

Être interne : dépasser l'angoisse pour devenir médecin ; à quel prix ?

Tilila Lakhsassi

Interne de psychiatrie 7^e semestre
Université de Lille 2

Résumé Le travail de garde en psychiatrie représente une double mission pour les internes de médecine psychiatrique : la prise en charge de problématiques psychiatriques et « somatiques », souvent très intriquées. Dans le contexte actuel de sur-spécialisation de la médecine, ces internes s'engagent dans l'apprentissage « diurne » de compétences spécifiques psychiatriques, en stage, accompagnés de leur senior, et font l'expérience ponctuellement durant les gardes, d'un apprentissage « nocturne » des situations d'urgence, seuls ou presque, soumis à la gestion de l'incertitude, à la gestion de leur responsabilité médicale, aux conditions de travail de nuit, aux inquiétudes des équipes soignantes. . . Ce travail obligatoire est source d'inconfort, à l'origine de conduite d'évitement et de stress, mais aussi de satisfaction et riche d'un apprentissage sans pareil. Comment tirer des enseignements des difficultés et des commodités rencontrées par les internes durant le travail de garde, afin de conseiller et d'accompagner les internes qui débudent cette expérience ?

Mots clés : interne hospitalier, psychiatrie, épuisement professionnel, burn out, gardes et astreintes, condition de travail

Abstract. Being a resident: Overcoming anxiety to become a doctor; at what price? On-call work in psychiatry represents a dual mission for interns in the field of psychiatric medicine: taking charge of psychiatric and "somatic" problems, which are often highly interrelated. In the current context of over-specialization in medicine, these interns dedicate themselves to the "daytime" learning of specific skills—accompanied by their superior during the internship—and occasionally experience such situations during on-call work, understood as "nighttime" learning, about emergency situations. Here, they find themselves alone or almost alone and are subjected to the management of uncertainty, the management of their medical responsibility, the conditions of night work, and the concerns of care teams. . . This compulsory work is a source of discomfort, at the root of avoidance behavior and stress, but also a source of satisfaction, and it is rich in terms of the unparalleled learning experience it offers. How might one draw lessons from the difficulties and amenities encountered by interns during on-call work in order to advise and support interns who are embarking on this experience?

Key words: resident, psychiatry, burnout, on-call work and duties, working conditions

Resumen. Ser médico interno: ¿superar la angustia para llegar a ser médico: ¿a que precio? El trabajo de guardia en psiquiatría representa una doble misión para los médicos internos de medicina psiquiátrica: la asunción de problemáticas psiquiátricas y "somáticas", a menudo muy intrincadas. En el contexto actual de sobreespecialización de la medicina, estos médicos internos se lanzan en el aprendizaje diurno de competencias específicas psiquiátricas, en prácticas acompañadas con su senior, y experimentan puntualmente durante las guardias un aprendizaje "nocturno" de las situaciones de urgencias, solos o casi, sometidos a la gestión de la incertidumbre, a la gestión de su responsabilidad médica, a las condiciones del trabajo nocturno, a las preocupaciones de los equipos de cuidadores. . . este trabajo obligatorio es fuente de incomodidad, de las que se originan conductas de evitamiento y de estrés pero también de satisfacción y rica de un aprendizaje sin par. ¿Cómo sacar enseñanzas de las dificultades y comodidades encontradas por los médicos internos durante el trabajo de guardia con el fin de aconsejar y acompañar a los internos que inician esta experiencia ?

Palabras claves: médico interno hospitalario, psiquiatría, agotamiento profesional, guardias y turnos de guardia, condiciones laborales

Cher journal,
J'ai besoin de te déposer le récit d'une garde que j'ai réalisée au début de mon internat.

Correspondance : T. Lakhsassi
<t.lakhsassi@hotmail.fr>

C'était un soir de novembre, mes missions consistaient sur ce site : d'une part à « donner des avis » en tant qu'interne de psychiatrie au service d'accueil des urgences ; d'autre part à assurer la permanence des soins dans ce qu'on appelle « les étages ». C'est-à-dire, me rendre disponible auprès des soignants et des

patients hospitalisés dans les services de psychiatrie, sur le site dont j'ai la responsabilité, pour répondre à leurs difficultés tant sur des questions « psychiatriques » que « somatiques ».

Ce que nous, les psychiatres, appelons « somatique », ce sont toutes les questions qui concernent d'autres médecines que celle de la « psyché ». Il me semble pourtant que la psychiatrie s'intéresse à un organe comme les autres et qu'il est donc, comme les autres, rattaché au reste du corps. Alors pourquoi, ne nous enseigne-t-on plus à l'internat de psychiatrie la médecine des autres organes, si, durant mes gardes je dois pouvoir répondre aux inquiétudes des soignants et des patients concernant l'ensemble de leur corps ? Oui, les soignants aussi cher journal...

Tiens, cela me rappelle une garde d'il y a quelques mois, où un soignant « des étages » m'a appelée parce qu'il souffrait d'une douleur thoracique !

Bref, revenons à mon histoire. La soirée de garde s'annonçait calme, il n'y avait pas d'avis à donner aux urgences, pas de transmission particulière dans « les étages ». J'en profitais donc pour faire connaissance avec l'infirmier de psychiatrie de liaison et d'urgence. Cet infirmier, travaille l'après-midi jusque 21 heures, il m'accompagne pour donner des avis aux urgences.

C'est lui aussi qui m'aide à me servir du logiciel de l'hôpital, à savoir si un patient est connu du secteur psychiatrique, lui aussi qui hiérarchise les demandes des urgentistes... Ce n'est pas un travail simple.

Autant te dire cher journal, que j'appréhendais son départ.

Passé cet horaire-là, je serai seule.

Seule, face à mes responsabilités de jeune médecin.

Ce moment de répit, donc, nous permettait de faire un en-cas à 19 heures, en prévision d'un appel qui nous ordonnerait de nous rendre aux urgences. Comme disait l'infirmier, « les urgences, on sait à quelle heure on y entre, mais on ne sait pas quand on en sort ! ». Je n'avais même pas faim, j'appréhendais.

J'appréhendais de ne pas être à la hauteur de ma mission, de ne pas savoir faire face à une situation d'urgence.

C'est finalement plus tard dans la soirée que le devoir m'appelle et en termes d'urgence, je vais être servie cher journal.

Il est 22 heures, le téléphone de garde sonne, j'ai au bout du fil la standardiste de l'hôpital, elle est chargée de me mettre en relation avec la personne qui souhaite me joindre.

Je ne comprends pas tout à fait ce qu'elle me dit, notre échange est « haché », ce qu'elle me fait remarquer avant de me transférer l'appel d'un infirmier « des étages ». Je comprends à la voix du soignant au téléphone qu'il est inquiet. De nouveau la communication est entrecoupée, le seul mot que j'entends de ses explications est « arrêt ».

Je ne suis pas sûre, je lui demande de répéter, de me rappeler, sans avoir la certitude qu'il m'ait entendue. Je n'ai de mon côté, pas le motif clair de l'appel, ni le nom, ni le numéro de chambre du patient, je crois juste avoir compris de quel service il s'agit.

Je m'y rends rapidement et interrogative. À mon arrivée je ne trouve pas de soignant au bureau des infirmiers, quelques patients et aucune explication.

J'ai rapidement compris en m'avançant vers une chambre où je devinais de l'agitation, que les soignants étaient en charge des gestes de premiers secours d'une patiente qui venait d'être retrouvée inanimée sur le sol de sa chambre.

L'équipe m'explique succinctement la situation de M^{me} X, qui souffre d'une pathologie psychiatrique difficile à équilibrer ces derniers temps. La patiente aurait reçu une mauvaise nouvelle le jour même et cliniquement, lors de la dernière évaluation, il n'a pas été retrouvé d'élément permettant de « prédire » un potentiel passage à l'acte.

La patiente a été trouvée inconsciente dans sa chambre, une dizaine de minutes à peine avant mon arrivée. Pendant le tour de surveillance, M^{me} X a tenté de se suicider. M^{me} X s'est suicidée ? Difficile à dire, nous considérons l'heure de découverte comme l'heure de l'arrêt cardiorespiratoire.

Un infirmier a d'ailleurs déjà appelé la régulation du Samu, « on nous envoie une équipe ! » me précise-t-il avec un peu de réconfort dans la voix.

Le massage cardiaque est en cours, les soignants se relaient. Je propose qu'on pose une voie veineuse à la patiente, ce qui semble difficile avec les mouvements du massage cardiaque.

Je me souviens être très inquiète à ce moment-là, cher journal. Les secondes s'égrènent lentement, je tente pendant ce temps de lire le dossier médical qu'on me tend, à la recherche d'une information utile que je pourrais donner à l'équipe qui va nous sauver, enfin... sauver la patiente !

Le Samu arrive, j'ai eu le temps de trouver les traitements, les antécédents de M^{me} X. Hourra ! Je me sens déjà plus utile, que debout, les bras chargés du dossier médical à ne savoir quoi faire.

L'infirmier du Samu me demande de lui donner une ampoule de cardiotrope, dans le sac « Thomas », ouvert au préalable sur le lit.

Le sac « Thomas », cher journal, c'est ce sac qui contient tout le matériel utile aux gestes d'urgence. Il remplace le chariot d'urgence dans certains services.

Il est, comme le chariot d'urgence, toujours rangé de la même façon.

Je n'avais ouvert ce sac qu'une seule fois au début de mon externat lors d'une « sortie » avec le Smur, guidée par l'infirmier.

Je n'ai été formée qu'à l'utilisation du chariot d'urgence au cours de mon internat.

En deuxième semestre.

Une seule fois.

À vrai dire, cher journal, j'étais dans l'incapacité de lui donner de façon efficace ce qu'il me demandait, il y avait tellement de trousse, de poches, d'étiquettes de couleur, je n'arrivais pas à m'y repérer. C'est le brancardier du Samu qui m'est venu en aide.

J'étais plantée dans cette chambre, hagarde et soulagée, devant cette équipe, qui réalisait devant nous un ballet de sauvetage bien orchestré. Soulagée devant autant de technicité au service de M^{me} X.

Le médecin du Samu, placide, constatait au fur et à mesure du temps qui s'écoulait, entre deux indications à son équipe : l'absence de chariot d'urgence dans le service, l'absence de prise d'oxygène dans la chambre, l'absence de bouteille d'oxygène à disposition, l'absence de défibrillateur disponible à l'étage et la fragilité de la situation médicale de M^{me} X.

Plus les minutes passaient, sans que ni le massage cardiaque ni les médicaments cardiotropes n'aident notre patiente à retrouver une activité cardiaque viable, plus le pronostic de l'urgentiste s'assombrissait.

Pendant ce temps, les soignants du service se repassaient le déroulé de la soirée comme un film rembobiné : leur dernier passage auprès de la patiente, ce qui lui a été dit, ce qui leur a été transmis. À la recherche probablement d'un détail, d'un indice qui aurait pu laisser présager ce qui était en train de se passer.

J'entendais leurs interrogations entremêlées, sans qu'aucune réponse satisfaisante ne puisse leur être apportée :

« Ça n'est la faute de personne en particulier » disait l'un en parlant du passage à l'acte de M^{me} X.

« C'est la responsabilité de toute l'équipe pourtant » répondait l'autre au sujet de sa mort qui nous semblait de plus en plus proche.

« Je ne veux pas perdre mon diplôme ! » s'inquiétait un autre.

« Comment est-ce possible de parvenir à se donner la mort à l'hôpital ? » je me demandais en silence.

Nos questions se bouscuaient dans le silence de la chambre.

Nous ne savions pas, en découvrant la patiente, depuis combien de temps elle était en arrêt cardiorespiratoire.

L'horloge du service était également arrêtée, quand nous cherchions à déterminer l'heure du décès.

Le décès par suicide constitue un obstacle médico-légal à l'inhumation. Dans cette situation, une procédure médicojudiciaire doit être engagée. Aucun de nous ne la connaissait ce soir-là. Heureusement, le cadre de garde que nous avons contacté a pu se déplacer pour soutenir l'équipe soignante et nous donner des indications.

Le corps de M^{me} X gisait sur le sol recouvert d'un drap, pendant que nous rangions le matériel autour d'elle. Nous attendions les forces de l'ordre comme le demande la procédure.

J'étais stupéfaite.

Je venais d'atteindre ma limite ce jour-là : en termes de savoir médical, en termes d'action et mes tentatives de réassurance auprès de l'équipe semblaient peu efficaces. « Vous avez fait tout ce qu'il fallait, c'était très bien ! » je leur répétais inlassablement.

« À côté de quoi dans la problématique de M^{me} X sommes-nous passés ? »

« Comment peut-on parvenir à se donner la mort dans un lieu de soin ? »

« Qui est le responsable ? »

« Vers qui la justice va-t-elle se tourner pour demander des comptes ? »

« Que dois-je répondre aux questions de la police ? ».

Mes interrogations m'éloignaient à grand pas de l'empathie qui m'avait mobilisée à trouver des solutions pour maintenir M^{me} X en vie et me rapprochaient inexorablement de mon sentiment de responsabilité, qui m'amenait déjà vers la recherche d'axe d'amélioration de ma pratique.

Le médecin urgentiste, tout en remplissant le constat de décès, me faisait part de ses remarques, « Vous avez l'air dépassée ! » constatait-il très justement.

J'appelais le médecin senior, je racontais pêle-mêle, les circonstances de décès de M^{me} X, les inquiétudes des soignants autour de moi, la procédure à appliquer. Le senior m'expliquait qu'il n'avait encore jamais eu à faire face à cette situation et qu'à juste titre il n'avait pas connaissance de cette procédure.

À mon tour, je remplissais le dossier médical, relatant scrupuleusement, minute par minute les faits, la symptomatologie, la conduite tenue. Je remplissais comme cela plusieurs pages, comme si j'adressais au psychiatre référant de cette patiente, mais aussi potentiellement à la justice et à la famille de M^{me} X, des explications qui les aideraient à trouver des réponses à leurs questions.

Le téléphone se remit à sonner et me permit de chasser la brume dans laquelle j'étais, entre les interrogations de l'équipe et les questions des forces de l'ordre qu'il fallait habilement contourner. C'est le médecin des urgences, un avis à donner.

En revenant des urgences vers la chambre de garde dans la nuit, j'avais la sensation d'avoir vécu « le pire du pire », que plus rien ne me ferait plus jamais peur après cela.

Je n'ai pas pu fermer l'œil jusqu'au lendemain, comme dans l'appréhension que le téléphone pourrait sonner de nouveau, pour m'annoncer quelque chose de pire encore que ce qui venait de se produire. Mais n'est-ce pas le principe d'un téléphone de garde de réceptionner les appels du personnel en difficulté ?

Le pire, mais pour qui ?

Pour le patient ?

Pour moi ?

Pour les équipes ?

Pour les familles des patients ?

Je retourne en stage le surlendemain, nous échangeons avec les équipes :

« Alors, ton week-end ? »

« Oh, un patient décédé en garde, et toi, cette petite virée à la mer ? »

Les jours passent et il m'est difficile de contenir cette appréhension du « pire du pire ».

Insidieusement, l'anxiété croît. Elle s'installe, dans les entretiens avec les patients que je suis en hospitalisation, dans mon évaluation du risque suicidaire notamment.

Les entretiens sont donc plus longs, je m'assure de ne pas passer à côté de l'indice, du détail qui pourrait laisser émerger le doute qu'un patient puisse se faire du mal, comme M^{me} X l'avait fait quelques semaines plus tôt.

Donner mon accord pour les permissions de sortie, pour les sorties d'hospitalisation n'est plus aisé. J'ai besoin de l'accord de mon chef dans chaque décision. Les équipes soignantes me reprennent régulièrement à ce sujet, je finis de plus en plus tard pour remplir les dossiers médicaux avec le plus de détails possibles.

Je me fatigue.

J'ai peur de nuire dans ma pratique.

J'ai peur des patients et de leur souffrance.

J'ai peur de ne pouvoir accéder à leur demande.

J'ai peur d'aller en garde.

J'ai peur des demandes des équipes soignantes.

Pour vaincre cette appréhension, je décide de reprendre les choses en main. J'ai mis par écrit les difficultés que j'ai rencontrées.

J'ai par ailleurs « protocolisé » tout un tas de situations d'urgence que je serais susceptible de rencontrer tout au long de mon internat, j'ai consigné tout cela dans un petit carnet qui ne me quitte plus.

Armée de mon protocole, je me sentais plus sereine : que la mort vienne pour terrasser mes patients, je serais prête à lui tordre le cou avec mes protocoles !

Toute mon énergie ou presque était utilisée à anticiper ce qui pourrait arriver de pire au patient, à justifier la conduite à tenir dans les dossiers médicaux et finalement à me rassurer.

Le problème, cher journal, c'est que rien ne pouvait suffisamment me rassurer et que plus je tentais de me rassurer et plus j'avais besoin de réassurance.

Je travaillais plus, donc j'apprenais plus de choses, mais je me rendais compte de la quantité de connaissances que j'avais oubliées depuis les épreuves classantes nationales (ECN).

J'avais l'illusion, en travaillant autant, de rendre comme cela plus service au patient dans le soin.

Cela me procurait au départ une sensation plutôt agréable de contrôle et la satisfaction du travail bien fait. Je ne repartais chez moi que quand j'avais la certitude que tout le monde était en sécurité.

J'étais fatiguée.

En parlant de fatigue, j'ai d'ailleurs remarqué cher journal que durant les nuits de garde, plus je suis fati-

guée et plus j'ai des difficultés à travailler efficacement et à prendre des décisions, je suis plus tentée d'hospitaliser les patients pour les mettre en sécurité.

Je récupère d'ailleurs plus difficilement des gardes au fur et à mesure de mon cursus.

En garde et durant la journée, j'ai le sentiment d'écrire chaque jour dans le dossier médical au juge qui pourrait un jour me condamner pour ne pas avoir suffisamment sécurisé le patient s'il lui arrivait quelque chose.

J'étais comme tu peux le constater, cher journal, dans l'incapacité de prendre du recul sur ce qui m'arrivait.

Cette question de la responsabilité et du protocole qui rassure, je l'ai retrouvée régulièrement auprès de mes collègues infirmiers depuis le début de mon internat. J'ai de cette façon, en mémoire, une collection d'appels tous justifiés sur le téléphone de garde.

Cette fois où on me demande de venir examiner dans la nuit une patiente qui avait été envoyée aux urgences plus tôt dans la journée et qui par définition a déjà été prise en charge sur le plan somatique, « Tu dois venir le réexaminer, c'est le protocole, après tu fais ce que tu veux mais je le note dans le dossier » m'indiquait un infirmier.

Ou cette fois-là au moment du changement de poste à 21 heures : « Je t'appelle pour te dire que M. X a tenté de se mettre en danger il y a 1 heure, sur le coup je ne t'ai pas appelé mais maintenant que je quitte mon poste j'ai un doute sur ce que j'ai fait, alors je t'appelle. ».

Ou encore : « La tension de M^{me} Y est un peu élevée ce matin, je lui donne son cachet pour la tension ou non ? Oui ? Tu peux au moins venir la voir ? ».

Ou le classique : « M. H il a dit qu'il a des idées suicidaires ce soir, je le sais, c'est connu ça d'ailleurs, c'est même pour ça qu'il est entré en hospitalisation, mais je voulais t'appeler, te le dire, comme ça tu le sais ! ».

Ou mon préféré, surtout quand il y a beaucoup de travail sur la garde : « Je t'appelle pour M^{lle} A, tu sais, la « borderline », elle dit qu'elle ne peut plus marcher ce soir, elle a galopé toute la journée pourtant, mais elle veut que tu viennes la voir. Tu ne viendras pas tout de suite ? Bon, je lui dis de t'attendre alors, hein ? »

J'ai une infinie empathie pour ces soignants qui témoignent par leurs appels leurs inquiétudes à peine dissimulée, j'entends dans leur demande « Peux-tu venir me voir et m'assurer que ce que je fais est bon pour le patient ? ». Je le fais systématiquement, je pense que cela fait partie de nos missions d'encourager les équipes, de les rassurer sur leur bienveillance et leur capacité à gérer les patients.

Une question me taraude depuis le début de l'internat : quand je panique, quand je suis stressée, à qui puis-je décemment demander si ce que je fais est bon pour le patient à 3 heures du matin, si ce n'est à la régulation du Samu, quand j'ai vraiment un doute ?

Je retrouve dans les demandes des soignants, mon propre besoin de réassurance.

Puis-je appeler le senior de garde pour être rassurée ?
Qui soigne le médecin qui panique ?

Ne faut-il pas que j'apprenne à me rassurer seule ?

Mais comment se forme-t-on à l'auto-réassurance ?

Un senior m'interrogeait, « avec les années, l'incertitude est toujours présente dans notre pratique, mais comment apprend-on à y faire face ? »

En attendant, je rentre chez moi après les gardes avec mes interrogations, mes inquiétudes sur les décisions prises dans la nuit.

Plus tard, le service où j'avais réalisé cette garde à l'époque me rappelle, pour m'annoncer que la famille de M^{me} X, comme je l'appréhendais, a porté plainte au moment de son décès, et que le commissaire en charge de l'enquête souhaite m'auditionner.

Je ne connaîtrais probablement jamais la conclusion de cette histoire. Je pense que la conclusion médicale à laquelle je dois être en capacité de m'en tenir est celle

que j'ai notée dans le dossier ce soir-là, après le départ de l'équipe du Samu.

Cette situation m'a motivée à explorer les pistes pour améliorer les conditions de travail de l'interne en psychiatrie durant la garde de nuit.

Si les internes et les seniors ont beaucoup d'anecdotes sur les gardes difficiles qu'ils ont rencontrées durant leur parcours, il existe peu de données sur le vécu subjectif des gardes.

Cette année je suis satisfaite de voir mis en place le module « Avant-garde » au CHRU de Lille, dispensé à tous les internes de 1^{er} semestre.

C'est une formation d'une demi-journée aux gestes d'urgence les plus rencontrés, sur mannequin ! Quelle chance de pouvoir se former ainsi aux gestes d'urgence, à quand la formation pour « faire face » ?

Liens d'intérêt l'auteure déclare ne pas avoir de lien d'intérêt en rapport avec cet article.



URG' PSYCHIATRIE

TOUTES LES SITUATIONS D'URGENCE PSYCHIATRIQUE EN POCHE !

Cette deuxième édition enrichie et actualisée répond au besoin d'uniformiser la prise en charge de situations d'urgence psychiatrique souvent complexes en tenant compte des **évolutions réglementaires et des recommandations officielles**.

URG' psychiatrie aborde **toutes les situations d'urgence** rencontrées (aiguës, selon le terrain et liées aux pathologies addictives). Il propose une **appréciation immédiate par situation clinique** et délivre les justes **conduites à tenir, diagnostiques et thérapeutiques**.

COORDONNATEURS

- Céline Pouilly
- Julie Geneste-Saelens
- Jérôme Liotier
- Georges Brousse

EN SAVOIR +



Tous les ouvrages de la collection sont disponibles sur www.jle.com

Collection URG'

- Mars 2017
- 13 x 18 cm / 200 pages
- ISBN : 978-2-7184-1441-6

Arnette | **John Libbey EUROTEXT**

