Demandez à un ami de vous aider a nettoyer, avec de l'eau et du détergent. Ne le faites pas ce soir, pas seul. Ça va vous remuer beaucoup, y a pas urgence.»



«Boucle d'or et les trois ours» de Rose Celli, Gerda Muller
© Éditions Père Castor-Flammarion

Et il me répond: «C'est que ça sent très fort, le sang. Je savais pas que ça pouvait couler autant...»
Dilution is solution...
Boucle d'Or (pseudonyme d'une jeune assistante qui raconte des faux-pas dans son vie de travail quotidienne)

