



DIPLOME INTER-UNIVERSITAIRE SOIGNER LES SOIGNANTS

Mémoire de fin de DIU

Présenté et soutenu publiquement le 8 novembre 2018

Par le Docteur Karine CUVELIER

**PRISE EN CHARGE AU SEIN DE LA CLINIQUE DES
ORCHIDEES (95) DE SOIGNANTS HOSPITALISES
POUR UN ETAT D'EPUISEMENT PROFESSIONNEL**
Création d'un chemin clinique

Membres du jury :

- Professeur Éric GALAM
- Professeur Jean-Marc SOULAT
- Docteur Jacques MORALI
- Docteur Jean-Jacques ORMIERES

REMERCIEMENTS :

A MES JUGES :

Pr Eric GALAM

Pr Jean-Marc SOULAT

Dr Jean-Jacques ORMIERES

Dr Jacques MORALI

Veillez trouver ici l'expression de mon profond respect.

A l'ensemble des équipes soignantes de la Clinique des Orchidées et en particulier à mes collègues de l'équipe médicale pour leur aide et leur participation à mon travail.

A mon conjoint et à mes enfants pour leur soutien, leur patience et leur affection durant ces heures de travail.

SOMMAIRE

INTRODUCTION

I. DONNEES DE LA LITTERATURE

1. L'épuisement professionnel ou « burn-out » professionnel

- a) Définition
- b) Facteurs de risque
- c) Manifestations cliniques et démarche diagnostique
- d) Diagnostics différentiels
- e) Prise en charge et acteurs
- f) Traits de personnalité en lien avec le burn-out
- g) Particularités des soignants

2. Chemin clinique

II. OBJECTIFS

III. METHODE

1. Le constat personnel

2. Mise en place de groupes de travail pluridisciplinaires intitulés : « Partage de savoirs »

IV. RESULTATS : création du chemin clinique

1. En amont de l'entrée à la clinique

2. La demande d'admission

3. La pré-admission

4. L'admission

5. Le séjour en hospitalisation complète

- a) Les prescriptions médicamenteuses
- b) Ateliers thérapeutiques de groupe
- c) Prises en charge individuelles

6. Préparation à la sortie et sortie

7. En aval

V. DISCUSSION

CONCLUSION

BIBLIOGRAPHIE

INTRODUCTION

Au sein de notre établissement (clinique psychiatrique privée de 102 lits), nous avons fait le constat en équipe que nous prenons en charge de nombreux soignants depuis des années. En effet, notre situation géographique (Val d'Oise 95) permet à la fois aux soignants de l'Oise et de Paris (départements voisins) d'être pris en charge à distance de leur lieu d'activité professionnelle en toute confidentialité.

Le motif principal des patients « soignants » hospitalisés ces dernières années est un épuisement professionnel majeur ou burn-out professionnel.

La décision d'une hospitalisation n'est pas simple pour l'ensemble de la population. Elle l'est encore moins pour ces professionnels du soin qui se trouvent à une place qui n'est pas la leur habituellement dans un milieu dont ils connaissent bien les codes.

Le mal être des soignants au travail, est un sujet d'actualité régulièrement traité dans nos médias. Dans son article, le Docteur Feldman écrit : « Parler de la souffrance des soignants, c'est tout d'abord énumérer quelques évidences. Première évidence : on ne côtoie pas la souffrance, la maladie et la mort d'autrui à longueur de carrière, sans que cela produise des effets. Deuxième évidence : cette souffrance de l'autre, dont le soignant est le témoin n'est pas sans écho dans l'histoire passée, présente, et en tous cas à coup sûr future dudit soignant. Pour ce qui est passé, des études ont montré le fréquence de l'impact de l'histoire personnelle ou familiale du soignant : que répare-t-il à longueur de journée de la souffrance de l'autre certes, mais sans aussi d'une expérience douloureuse ancienne personnelle ou affective ? Expérience de la maladie pour soi-même ou pour un proche... »

Suite à plusieurs situations dont la prise en charge fut complexe et le désir de l'équipe de se préoccuper de cette population singulière, différentes catégories de professionnels se sont réunies en groupe de travail pour réfléchir à la question : « Qu'est ce que le burn-out ? » « Quels sont les facteurs de risque, comment prendre soin de soi ? » « Comment accompagner au mieux ces professionnels du soin dans notre structure ? ».

« Quels soins spécifiques peut-on leur apporter dans le cadre d'une prise en charge globale ? »

De cette réflexion est donc née une proposition de chemin clinique au sein de la clinique : de la facilitation de l'accès aux soins au suivi ambulatoire en lien étroits avec les psychiatres et psychologues libéraux et les médecins généralistes.

I. DONNEES DE LA LITTERATURE

1. L'épuisement professionnel ou « burn-out » professionnel

a) Définition

Le psychiatre français Claude Veil introduit le concept d'épuisement professionnel en 1959. Dans l'un de ses articles : « les états d'épuisement », il écrit que « l'état d'épuisement est le fruit de la rencontre d'un individu et d'une situation ». Freudenberger, psychanalyste allemand décrit en 1971 le burn-out professionnel comme « la perte d'enthousiasme » (manifestations de troubles émotionnels et des symptômes physiques d'épuisement) chez des bénévoles venant en aide aux usagers de drogues dures. Mais c'est la psychologue américaine Christine Maslach qui a le plus étudié la question de l'épuisement professionnel en 1980.

Le burn-out n'est présent dans aucune des classifications actuelles des troubles mentaux. Le trouble de l'adaptation avec humeur dépressive s'en rapproche le plus.

Le burn-out ou syndrome d'épuisement professionnel se traduit par un « épuisement physique, émotionnel et mental qui résulte d'un investissement prolongé dans des situations de travail exigeantes sur le plan émotionnel ».

Les travaux de Christina Maslach ont permis de concevoir le syndrome d'épuisement professionnel comme « un processus de dégradation du rapport subjectif au travail à travers trois dimensions :

- l'épuisement émotionnel : sentiment d'être vidé de ses ressources émotionnelles,
- la dépersonnalisation ou le cynisme vis à vis du travail : insensibilité au monde environnant, déshumanisation de la relation à l'autre (les usagers, clients ou patients deviennent des objets), vision négative des autres et du travail,
- le sentiment de non-accomplissement personnel au travail : sentiment de ne pas parvenir à répondre correctement aux attentes de l'entourage, dépréciation de ses résultats, sentiment de gâchis.

b) Facteurs de risque

Les facteurs de risques psychosociaux ont été recensés il y a quelques années par un collègue d'expertise de l'Insee, à la demande du Ministre du Travail.

Il s'agit de :

- Surcharge de travail, pression temporelle,
- Faible contrôle sur son travail
- Faibles récompenses,
- Manque d'équité,
- Conflits de valeur, demandes contradictoires,
- Manque de clarté dans les objectifs, les moyens.

Pour les professions de relations d'aide (infirmières, médecins, travailleurs sociaux...), on peut ajouter la charge émotionnelle inhérente à ces professions.

La recherche des facteurs de risque commence par l'analyse des conditions de travail par le médecin du travail mais également par la recherche des antécédents personnels et familiaux, des événements de vie, des liens sociaux et le questionnement du rapport au travail.

c) Manifestations cliniques et démarche diagnostique

Le burn-out est un syndrome qui nécessite une démarche diagnostique pour caractériser sa sévérité, son type diagnostique et ses liens avec les conditions de travail.

Il se traduit par des manifestations plus ou moins importantes, d'installation progressive, en rupture avec l'état antérieur :

- **émotionnelles** : anxiété, tensions musculaires diffuses, tristesse de l'humeur ou manque d'entrain, irritabilité, hypersensibilité, absence d'émotion ;
- **cognitives** : troubles de la mémoire, de l'attention, de la concentration, des fonctions exécutives ;
- **comportementales ou interpersonnelles** : repli sur soi, isolement social, comportement agressif, parfois violent, diminution de l'empathie, ressentiment et hostilité à l'égard des collaborateurs ; comportements addictifs ;

DIU SOIGNER LES SOIGNANTS

- **motivationnelles ou liées à l'attitude** : désengagement progressif, baisse de motivation et du moral, effritement des valeurs associées au travail ; doutes sur ses propres compétences (remise en cause professionnelle, dévalorisation) ;
- **physiques non spécifiques** : asthénie, troubles du sommeil, troubles musculo-squelettiques (type lombalgies, cervicalgies, etc.), crampes, céphalées, vertiges, anorexie, troubles gastro-intestinaux.

Les sujets en burn-out utilisent souvent des conduites d'automédications avec des psychostimulants (amphétamines, cocaïne, caféine, modafinil) pour tenter de conserver un niveau élevé de performances professionnelles. L'alcool et les anxiolytiques ont pour fonction de réduire l'angoisse.

La démarche diagnostique peut se faire dans un premier temps à l'aide du MBI test (Maslach Burnout Inventory), construit par Christina Maslach.

Ensuite, il faut tenter de repérer des pathologies sous-jacentes éventuelles comme un trouble anxieux, un trouble dépressif ou un état de stress post-traumatique. Le risque suicidaire doit être particulièrement évalué.

Cette démarche implique la **recherche des facteurs de risque, un bilan somatique et l'analyse des conditions de travail.**

d) Diagnostics différentiels

Le burn-out n'est pas une nouvelle catégorie de maladie psychiatrique mais il peut conduire au basculement dans la maladie (dépression ou maladie somatique) et à la perte d'implication sur le plan professionnel, social et familial.

e) Prise en charge et acteurs

La première mesure est la prescription d'un arrêt de travail.

Le médecin traitant coordonne la prise en charge. Il prescrit si nécessaire un traitement médicamenteux et adresse éventuellement le patient à un psychiatre pour réaliser un diagnostic

psychopathologique ou une adaptation thérapeutique, prendre en charge un trouble sévère et poursuivre un arrêt maladie.

La prescription d'un traitement antidépresseur est uniquement recommandée dans le cadre de certaines indications (troubles anxieux, troubles dépressifs).

Le traitement du trouble repose également sur une **prise en charge non médicamenteuse fondée sur des interventions psychothérapeutiques ou psychocorporelles.**

Dans tous les cas, il est recommandé que le médecin traitant se mette, avec l'accord du patient, en contact avec son médecin du travail pour alerter et avoir un éclairage sur le lieu de travail (poste et des conditions de travail).

f) Traits de personnalité en lien avec le burn-out

Certaines personnalités sont plus à risque de burn-out. Ainsi, on retrouve chez elles :

- La tendance au perfectionnisme,
- La difficulté à mettre des limites
- Le désir constant de plaire
- La difficulté à dire « Non »
- Les comportements de type « sauveur »,
- Une grande implication professionnelle,
- Une tendance forte à l'éthique

g) Particularités des soignants

Il s'agit d'une population à risque, identifiée de longue date et confirmée par des études récentes montrant une morbidité particulièrement élevée. Les professionnels de santé en activité ou en formation sont exposés au risque d'épuisement professionnel à cause de la pénibilité de leur travail pour des causes internes liées à l'activité médicale (confrontation avec la souffrance et la mort, prises en charge impliquant l'entrée dans l'intimité des patients) ou des causes externes (charge et organisation du travail).

Différents facteurs rendent les professionnels de santé vulnérables : demande de performance, image du soignant infaillible, valeurs d'engagement et d'abnégation, injonctions contradictoires, dispositifs de soin complexes et évolutifs, tensions démographiques, insécurité.

DIU SOIGNER LES SOIGNANTS

Dans « La construction de la fatigue au travail : l'exemple du burn-out des infirmières », Marc Lorient apporte quelques pistes de réflexions sur les facteurs de risque. « Dans la théorie du burn-out des soignants, la question de la dépersonnalisation des rapports avec le patient et du manque de satisfaction professionnelle qui en découle joue un rôle central dans l'épuisement professionnel ».

L'épuisement des soignants est induit par une chronicité du stress (hypervigilance constante), un sentiment d'inefficacité et d'inutilité et l'absence de reconnaissance de la part des patients et des usagers et de la part des pairs et de la hiérarchie.

2. Chemin clinique

Selon les références de l'HAS, « le chemin clinique est une méthode d'amélioration de la qualité des soins. Elle vise la performance de la prise en charge pluridisciplinaire des patients présentant la même pathologie. Elle repose sur la description d'une prise en charge optimale et efficiente à partir des règles de bonnes pratiques. Elle a pour objectifs de planifier, organiser et assurer la prise en charge des patients de façon consensuelle au sein d'une équipe.

Cette méthode contribue à :

- s'approprier les recommandations professionnelles
- améliorer la délivrance et la continuité de soins de qualité aux patients
- développer la coordination et la communication entre les acteurs de cette prise en charge
- réduire la variabilité non justifiée de la prise en charge, assurée par les différents acteurs
- améliorer la rationalisation des soins et des ressources.

L'élaboration du chemin clinique nécessite de :

- définir a priori, pour une pathologie, les différentes étapes de la prise en charge
- identifier, pour chacune des étapes, les recommandations professionnelles, le cadre réglementaire et la documentation qualité élaborée au niveau de chaque établissement ;
- décrire la planification de l'ensemble des soins, traitements, examens complémentaires, consultations, surveillance, actions de prévention, information et éducation du patient ;
- définir les résultats attendus à la fin de chaque séquence de soins (une journée de soin, une consultation, une période de prise en charge).

II. OBJECTIFS

En effet, il y a aujourd'hui une prise de conscience de l'existence de médecins en grande difficulté, une prise de conscience de la nécessité d'organiser les soins pour les aider, pour prévenir l'épuisement professionnel voir le suicide. Il ne faut pas négliger les pathologies psychiatriques et addictives. L'exercice professionnel de la médecine est soumis à des contraintes en augmentation.

Le projet élaboré à la Clinique des Orchidées a pour but de faciliter l'accès aux soins du personnel soignants, de proposer une prise en charge adaptée du burn-out professionnel considérant l'état clinique du patient, les conditions de travail et les traits de personnalité des sujets. Il a donc été question à travers ce travail de construire un chemin clinique, représentatif de la prise en charge que nous voulions proposer à ces patients, à la Clinique des Orchidées. Ce travail décrit donc les soins proposés aux patients « soignants » présentant un burn-out professionnel : de sa prise de contact avec la clinique jusqu'à la mise en place d'un suivi en ambulatoire.

Nous avons à cœur de nous conformer aux bonnes pratiques professionnelles et de proposer, comme nous le faisons déjà pour tout patient hospitalisé, une prise en charge globale du sujet à la fois sur le plan psychique, physique et social. C'est à dire une prise en charge médico-psycho-sociale à laquelle l'ensemble de l'équipe tient beaucoup car il nous semble que cela est une réponse adaptée à la souffrance du soignant.

III. METHODE

1. Le constat personnel

Le travail a débuté d'une prise de conscience personnelle et individuelle d'une grande souffrance des soignants à travers mon exercice professionnel d'une part (hospitalisations de plus en plus nombreuses de soignants, sévérité des symptômes à type d'idées suicidaires) et à travers les médias d'autre part. De là est née une volonté d'aider, de faire partie du réseau, d'accueillir, de prendre en charge, de soigner mon semblable. Il fallait faciliter l'accès au soin de ces soignants tout en garantissant un anonymat, une rapidité de prise en charge et une qualité des soins en un temps limité. Ma première question a donc été : « Qu'est ce qu'être un soignant ? » Il s'agit avant tout d'être libre, libre de choisir le mode d'exercice, libre d'organiser son travail, libre de prendre le temps pour

DIU SOIGNER LES SOIGNANTS

connaître, observer, comprendre le patient. Être soignant c'est aussi avoir une certaine liberté dans l'exercice de ses fonctions. Être soignant c'est apporter de l'aide, soutenir, accompagner les patients dans les épreuves, les moments difficiles de la vie, c'est partager les joies également. Cependant, on constate que le temps manque de plus en plus car la charge de travail augmente et les tâches administratives se multiplient.

La course contre le temps va à l'encontre de la notion d'instant présent, d'ici et maintenant que je travaille avec mes propres patients et que j'essaie de m'appliquer à moi-même. Le thérapeute se retrouve donc tiraillé entre le soin, la volonté de qualité de ses soins et le manque de temps.

Par ailleurs, le médecin a toutes les casquettes dans notre société actuelle : accompagnateur, éducateur, assistant social et accessoirement médecin et thérapeute. Il consacre de l'énergie pour gérer des situations qui ne relèvent pas de ses compétences. Cela est une source de fatigue, de dépense d'énergie souvent inutile.

Les thérapeutes installés en libéral peuvent choisir les horaires et leurs jours de travail, mais en pratique, il leur est très difficile de s'arrêter autant de temps qu'il leur faudrait pour se reposer en cas de maladie car les contraintes financières sont réelles et l'idée d'être indispensable est ancrée.

Dans ces conditions, comment soigner les autres si on n'écoute pas son propre corps ? Le prendre-soin de soi se fait écraser par la contrainte administrative et la culpabilité de laisser ses patients sans soins. La fonction prend le pas sur la personne qu'est le soignant.

2. Mise en place de groupes de travail pluridisciplinaires intitulés : « Partage de savoirs »

Ces réunions ont eu lieu un jeudi par mois depuis un an, date à laquelle je me suis inscrite au DIU. Les membres de l'équipe le souhaitant, se sont réunis pour réfléchir autour de la prise en charge des soignants.

Il ressort de ces réunions de travail le constat de la singularité de la prise en charge des soignants : Les collègues ont tendance à facilement s'identifier à ces patients qui leur « ressemblent ». Alors : « comment se positionner ? » face à un patient qui a une connaissance des soins. Ainsi, les membres de l'équipe identifient des contres-attitudes qu'ils pourraient avoir : un excès d'empathie, voire une sympathie, un compagnonnage, une gêne pour réaliser les soins (trop expliquer ou ne pas assez expliquer).

Ce métier a également sa singularité propre car il s'agit d'un métier à forte implication du sujet et une forte valeur interne. Il s'agit d'une vocation, d'un engagement. Il existe donc une honte à dire que « le métier est dur, difficile à porter », que les contraintes sont de plus importantes et que le sujet est dans une crise de doutes.

De part son implication, le soignant se retrouve souvent en décalage avec le reste de la société, en décalage avec le temps, avec les rythmes familiaux. Il doit en permanence jongler avec son activités professionnelle et sa vie personnelle pour trouver un équilibre et ne pas se retrouver tirailler.

Il y a également un constat fait par l'équipe d'une certaine « résistance aux soins » : des patients qui arrivent tardivement dans les filières de soins pour des raisons diverses : automédication, déni de ses difficultés, de son épuisement. Il est alors question de rechercher la fragilité sous jacente de ces soignants : Que vient-on réparer de soi dans les soins à l'autre ? Quels sont les traits de personnalité de chaque soignant (personnalité à haut niveau d'exigences, recherche de perfection, notion de toute puissance dans le métier de médecin).

L'ensemble de l'équipe est convaincu de la nécessité de prendre soin des soignants, de la singularité de ce sujet et donc de la nécessaire singularité de la prise en charge. Il existe une réelle volonté d'engagement dans ce projet pour pouvoir proposer un lieu de soin accueillant, bienveillant et une prise en charge efficace.

Après quelques séances de discussion, d'échanges d'idées sur les caractéristiques de ce patient, sur les caractéristiques de notre métier, sur notre vision des obstacles au soin. Il a été question de réfléchir ensemble aux soins adaptés à la prise en charge du burn-out des soignants en fonction de ce que nous souhaitions ou pensions pouvoir ou vouloir travailler avec ces patients. Chaque corps de métier a proposé des idées en fonction de ses compétences, de sa vision des soins, de son idée des besoins des patients. Il était possible de se servir des ressources existantes au sein de la clinique mais également de proposer des activités originales adaptées au burn-out professionnel des soignants.

Une fois, les activités thérapeutiques proposées, discutées, définies par chaque professionnel, il a fallu les organiser en chemin clinique pour harmoniser les pratiques, apporter une cohérence et une cohésion d'équipe. Ce chemin clinique définit un programme de soins qui rassure le patient, clarifie les soins proposés ainsi que leurs objectifs.

IV. RESULTATS : création du chemin clinique

1. En amont de l'entrée à la clinique

Chaque patient bénéficie plus ou moins d'un réseau de soins avant sa demande d'admission et cela est pris en compte avant même toute prise en charge sur notre établissement : l'hospitalisation à la clinique n'est qu'une étape dans un parcours de soins plus global. Certaines demandes de soins peuvent être réalisées avec l'aide des Conseils de l'Ordre des Médecins et notamment l'entraide ou les médecins du travail.

Chaque patient est ainsi orienté à la clinique par un médecin généraliste ou spécialiste. Il est donc important de pouvoir sensibiliser les confrères à cette souffrance des soignants en terme d'importance et de fréquence. Il faut ensuite faciliter le travail de nos collègues médecins pour orienter leurs patients.

2. La demande d'admission

La demande d'admission doit émaner systématiquement d'un médecin et l'accord est impérativement médical. Cette demande est faite soit par écrit (mail ou fax au service des admissions), soit par appel téléphonique.

Le traitement de la demande est réalisé par le médecin formé à la prise en charge des soignants. Cette évaluation permet au médecin de donner ou non un accord d'hospitalisation complète ou de proposer d'autres possibilités de prise en charge.

Le service des admissions contacte par la suite le médecin adresseur ou le(la) patient(e) pour organiser son admission. En cas de refus de la demande d'admission, le refus et les causes de celui-ci ainsi qu'une éventuelle proposition d'orientation sur un autre site sont précisés sur la demande écrite ou sont communiqués auprès du médecin adresseur par téléphone ou par courrier.

3. La pré-admission

Elle est essentielle pour le patient et pour le médecin.

Elle permet de préparer l'hospitalisation pour le patient. Le patient reçoit un livret d'accueil, une brochure résumant la prise en charge. Des explications lui sont données concernant la durée des

soins, les activités thérapeutiques avec leurs objectifs. Il s'agit de la description du chemin clinique pour le patient souffrant de burn-out.

Le médecin peut valider ou non la demande d'hospitalisation du patient et proposer une prise en charge adéquate en hospitalisation ou en suivi ambulatoire.

Le médecin propose une date d'admission dans un délai d'une semaine maximum.

4. L'admission

Le jour de l'admission, l'évaluation clinique dès l'arrivée du patient est faite par l'infirmier. Une attention particulière de notre part est donnée à ce temps d'accueil en hospitalisation que l'on sait potentiellement déroutante, anxiogène, notamment dans le cas d'une première hospitalisation en psychiatrie.

La consultation médicale d'admission, réalisée par le médecin responsable, en présence d'un membre de l'équipe de soins, permet de rédiger l'observation semi-directive d'entrée qui précise :

- L'identité du médecin rédigeant l'observation
- Le motif d'hospitalisation
- Les éléments de biographie
- Les antécédents psychiatriques personnels et familiaux ; la présence de conduites addictives
- Les antécédents somatiques : médicaux, chirurgicaux, la présence d'allergie(s)
- L'histoire de la maladie
- Une évaluation clinique psychiatrique complète avec évaluation du risque suicidaire
- Les traitements médicamenteux en cours
- La traçabilité de la réflexion Bénéfice/Risque sur le traitement d'entrée avec accord du patient
- La présence ou non de troubles nutritifs ou de douleur physique

La consultation médicale permet également la programmation de tous les premiers actes de soins :

- La consultation somatique d'entrée avec le médecin somatique (qui doit être réalisée dans les 72 heures suivant l'admission) reprenant la présence ou non de facteurs de risque cardio-vasculaires, la présence de douleurs physiques et un examen somatique
- Un bilan biologique d'entrée, systématique en cas d'absence de bilan datant de moins de 3 mois.

DIU SOIGNER LES SOIGNANTS

- Les consignes relatives au cadre de soins, dans le respect des libertés individuelles et avec l'accord du patient : circulation du patient au sein de l'établissement, possibilité de recevoir des visites, possibilité d'accès au téléphone
- Les mesures de surveillances du patient, en particulier en cas de risque suicidaire.
- La garantie de l'anonymat du patient
- La remise de documents spécifiques à sa prise en charge lors de l'hospitalisation : ateliers thérapeutiques (sous la forme d'une plaquette).

5. Le séjour en hospitalisation complète

Les entretiens médicaux sont quotidiens sauf dimanches, jours fériés. Ces entretiens individuels permettent la coordination de la prise en charge du patient mais constituent aussi un suivi psychothérapeutique.

Le travail du psychiatre consiste à évaluer la place de la dimension professionnelle (épuisement professionnel, risque suicidaire, prévention et gestion de l'agressivité et des violences, de la pression des patients et des tutelles) dans la pathologie du patient ainsi que les traits de personnalité du patient (capacité à gérer le stress, « savoir dire non ») ou les pathologies psychiatriques émergentes (dépression, consommation et abus d'alcool et de drogues).

Les premières rencontres avec le psychiatre référent permettent de définir le projet de soins individualisé, qui repose sur deux dimensions :

- Les actes spécifiques sur indication médicale qui définissent le projet de soins
- Le soin institutionnel

Le médecin référent a une vision globale des soins. Il pose le diagnostic, évalue les facteurs de risque. Il analyse les conditions de travail, l'organisation du patient et les conditions générales de vie du patient. Il peut s'aider du MBI test et d'une grille d'audit, qu'il remet au patient, évaluant différentes dimensions du travail du médecin, sa charge émotionnelle, les répercussions de sa charge de travail sur sa vie personnelle.

Le projet est réévalué et ajusté à tout moment, en fonction de l'évolution clinique du patient.

a) Les prescriptions médicamenteuses

Le choix d'un traitement médicamenteux est particulièrement délicat chez un patient qui a déjà de par sa profession des idées assez claires mais parfois peu objectives pour le choix de la molécule. Il est prévu un temps d'échanges et une argumentation bénéfiques/risques particulière.

La pratique potentielle d'une automédication et/ou d'un mésusage de traitements addictogènes (opiacés, benzodiazépines, hypnotiques) est abordée sans tabou ni jugement et aboutit à une adaptation de traitement, au besoin un sevrage médicamenteux et une psychoéducation.

Le patient est systématiquement informé de tout changement de traitement et donne son accord pour la modification.

L'évaluation d'un traitement psychotrope de fond nécessite fréquemment plusieurs semaines de prises régulières et à doses efficaces pour permettre de conclure sur son efficacité. Les doses prescrites sont relatives à l'état clinique, au terrain (âge, fonction rénale et hépatique, etc.), à l'indication et à la tolérance.

Les conditions d'hospitalisation à la Clinique des Orchidées permettent une évaluation clinique sur plusieurs entretiens si nécessaire avant d'aboutir à une prescription, et une réflexion apaisée en collaboration avec le patient pour le choix du médicament.

b) Ateliers thérapeutiques de groupe

Nos activités thérapeutiques peuvent se classer en trois catégories :

- **Les approches psychocorporelles**

Elles ont pour but de renouer une relation avec son corps car souvent le corps n'existe plus. L'esprit est au premier plan. Elles permettent aussi de retrouver une relation avec le corps plus saine et respectueuse.

Le **groupe de relaxation** a pour but de faire le vide mental, qui est un état où aucune pensée ne parasite le psychisme. La relaxation permet aussi un relâchement musculaire qui élimine les tensions douloureuses.

Il existe différentes méthodes. Elles ont pour origine le Training autogène mis au point par le professeur J. H. Shultz.

Le principe de cette méthode repose sur une série d'exercices ayant pour but de mettre au repos le corps et l'esprit ce qui permet un état de relaxation bienfaisant, analogue à l'endormissement.

Le patient a les paupières fermées, il est immobile et se concentre sur ses sensations.

La décontraction est, dans cette méthode, une fin en soi. C'est le lâcher-prise.

La relaxation utilise aussi la respiration et la visualisation positive.

Le patient se concentre sur sa respiration en inspirant et en expirant lentement et profondément de manière à imprimer au corps un rythme apaisant qui va l'amener à se décontracter.

DIU SOIGNER LES SOIGNANTS

Un **atelier de « dynamisation »** également animé par la psychomotricienne propose à un petit groupe de patients une prise en charge axée sur l'écoute de son corps. Cet atelier montre au sujet sa propre capacité à contenir tant son corps que ses pensées et ses émotions. Ce temps de prise en charge vise à développer un sentiment de contenance psycho-corporelle.

L'atelier "Mindfulness" ou "méditation en Pleine conscience" est un atelier découverte de 3 séances. Il est destiné aux patients en voie de stabilisation c'est à dire les patients ne présentant plus de troubles de la concentration ou de l'attention majeurs. Il s'agit d'un groupe fermé (le groupe de patients constitué reste identique durant les 3 séances pour favoriser la bienveillance et le non jugement).

L'atelier a pour objectifs de :

- définir la méditation en Pleine conscience,
- d'exposer les bienfaits de cette thérapie dans la prévention de la rechute dépressive et de la gestion du stress et des émotions,
- de faire pratiquer les patients sur des méditations brèves.

Le sujet prend conscience du « va et vient » de ses pensées automatiques, de ses schémas dysfonctionnels, de la possibilité d'un lâcher prise. Il apprend les processus de focalisation et de défocalisation et la notion de conscience pleine et élargie à l'ensemble de son environnement et non plus seulement la conscience focalisée sur sa souffrance. Il s'agit d'un travail cognitif sur les pensées.

La méditation de Pleine conscience peut faciliter un travail d'auto-compassion. Il s'agit d'une attitude à adopter envers soi-même. Celle de se comporter face à ses échecs et difficultés comme nous serions tentés de le faire à l'égard de nos amis : en leur témoignant attention, chaleur, compréhension et soutien. L'auto-compassion n'est ni de la pitié ni de l'apitoiement, mais bien de l'indulgence vis à vis de soi-même.

Les activités sportives (gym douce, stretching, cardio-boxing)

- **Les groupes à médiation, comme aide à la verbalisation et à l'introspection**

Un groupe de parole spécifique pour les professionnels de santé animé par une psychologue. Il s'agit d'une pratique de psychothérapie qui visent à rassembler les patients autour d'un thème

prédéfini (burn-out, leur profession de soignant) et de leur permettre d'exprimer les difficultés, les souffrances, les émotions ressentis et éventuellement de commencer à trouver des solutions pour résoudre les difficultés (pistes de soins, stratégies d'adaptation, planification et l'organisation des tâches).

Un groupe de photo-langage animé par une infirmière. Les photographies, par leurs fortes puissances suggestives, leurs capacités projectives et leurs valeurs symboliques, viennent stimuler, réveiller les images que chacun porte en soi et à travers lesquelles il perçoit la réalité et se la représente. Le photo-langage permet un travail sur les représentations, où chacun est invité à choisir des photographies correspondant au mieux à sa/ ses représentation(s) de la réalité et du thème abordé. Les objectifs sont : permettre l'expression des représentations, favoriser la communication, l'écoute, objectiver la relation sociale. La photographie devient un objet médiateur permettant d'ancrer les échanges des participants dans leurs expériences personnelles. Les photographies sont regardées puis choisies par les participants. Chacun prend ensuite, tour à tour la parole en exprimant le pourquoi de son choix.

- **Le développement des ressources, le développement des compétences et la psychoéducation**

Le groupe de psychoéducation aborde plusieurs thèmes. Il se déroule sur 3 séances. Il est animé par une psychologue pour les 2 premières séances et par la diététicienne et l'éducateur sportif pour la dernière séance

- les symptômes, causes du burn-out
- les comorbidités (médicaments, addictions)
- les profils à risque (facteurs de risque, risque de rechute)
- l'hygiène de vie autour de l'alimentation et du sport

(Quelles sont les pathologies professionnelles des médecins ? Comment je me positionne par rapport à la santé d'un confrère, d'un proche ? Par rapport à ma propre santé ? Comment je m'organise pour soigner sans m'épuiser, concilier vie personnelle et professionnelle et prendre soin de moi ? Comment tenir le coup ? Comment je consulte pour moi-même ? Comment je soigne un confrère ?)

L'ensemble de ses activités est soumis à une indication médicale, fonction de la pathologie principale et des comorbidités, des capacités du patient (verbalisation, introspection) et des objectifs à atteindre.

Ces approches spécifiques sont complémentaires aux autres prises en charge proposées sur la clinique (groupe Ecriture, Jeu de Soi, affirmation de soi.), car un écueil à éviter nous paraît être celui d'exclure les autres problématiques du patient en se focalisant uniquement sur sa profession. Le patient bénéficie de l'ensemble des espaces de soins proposés à la clinique.

c) Prises en charge individuelles

- **Suivi psychothérapeutique**

Par le médecin référent

Les conditions d'hospitalisation et les consultations régulières du psychiatre permettent de créer une relation thérapeutique de qualité, base indispensable à une amorce de psychothérapie. Dans certaines indications, un suivi psychothérapeutique avec un psychologue peut être indiqué.

Sur le plan psychothérapeutique, il s'agit de connaître les particularités de la santé des professionnels de santé (médecins en particulier), notamment les pathologies induites par l'exercice médical, faire du médecin-patient l'acteur de sa santé : favoriser son autonomie en lui donnant la latitude nécessaire pour agir sur ses conditions de travail et la capacité d'influer sur les décisions qui touchent son environnement de travail, aider à maîtriser les moyens de préserver l'équilibre psychologique et sa santé mentale.

Le médecin référent de la prise en charge des soignants (moi-même) a une formation de thérapie cognitive et comportementale (TCC) et de 3ème vague des TCC (Pleine conscience et ACT).

Dans un premier temps, il est nécessaire de valider la souffrance morale du patient. Elle est d'autant plus importante que le médecin exprime un attachement à ses patients présentant un mauvais pronostic ou qu'il met l'accent sur les erreurs ou les échecs qu'il a commis ou qu'il existe des problèmes personnels associés.

On note pour l'ensemble des patients un envahissement émotionnel : envahissement par des émotions négatives (colère, irritabilité, culpabilité, doute...). Les patients font un constat d'impuissance, de perte de confiance et ils ont donc une mauvaise image d'eux même. Un travail est fait autour et avec ces émotions pour les accueillir, les reconnaître, les identifier, les nommer. On amène le sujet vers un renforcement de l'estime et de la confiance en soi.

En plus, du MBI test qui aide au diagnostic et de la grille d'audit qui aide le patient à prendre conscience de son fonctionnement dans sa vie professionnelle et personnelle, je demande au patient de travailler sur l'auto-questionnaire des schémas de Young. Le questionnaire permet de repérer des schémas dysfonctionnels pour ensuite travailler à les assouplir. On retrouve souvent des schémas d'abnégation, d'assujettissement, d'exigences élevées, de perfectionnisme, de croyances dysfonctionnelles. En s'appuyant sur les TCC, il est possible de faire un travail de restructuration cognitive autour des attentes professionnelles souvent démesurées (bonheur, réussite, reconnaissance, progression sociale) et des exigences trop élevées.

La thérapie ACT est basée sur l'acceptation et l'engagement. Ainsi, j'invite régulièrement le patient, en séance à observer les différents aspects de son expérience comme son souffle, ses sensations corporelles, ses pensées présentes (exercice de pleine conscience).

Avec la thérapie ACT, de nombreux outils sont utilisés. **L'outil de « l'arrêt sur image »** permet de réaliser un arrêt sur pensée. Je demande au patient de noter sur un post-it les pensées qui lui viennent à l'esprit après avoir évoqué son travail, les sensations qui sont associées et de les coller sur le bureau en prenant le temps de les observer.

Dans les moments où le sujet est en proie à ses émotions, je souligne cela et je lui propose **de visiter l'émotion et de l'observer** dans ses manifestations diverses. Il s'agit d'une approche expérientielle de ce qui se passe dans son corps.

Je **transmets régulièrement des informations** sur les différentes composantes (pensées, sensations, perceptions, émotions) afin de réaliser le côté pédagogique important en thérapie afin de valoriser les potentiels changements de cadre.

Le socle de cette thérapie repose sur un « **hexaflex** » qui comprend plusieurs axes intéressant à développer avec le patient :

- un axe d'acceptation (c'est à dire s'ouvrir sur le monde, sur ce qui se passe autour et pour le sujet) et un axe de défusion (c'est à dire de se décoller de ses pensées)
- un axe de contact avec le moment présent (l'ici et maintenant de la pleine conscience)
- un axe des valeurs (savoir ce qui compte pour le sujet) et d'actions engagées (choisir, planifier le cours d'une action, avancer, bouger).

Prévention du risque suicidaire

Une évaluation très régulière du risque suicidaire est réalisée. Lorsqu'un risque suicidaire est identifié, une surveillance spécifique est systématiquement prescrite et transmise au plan de soins.

- **Prise en charge somatique complète**

La santé psychique n'est pas seule à être oubliée par les patients professionnels de santé, leur santé physique est aussi à évaluer et au besoin à traiter.

Soins aigus, dépistage et surveillance des maladies chroniques

Une surveillance au minimum hebdomadaire des constantes (pression artérielle, pulsations, température, douleur, poids) est réalisée pour l'ensemble des patients de la clinique.

Au cours de l'hospitalisation, des consultations avec notre médecin généraliste peuvent être indiquées selon l'état clinique, ainsi que des bilans biologiques (programmés ou en urgence), des examens paracliniques ou une consultation spécialisée.

- **Prise en charge sociale**

Des entretiens individuels avec un assistant de service social sont possibles afin d'évaluer la situation sociale du patient et de débiter un accompagnement autour de tous problèmes sociaux : mise en place de mesure de protection des biens, problèmes professionnels, situations de logements, démarches en lien avec l'invalidité, la retraite, etc.

Pour les professionnels de santé, un des obstacles à l'hospitalisation et à l'accès aux soins est bien sûr la nécessité de travailler à tout prix pour ne pas déséquilibrer leur situation financière. L'accompagnement par une assistante sociale compétente dans la situation d'arrêt de travail pour des professions libérales nous paraît indispensable. Elle est l'interlocuteur privilégié pour aborder les questions d'assurance, de prévoyance

6. Préparation de la sortie et sortie

Au cours du séjour, des sorties thérapeutiques de courtes durées peuvent être prescrites, dans une démarche de préparation des patients à leur sortie définitive. Le patient reprend contact avec son entourage, son psychiatre, son psychothérapeute, le médecin du travail. Ce lien avec le médecin du travail permet de faciliter une reprise d'activité avec des éventuels aménagements lorsque la situation médicale le nécessite.

Il est recommandé au patient, suite à l'hospitalisation, de poursuivre les soins entrepris avec un psychiatre de son choix, afin notamment de surveiller son évolution. Il peut lui être parfois proposé des soins psychothérapeutiques : thérapie analytique ou comportementale, thérapie familiale...

La sortie d'un patient requiert une attention particulière afin de consolider l'équilibre mis en place au cours de l'hospitalisation et prévenir les rechutes précoces, pourvoyeuses de réhospitalisations.

Dans la mesure du possible, la date de sortie est déterminée de façon collaborative entre le médecin et son patient, et dans l'idéal, au moins une semaine avant celle-ci. Ce délai permet la préparation psychique du patient, notamment avec une reprise d'autonomie, et l'organisation ou la réactivation de la prise en charge en ambulatoire (détermination du suivi psychiatrique en ambulatoire, indication ou non à un suivi psychothérapeutique ou à suivi paramédical).

Un entretien de préparation à la sortie est réalisée par l'infirmier pour soutenir, accompagner, aider le patient dans ses démarches. Un bilan de l'hospitalisation est réalisé, le suivi ambulatoire est abordé.

Le jour de la sortie, une lettre de liaison est remise au patient et adressée à tous les médecins à qui il le souhaite. Tous les résultats des examens spécialisés sont remis au patient.

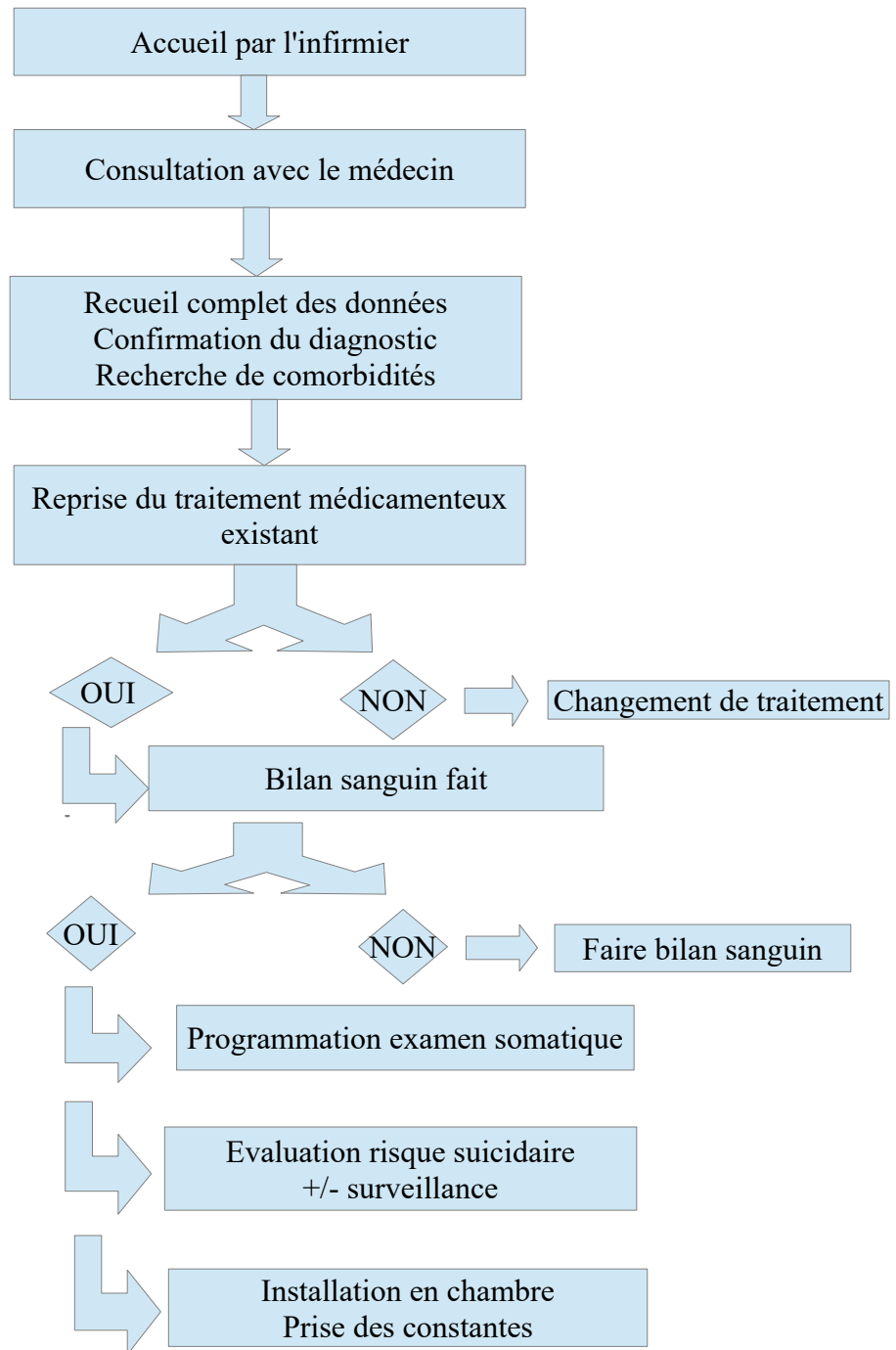
7. En aval

Afin d'inscrire l'hospitalisation comme une étape dans le parcours global de soins du patient, un premier contact est établi avec le médecin de destination du patient par l'intermédiaire de la lettre de liaison finalisée le jour de la sortie définitive. Ce courrier est également systématiquement adressé au médecin adresseur du patient, avec l'autorisation de celui-ci.

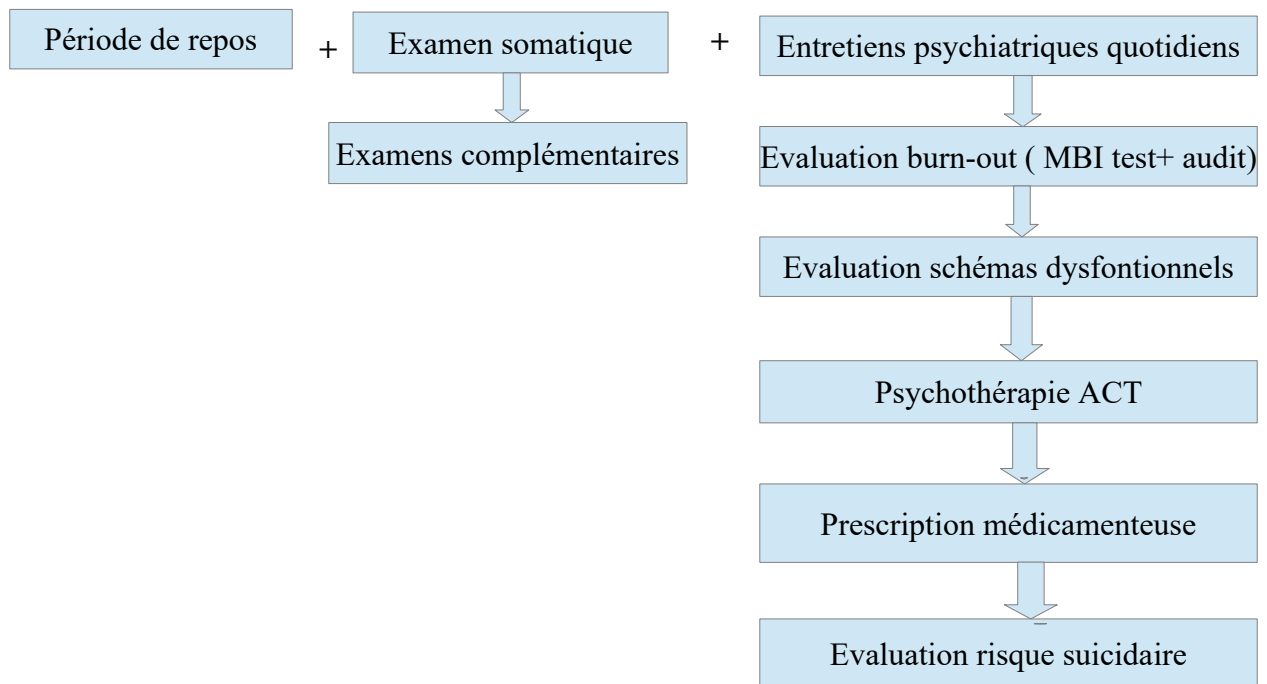
DIU SOIGNER LES SOIGNANTS

J0 : A l'entrée du patient

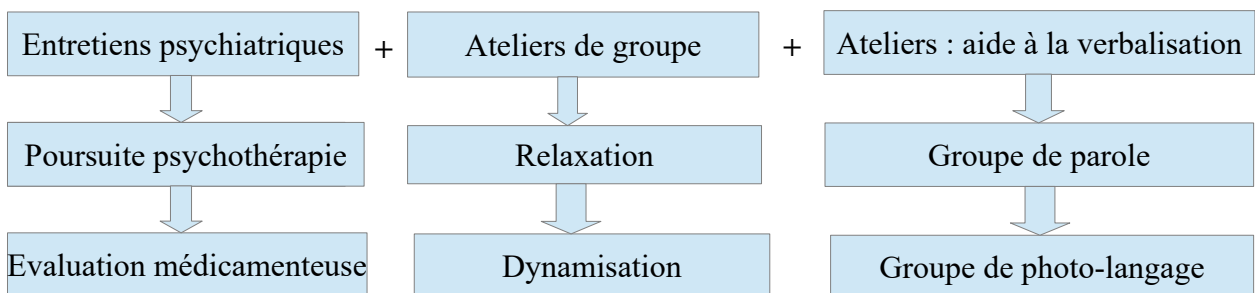
Mode d'entrée : entrée programmée après pré-admission



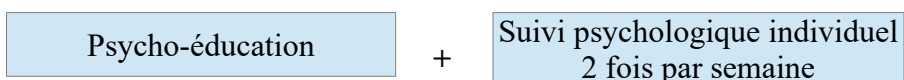
Semaine 1 : Déroulement de l'hospitalisation



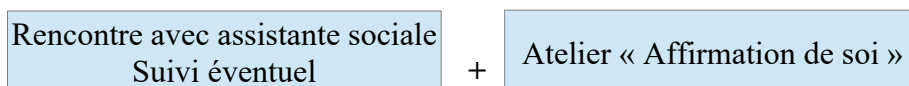
Semaine 2 :



Semaine 3 : Programme identique semaine 2 auquel on ajoute :



Semaine 4 : Programme de la semaine 3 auquel on ajoute



Semaine 5 : Programme de la semaine 4 (poursuite des activités thérapeutiques)

DIU SOIGNER LES SOIGNANTS

Semaine 6 : Programme de la semaine 5 auquel on ajoute :

Entretien infirmier de préparation à la sortie

Sortie :



V. DISCUSSION

Ces diverses réunions ont donc permis l'élaboration en équipe de ce chemin clinique. Il s'agit d'un projet ayant permis une concertation, une mobilisation de l'ensemble des membres du personnel soignant. Chacun s'est senti concerné par ce projet. Il y avait une réelle envie d'aider, de réfléchir, de concevoir des soins sur mesure avec un savoir faire existant. Ce projet est à l'origine d'une nouvelle cohésion d'équipe ou chacun a pu donner son avis, faire des propositions, s'investir à sa hauteur.

Le point récurrent des différentes réunions d'équipe était la question du temps c'est à dire pouvoir proposer à ces patients les ateliers thérapeutiques individuels et groupaux dans un laps de temps suffisamment rapide car les séjours de ces patients sont relativement courts. (constat tiré de notre expérience et de la littérature). Il y a donc un déficit à pouvoir insérer des soins dédiés à ces patients dans une organisation collective.

Par ailleurs, cette question de « proposition de soins rapidement après l'entrée » venait se heurter à la nécessité selon moi, selon nous d'un temps suffisant de répit, de mise à distance professionnelle et personnelle, un temps de lâcher prise et d'acceptation de la situation, de son état de santé.

L'étape qui suit la réalisation de ce mémoire est de pouvoir mettre en place le chemin clinique en le proposant aux prochains soignants hospitalisés. Il s'agit d'un premier travail d'équipe avec la création d'un chemin qui est amené à évoluer en fonction des retours d'expériences des soignants, des patients. Il s'agit d'une démarche pouvant faire l'objet d'une EPP (Évaluation des pratiques professionnelles).

Enfin, ce mémoire est le reflet du travail effectué en interne, au sein de l'équipe mais il est nécessaire maintenant de mettre en valeur notre savoir-faire auprès du réseau existant (médecin généralistes, psychiatres) mais également d'élargir le réseau. Il semble souhaitable de pouvoir se mettre en lien avec les structures institutionnelles orientés vers les professionnels de santé (Conseils de l'Ordre des médecins, médecins du travail, associations des internes, syndicats professionnels).

Il est nécessaire de communiquer autour de notre offre de soins pour faciliter l'accès aux soins de cette population qui y a recours tardivement (diffusion d'une plaquette, mise à jour du site internet).

On pourrait imaginer la mise en place de conventions et de circuits de soins formalisées avec les structures de soins spécialisées.

DIU SOIGNER LES SOIGNANTS

PLAN d' ACTION :

- Réalisation d'une plaquette résumant la prise en charge des soignants à la Clinique des Orchidées (nov. 2018)
- Diffusion de la plaquette à l'ensemble de nos correspondants actuels : médecins généralistes, psychiatres en libéral, psychiatres des services hospitaliers, urgences des hôpitaux (déc 2018)
- Diffusion de la plaquettes à de nouveaux correspondants : médecins généralistes, CDOM, médecins du travail des hôpitaux avoisinants (Val d'Oise, Paris, Oise) (déc 2018)
- Rencontre avec la Présidente du Conseil de l'Ordre des médecins du Val d'Oise et de l'Entraide (Déc 2018)
- En parallèle, accueil des soignants selon le chemin clinique : hospitalisation de 5 semaines minimum, évaluation par le médecin référent, mise en place rapide des ateliers thérapeutiques pour une prise en charge optimale (nov 2018)
- Évaluation de nos pratiques professionnelles à 6 mois avec axes d'amélioration

CONCLUSION

Les soignants présentent une souffrance toujours plus importante depuis quelques années. Les médias ont relayés les décès de membres du personnel soignant. Le lien direct entre les décès et les conditions de travail a été régulièrement mis en évidence : charge de travail, charges administratives, prises de décision en situation de stress, perte de la reconnaissance du travail, poids de la souffrance des patients, impact des métiers du soin sur la vie personnelle.

Le constat concerne également une difficulté d'accès aux soins pour ces patients faisant partie du personnel soignant : choix de lieux adaptés, éloignement du lieu de soin et lieu de travail, confidentialité, difficile révélation de souffrances professionnelles ou personnelles chez des personnes qui se doivent d'aller forcément bien...

Les instances ont pris la mesure de la gravité de la situation et ont décidé d'aider les associations, les établissements de soins pour que ces dernières soutiennent les médecins en difficulté, préviennent l'épuisement professionnel et le risque de suicide ainsi que les pathologies psychiatriques (trouble dépressif) et addictives.

Nous avons donc fait le choix de construire un projet qui a pour but de faciliter l'accès aux soins des personnels soignants et de proposer une prise en charge adaptée et optimisée considérant à la fois l'état actuel du sujet, les conditions de travail et leurs traits de personnalité. Ainsi, un chemin clinique est né avec l'implication et l'enthousiasme de l'ensemble de l'équipe. La prise en charge pluridisciplinaires, des activités thérapeutiques diversifiées avec des approches psychothérapeutiques variées font de notre offre de soins une offre de soins de qualité, au plus près du sujet « soignant en prise au burn-out professionnel ». Cette offre de soin s'inscrit dans un parcours du patient avec une attention particulière portée à 2 étapes : faciliter l'accès aux soins et organiser une prise en charge en ambulatoire après l'hospitalisation.

BIBLIOGRAPHIE

1. Boissières-Dubourg F. Les soignants face au stress. Comment se prémunir contre l'épuisement professionnel. Rueil-Malmaison : Lamarre ; 2012
2. Courty, « Risque d'épuisement professionnel chez les soignants en gériatrie : une approche centrée sur la personne », Psychol NeuroPsychiatr Vieillesse 2004, Vol.2, n°3, p215-224
3. Delbrouck Michel, « le burn-out des soignants, le syndrome d'épuisement professionnel », De Boeck Supérieur, 2008
4. Freudenberger H.J. « Staff burn out ». Journal of social issue, 1974, 30 (1), 159-165
5. Feldmann E., « Le burn out des soignants », disponible sur : https://cdn.uclouvain.be/Exports%20reddot/ebim/documents/le_burn_out_des_soignants.pdf, consulté le 24/11/2017
6. Galam Eric, Brami Jean, Magnier Anne-Marie, Soares André. De l'erreur médicale à la sécurité du patient, un enseignement « moderne » et « sensible ». Médecine Volume 11, numéro 9, Novembre 2015. p418-23
7. Gollac M., « Mesurer les facteurs psychosociaux de risque au travail pour les maîtriser ». Rapport du collège d'expertise sur le suivi des RPS au travail réuni à la demande du ministre du Travail et des Affaires sociales, Paris, 2011.
8. Haute Autorité de Santé. Chemin clinique. HAS, juin 2004
9. Haute Autorité de Santé. Recommandations sur l'épisode dépressif caractérisé de l'adulte : prise en charge en soins de premier recours (en cours d'actualisation).
10. Haute Autorité de Santé. Recommandations sur la qualité de vie au travail, le repérage et la prise en charge du Burn-Out
11. Hazif-Thomas C, Roulleaux J, Thomas P. Quelles stratégies thérapeutiques adopter face au burn out des soignants ? NPG. neurol, psychiatr, gériatr 2009 ; (53-54) : 251-5

12. Khireddine I et al. La souffrance psychique en lien avec le travail chez les salariés actifs en France entre 2007 et 2012, à partir du programme MCP. Bull Epidémiol Hebdo 2015;(23):431-8.
13. Lecourt V., Poletti R., « Le burn-out des soignants : A la recherche de sens », Broché, 2018
14. Leopold Yves. Suicide des médecins : un risque deux fois plus élevé. Le concours médical. Tome 130- 8 du 17 avril 2008.
15. Lorient M, « La construction sociale de la fatigue au travail : l'exemple du burn-out des infirmières », DOSSIER, Travail et emploi n°94, Avril 2003, p65-73
16. Maslach C ;, Leiter M.P. « Burn-out, le syndrome d'épuisement professionnel ». Les Arènes, Paris, 2011.
17. Ministère du Travail, Direction générale du travail « le syndrome d'épuisement professionnel ou burn-out : mieux comprendre, pour mieux agir ». Guide d'aide à la prévention. www.travailler-emploi.gouv.fr, Paris, 2015
18. Ministère des Solidarités et de la Santé « Prévention, repérage et prise en charge des risques psychosociaux des internes, chefs de clinique et assistants (médecine, pharmacie et odontologie). <https://solidarites-sante.gouv.fr>
19. Ministère des Solidarités et de la Santé « La qualité de vie au travail en milieu de soins ». <https://solidarites-sante.gouv.fr>
20. National Leadership and innovation. Integrated care pathways. A guide to good practice. Wales ; Cymru : NLIAH ; AGAAOI ; 2005
21. Olie Jean-Pierre, LEGERON Patrick : Le burn-out. Académie nationale de médecine. 23 février 2016. 16 pages.
22. Schaufeli W.B and Greenglass E.R. Introduction to special issue on burnout and health. Psychol Health 2001;16(5):501-10.
23. Veil Cl. « Les états d'épuisement ». Le Concours médical, Paris, 1959, p. 2675-26

RESUME

Introduction : Selon Maslach et Leiter, le burn-out regroupe plusieurs dimensions : épuisement émotionnel, dépersonnalisation, réduction de l'accomplissement personnel. Le burn-out, inexistant des nosographies, peut s'apparenter soit à un trouble de l'adaptation, soit à un état de stress post traumatique, soit à un état dépressif. Les facteurs étiologiques sont ceux des risques psycho-sociaux conjugués à ceux liés à la personnalité du sujet.

Objectif : Notre objectif était de construire un chemin clinique destiné à la population des soignants pour une prise en charge adéquate du burn-out lorsqu'il donne lieu à une hospitalisation.

Méthode : Après le constat d'une population grandissante de personnels soignants hospitalisés pour souffrance au travail (médecins et infirmières), un groupe de travail pluri-professionnel s'est réuni de façon régulière pour penser la question du « soin à apporter aux soignants ».

Résultat : Il en ressort un intérêt important des soignants de la clinique à la question du « soin aux soignants » et une volonté d'entraide.

Les recommandations médicales, les limites constatées dans notre pratique antérieure et les réunions de travail pluri-professionnelles ont permis la naissance d'un chemin clinique singulier.

Les différentes étapes ont été pensées pour faciliter l'accès aux soins des soignants, leur proposer rapidement des activités thérapeutiques en lien avec leur durée d'hospitalisation tout en conservant un temps nécessaire de « répit » à l'entrée. Plusieurs espaces ont été aménagés pour prendre en charge le burn-out à travers toutes ses dimensions (caractéristiques organisationnelles du travail et traits de personnalité) et ses conséquences (sociales, financières, familiales). Enfin, il a été question de préparer le suivi ambulatoire en lien étroit avec les psychiatres et psychologues libéraux et les médecins généralistes.

Discussion : Aujourd'hui, il est donc question de mettre en place ce chemin clinique d'ici la fin de l'année 2018 pour pouvoir apporter une prise en charge optimale au sein de la clinique des Orchidées, d'évaluer le degré de satisfaction des patients et des soignants et d'améliorer les échanges avec les partenaires du soin.

Mots clés : burn-out, chemin clinique, hospitalisation, groupes de travail pluri-professionnel