

DIU SOIGNER LES SOIGNANTS



Directeur d'enseignement  
Professeur Jean-Marc SOULAT



Directeur d'enseignement  
Professeur Éric GALAM

DIPLOME INTER-UNIVERSITAIRE  
SOIGNER LES SOIGNANTS

Mémoire de fin de DIU

Présenté et soutenu publiquement

Le 7 novembre 2019

Par le **Dr Jérôme LEROND**

Psychiatre, Clinique des Boucles de la Moselle - Toul (54)

**FICHES TECHNIQUES (FT) D'AIDE A LA PRISE EN CHARGE DES TROUBLES  
PSYCHOPATHOLOGIQUES LIES AU TRAVAIL DES PROFESSIONS DE SANTE**

Méditation de pleine conscience – Approches psycho-corporelles – Groupe thérapeutique

Addictions – Santé au travail – Affirmation de soi – Gestion du stress et des émotions –

Psychoéducation de la Dépression

Membres du jury :

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

Année universitaire 2018-2019

## Table des matières

I. Introduction .....	3
II. Objectifs .....	5
III. Méthode.....	6
1. Méditation de pleine conscience .....	6
2. Approches psycho-corporelles .....	7
3. Groupe thérapeutique Addictions.....	8
4. Santé au travail .....	10
5. Groupe Affirmation de soi.....	13
6. Groupe Gestion du stress et des émotions.....	14
7. Groupe Psychoéducation de la dépression .....	15
IV. Résultats.....	19
V. Discussion/Conclusion.....	26
Références bibliographiques .....	27

Mots clés : Fiches thérapeutiques-Dépression-Burn Out-Santé au travail-Affirmation de soi-Addictions

## I. INTRODUCTION :

La prise en charge des troubles psychopathologiques liés au travail des professions de santé (Burn-Out, dépressions sévères, conduites addictives, crises suicidaires, ...) est un véritable problème de Santé Publique. En effet, la population soignante, fortement exposée aux risques psychosociaux, est dramatiquement sous-prise en charge. Alors que l'Education Nationale a su développer des dispositifs spécifiques de manière structurée (unité d'hospitalisation dédiée, hôpitaux de jour, réseaux d'entraide, ...) les soignants en sont encore aux premiers balbutiements d'une filière dédiée.

Et pourtant, des indicateurs objectifs affluent, les observatoires se mettent en place, les études se suivent :

- le risque de suicide serait ainsi supérieur de 40 % chez les hommes, et plus que doublé chez les femmes
- cette surexposition psychiatrique est encore plus importante chez les psychiatres, les médecins généralistes, les anesthésistes-réanimateurs (1)
- 43% des invalidités CARMF le sont pour des troubles mentaux et du comportement (2)
- une enquête observationnelle menée en 2018 par auto-questionnaire chez des anesthésistes-réanimateurs français retrouve un taux de burn-out de 24,4% (3).

Les chiffres sont édifiants : 80% des médecins français n'ont pas de médecin traitant déclaré alors que cette désignation est, par exemple, obligatoire en Angleterre pour pouvoir s'inscrire à l'ordre, qu'en Australie la prévention de l'épuisement professionnel est une EPP obligatoire, qu'aux Etats-Unis des structures spécialisées de prise en charge existent dans chaque Etat, et qu'au Canada le PAMQ (Programme d'Aide aux Médecins du Québec) permet une prise en charge rapide et structurée des médecins en difficulté.

C'est au vu de ce constat que la création d'une Unité Interrégionale de Soins pour Personnel Soignant (UISPS) de 25 lits a semblé pertinente, au sein de la Clinique des Boucles de la Moselle.

Cette clinique psychiatrique privée aura 75 lits au total (20 lits d'hospitalisation complète et 20 lits d'hospitalisation de jour), et l'ouverture est prévue pour le 2<sup>ème</sup> semestre 2020 à Toul (54).

Sa localisation permettra d'accueillir préférentiellement des patients de la moitié Nord de la France, dans un endroit « neutre » favorisant l'accès au soin.

Tous les professionnels du soin pourront être admis à l'UISPS (médecins, infirmiers, psychologues, ...).

Les conditions d'admission, assez larges pour permettre un accès facilité aux soins, reposeront sur deux critères simples :

- l'existence d'une souffrance psychique et/ou d'un trouble psychopathologique avérés;
- le souhait d'être aidé également sur son origine et/ou son retentissement professionnel.

Il s'agira donc de prendre en charge les problèmes psychiatriques des professionnels de la santé, en particulier ceux s'inscrivant dans une problématique spécifique de **psychopathologie du travail**.

Les tableaux cliniques de **Burn-Out**, de **dépression**, de **psychotraumatisme**, de **crise suicidaire**, seront les plus fréquents.

La situation de surmenage, le défaut d'organisation rationnelle du travail, les symptômes de burn-out souvent compliqués de dépression, parfois de phobies, d'addiction amènent les sujets à négliger leur hygiène de vie avec les complications inhérentes à la sédentarité, à l'absence d'activité physique, à des troubles du comportement alimentaire. Les cas les plus graves cumulent burn-out, complications dépressives, caractérielles, addictives, phobiques et des complications somatiques (HTA, obésité, troubles musculo-squelettiques).

### **Prises en charge proposées :**

Il s'agira de mettre en place un *parcours de soins personnalisé* prenant en compte à la fois le besoin de **soins psychiques** et de prise en charge spécifique des composantes de **psychopathologie du travail** ayant abouti à la situation de souffrance et/ou de crise actuelle.

L'accumulation et l'intrication des pathologies nécessitent en effet une prise en charge globale intégrant plusieurs abords simultanés :

- **Prise en charge psychiatrique de l'épuisement professionnel :**

- les exigences de perfection, les motivations ayant conduit au choix du métier, les attentes plus ou moins réalistes quant à l'exercice professionnel, les déceptions du sujet
- la trajectoire de vie, avec l'impact du surinvestissement professionnel en termes de liens familiaux, conjugaux, amicaux.
- les complications psychopathologiques : dépression éventuelle, addiction, trouble du comportement alimentaire.

- **Prise en charge des complications somatiques, prévention de la récurrence :**

- le soin devra associer un bilan somatique général et un accompagnement à une reprise d'une activité physique régulière. On sait que la reprise de l'activité physique de façon durable chez des sujets ayant le profil de ces patients n'est possible que dans un cadre spécifique et avec un accompagnement adapté.

- **Prise en compte de la culpabilité du soignant malade :**

- **mise à distance** : les soignants ont un « fantasme d'invulnérabilité » qui les amène à s'exposer au-delà de leur propre sécurité au surmenage, aux stress professionnels. Ne pas supporter ses conditions de travail et décompenser est généralement vécu par ces sujets comme une insuffisance professionnelle et une honte personnelle. L'idée de croiser leurs patients dans un établissement de soin est terrifiante : quand le soin institutionnel en psychiatrie est nécessaire, il leur est généralement proposé d'être hospitalisés dans une autre ville que celle où ils exercent.

- **identifications** : le fait d'être au contact d'autres soignants ayant eux aussi décompensé a un effet déculpabilisant. L'échange d'expérience, la dynamique de groupe sont des moyens thérapeutiques puissants permettant de raccourcir les prises en charge et d'atteindre des objectifs thérapeutiques ambitieux.

**Les programmes thérapeutiques associeront donc plusieurs abords :**

- **Psychothérapie** en séances individuelles et en séances de groupe ;
- Approche **psychopharmacologique** adaptée commençant par un **sevrage** lorsque les automédications auront rendu ce temps nécessaire ;
- **Abord corporel** progressif avec relaxation, hydrothérapie médicalisée, massages, mobilisation progressive avec étirements, gymnastique douce puis marche, reprise progressive d'efforts, le tout avec accompagnement sous surveillance médicale par le professeur d'activités physiques adaptées
- Ateliers d'analyse, d'échanges, et d'**éducation thérapeutique** sur le sens de la profession soignante, les techniques de communication avec les autres soignants, mais aussi avec les patients, la gestion du risque suicidaire, la gestion de la distance soignante, ... ;
- Consultations ponctuelles pour mettre en place durant l'hospitalisation les bases d'une véritable **dynamique de réorganisation du travail** ;

Pour cela, l'ensemble des dispositifs thérapeutiques et plateaux technique de la clinique seront mis à disposition des patients de l'unité.

## **II. OBJECTIFS :**

Nous proposons de formaliser l'offre de soins aux soignants hospitalisés à la Clinique sous la forme de « fiches thérapeutiques » (FT) résumant de façon concise et didactique les indications et les modalités de prises en charge.

Les thématiques abordées par ces fiches ont été élaborées à partir de l'expérience d'USPS déjà existantes (telles que la clinique de Belle Rive à Villeneuve-lès-Avignon (84), ou la clinique des Orchidées à Andilly (60).

La clinique des Boucles de la Moselle proposera différents modes de soins adaptés aux pathologies présentées par le personnel soignant :

1. Méditation de Pleine conscience
2. Approches psycho-corporelles
3. Groupe thérapeutique Addictions
4. Groupe Santé au Travail
5. Groupe Affirmation de soi
6. Groupe Gestion des émotions
7. Groupe de Psychoéducation de la Dépression

Pour des raisons de lisibilité, les fiches techniques suivront toutes le même plan :

- a) Définition du programme
- b) Objectifs (évaluations)
- c) Indications
- d) Contre-indications
- e) « Mode d'emploi » (modalités pratiques)

### **III. METHODE :**

#### **1. Méditation de Pleine conscience :**

##### a) *Définition :*

Les techniques de méditation employées tirent leur origine de pratiques bouddhistes. Concrètement, il s'agit d'accueillir et laisser passer ses pensées sans s'attacher à aucune, et de focaliser son attention sur le moment présent.

##### b) *Objectifs :*

La méditation permet d'échapper à la préoccupation permanente du passé (associée à des émotions douloureuses, telles que la culpabilité) ; ou du futur, le plus souvent anxiogène ; et de réguler ses émotions. Poser sa respiration aide à apaiser le mental et à se connecter plus facilement à l'instant présent.

c) *Indications* :

- Dépression : le programme de méditation MBCT (thérapie cognitive par la pleine conscience) se révèle aussi efficace qu'un antidépresseur dans la prévention des récurrences (4).
- Anxiété, stress : la méditation de pleine conscience (MBSR : réduction du stress par la pleine conscience) produit les mêmes effets que les traitements de référence dans la gestion des troubles anxieux (5).
- Douleurs

d) *Contre indications* :

- Psychoses
- Dépressions sévères de type mélancolique

e) *Mode d'emploi* :

Le souffle est une des composantes essentielles : poser sa respiration aide à apaiser le mental et à se connecter plus facilement à l'instant présent.

Concrètement, les exercices consistent à maintenir l'attention sur un objet, une sensation, ou au contraire à élargir le champ de la conscience à tout ce qui entoure le méditant (*présence ouverte*). La méditation compassionnelle vise quant à elle à se concentrer plus particulièrement sur l'amour bienveillant que l'on est capable de ressentir pour les autres (notion essentielle chez les soignants).

## 2. **Approches psycho-corporelles** :

a) *Définition* :

Ce sont des méthodes qui appréhendent le patient à la fois dans ses dimensions psychologique et corporelle dans un but psychothérapeutique.

Ces groupes peuvent prendre plusieurs formes : Activités physiques, comme la marche, la gymnastique douce, l'initiation à des pratiques sportives (6)

b) *Objectifs* :

Ces approches ont pour but d'engager le patient dans un processus de renarcissation, de (re)valorisation de l'image de soi, d'apprentissage ou réapprentissage du « prendre soin de soi ».

Ces groupes sont destinés, d'une manière générale, à la réappropriation du schéma corporel, la capacité d'effort physique, la détente, la réappropriation des sens (7).

c) *Indications* :

Les thérapies psychocorporelles conviennent aux personnes sujettes à la dépression ou qui cherchent tout simplement à rétablir leur équilibre émotionnel. Les techniques de relaxation sont plutôt recommandées à celles sensibles au stress, qui recherchent une sensation de bien-être immédiat. Ces techniques sont également efficaces en cas de phobies. Toutes les thérapies sur le mouvement sont performantes en cas de somatisation. Les techniques de massage ont pour effet premier, une prise de conscience de l'unité corporelle, et sont toutes indiquées pour mieux "habiter" son corps (7).

d) *Contre indications* :

- Psychoses
- Dépressions mélancoliques

e) *Mode d'emploi* :

Quelle que soit la technique employée, les thérapies psychocorporelles agissent sur trois dimensions : le sens, les sensations corporelles et les émotions. La durée de la thérapie psychocorporelle peut ainsi varier de quelques semaines, pour les cas les plus simples, à plusieurs mois.

- Abord corporel progressif avec hydrothérapie médicalisée
- Reprise d'activité physique : mobilisation progressive avec étirements, gymnastique douce puis marche, reprise progressive d'effort, le tout avec accompagnement sous surveillance médicale par l'éducateur physique.
- Massages : la technique repose sur un travail en profondeur des fascias, ces fines membranes qui enveloppent muscles et organes, et permet d'explorer les relations entre les symptômes et le psychisme, afin de libérer certains blocages émotionnels.

### **3. Groupe thérapeutique Addictions:**

a) *Définition* :

Groupe de parole centrée sur les pratiques addictives (alcool, drogues...)

Les personnes ayant une addiction à l'alcool et aux drogues ne sont pas conscientes jusqu'à quel point la drogue qu'ils ont choisie entraîne des conséquences sur leurs émotions. Pour eux, cela peut sembler une solution alors qu'en réalité cette drogue les détruit.



*b) Objectifs :*

La thérapie de groupe vise à briser les défenses qui permettent aux gens de poursuivre leur addiction. Amélioration de la connaissance et des modalités d'accompagnement et de soins des pathologies addictives :

Proposer un espace de parole visant à (8):

- S'exprimer et échanger ;
- Permettre à des personnes ayant une problématique addictive de se rencontrer, de partager leur expérience et leur vécu ;
- Comprendre les conduites addictives, leurs mécanismes et leurs effets ;
- Améliorer sa compréhension des parcours d'accompagnement et de soins, des modalités d'accompagnement et des traitements médicamenteux possibles pour permettre un choix éclairé et positif.
- Favoriser la motivation au changement.

*c) Indications :*

Personnel soignant souffrant d'addiction (alcool, drogues...).

*d) Contre indications :*

Psychoses décompensées

*e) Mode d'emploi :*

Dans la thérapie de groupe « addictions » les patients apprennent à se connaître mutuellement. Ils développent des relations sur des bases non moralisatrices. Le groupe va permettre au patient de valoriser cette nouvelle appartenance en devenant un de ses membres : un abstinente. Cette expérience unique soude les membres du groupe entre eux. L'abstinence devient une véritable valeur identitaire qui aura d'autant plus de poids que l'entourage thérapeutique y souscrita (9).

Modalités de mise en œuvre : le nombre minimum de participants est de trois, le nombre maximum, de huit. Chaque séance dure une heure trente.

Pour les personnes n'ayant jamais participé au groupe de parole, il y aura un entretien préalable avec les animateurs.

Une évaluation sera faite par un questionnaire d'évaluation anonyme remis aux participants.

Animation : psychologue et autres professionnels, médecins ...

#### **4. Santé au travail :**

a) *Définition* :

Le syndrome d'épuisement professionnel, équivalent en français du terme anglais burn out, 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 » (10). Les travaux de C. 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,
- le cynisme vis-à-vis du travail ou dépersonnalisation (déshumanisation, indifférence),
- la diminution de l'accomplissement personnel au travail ou réduction de l'efficacité professionnelle.

**Particularités des soignants**

Population à risque historiquement identifiée et objet de nombreuses études récentes montrant une morbidité particulièrement élevée, les professionnels de santé en activité ou en formation sont exposés au risque d'épuisement professionnel. La raison en est essentiellement la pénibilité de leur travail, que ce soit pour des causes intrinsèques liées à la nature même de l'activité médicale (confrontation avec la souffrance et la mort, prises en charge impliquant l'entrée dans l'intimité des patients, etc.) ou des causes extrinsèques (charge et organisation du travail...).

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

D'autre part, il est important de souligner que les conséquences sur les professionnels de santé ont des répercussions non seulement humaines, mais aussi sur l'organisation et la qualité des soins.

Les soignants nécessitent une prise en charge spécifique via un réseau de soin adapté. Au même titre que les autres groupes professionnels, celle-ci implique le respect de la confidentialité et une réactivité adaptée, d'autant que la demande d'aide peut être retardée. Un soutien social est indispensable.

b) *Objectifs* :

- Identifier les facteurs favorisant le burn-out.
- **Evaluation du burn out par les questionnaires *Maslach Burnout Inventory* (MBI) (11) ou le *Copenhagen Burnout Inventory* (CBI).** Ils permettent d'évaluer le syndrome d'épuisement professionnel, mais ils n'ont pas été construits comme des instruments d'évaluation individuelle. Ils peuvent être éventuellement utilisés comme outil pour guider un entretien avec le patient.

Il existe des facteurs externes ou personnels liés à l'organisation du travail, au surmenage, à des vécus d'agression dans le travail. Parmi des facteurs favorisant le burn-out, des traits psychologiques sont impliqués dans le choix du métier et le mode d'exercice professionnel. Ces éléments de personnalité individuels sont enracinés dans l'histoire personnelle et familiale des sujets et contribuent à leur philosophie personnelle de l'existence.

Mais d'autres facteurs favorisant le burn-out basés sur des notions collectives, sociologiques, contemporaines impactent fortement les soignants et sont importantes à analyser (12) : le culte de l'excellence (depuis les études), les exigences élevées d'atteinte d'objectifs matériels et signes d'épanouissement personnel, les exigences de rentabilité économique, les exigences de rationalisation des dépenses de santé, de standardisation des pratiques professionnelles selon des critères objectivables de « qualité »... Toutes ces contraintes peuvent en effet amener la constitution d'un véritable trouble de l'adaptation avec anxiété aux conditions de travail qui prévalent pour ces sujets : souffrance au travail dans la relation soignant-soigné par défaut de maîtrise des techniques de communication et du fait d'une adhésion identificatoire aux malades. Débordement par des défauts d'organisation du cabinet médical ou paramédical, avec une accumulation de tâches administratives longtemps négligées ou traitées avec une perte de temps et d'énergie considérable qui contribuent à la décompensation dans laquelle les patients viennent, tardivement, consulter. Fatigue, insomnie, irritabilité, troubles de la concentration, maux de tête et d'estomac, angoisse... lorsque ces symptômes de grande fatigue ne passent pas avec les vacances et sont présents dès la reprise du travail, il est temps d'agir pour limiter l'accumulation de stress.

- **Repenser l'organisation du travail :** Si vous n'êtes pas à l'aise au niveau des conditions de travail, parlez-en à votre supérieur hiérarchique et à vos collègues. Discuter d'une réorganisation du travail, des missions, du temps passé sur chaque tâche est essentiel pour mieux répartir la charge de travail et trouver des objectifs plus adaptés à votre situation.
- **Prendre soin de soi passe par une bonne hygiène de vie.** Bien dormir, bien manger, faire du sport régulièrement sont indispensables pour garder l'équilibre dans sa vie. Enfin, le soutien de ses proches,

qu'ils soient impliqués dans le même milieu professionnel ou pas, est la meilleure arme contre le stress.

Voici divers moyens pour **réduire le stress** et ainsi réduire le risque d'épuisement professionnel.

- Engager des discussions avec ses collègues et son supérieur sur l'**organisation** du travail. Tenter de trouver des changements profitables pour tous.
- En collaboration avec l'employeur, tenter de fixer des objectifs plus **réalistes** et plus **gratifiants**.
- Dresser une liste des **tâches prioritaires** à accomplir, ce qui aide à mieux gérer son temps. Pour aider à déterminer les priorités, donner à chaque tâche un degré d'importance et d'urgence.
- Apprendre à dire **non** de temps en temps.
- Connaître le **temps** requis pour chacune des tâches à accomplir.
- Apprendre à **déléguer**.
- Prendre le temps de **réfléchir** avant de se plonger dans un travail. Bien préciser l'objectif et évaluer les divers moyens pour y parvenir.
- Profiter de son heure de dîner, dans la mesure du possible, pour « **décrocher** ».
- Entre chaque heure de travail, prendre 5 minutes pour se **changer les idées** : écouter de la musique, méditer, faire des étirements, etc.
- Attention de ne pas devenir **esclave de la technologie** : le téléphone portable et Internet peuvent rendre les personnes accessibles 24 heures sur 24. Offrir des heures de disponibilité à son employeur et tenter de s'y limiter.
- Faire l'examen de ses **habitudes de vie**. Certaines peuvent contribuer au stress, comme une grande consommation d'excitants (café, thé, sucre, alcool, chocolat, boissons gazeuses). L'exercice physique, quant à lui, peut donner un bon coup de main pour prévenir ou réduire le stress, tout en facilitant le sommeil. Les experts recommandent 30 minutes d'exercice physique, 5 fois par semaine. Se maintenir en bonne santé physique a un effet positif sur la santé psychologique.
- Se réserver du **temps** pour soi, sa famille, ses loisirs, etc.

- **Accompagnement du retour au travail et mesures pour prévenir les récives :**

Le retour au travail doit être préparé. À cet effet, il est recommandé d'organiser une **visite de pré-reprise avec le médecin du travail**, à l'initiative du patient, du médecin traitant ou du médecin-conseil des organismes de sécurité sociale, à tout moment pendant l'arrêt. Celle-ci peut être répétée. Elle est essentielle pour l'accompagnement de la réinsertion socioprofessionnelle, et obligatoire pour les salariés en arrêt de travail d'une durée de plus de 3 mois.

c) *Indications :*

Patients souffrant d'épuisement professionnel, soit isolé, soit associé à d'autres complications (addictive, dépressive...)

d) *Mode d'emploi* :

Groupe fermé de 4 à 8 patients : 3 modules de 1h 30

- **Module d'Education Thérapeutique sur le sens de la profession soignante**, les techniques de communication avec les autres soignants, mais aussi les patients, la gestion de la crise suicidaire, la gestion de la distance soignante.
- **Module réorganisation du travail** avec un consultant spécialisé : de nombreux soignants en burn out en sont arrivés à être submergés par les tâches administratives par un défaut d'organisation de leur travail.
- **Identification des facteurs de déficit adaptatif à la fonction de soignant**
  - Défaut de communication dans la relation soignant-soigné : perception de ses propres limites, capacité à refuser avec tact une demande abusive, capacité de fonctionner dans l'empathie en conservant une évaluation objective des situations
  - Défaut de communication avec les confrères et autres soignants : fonctionnement d'une équipe et d'une institution, notions basiques de management et de communication institutionnelle. Les soignants en institution sont recrutés presque exclusivement sur leurs qualités professionnelles techniques et n'ont pas été formés à la communication. Des cas fréquents de souffrance au travail de soignants sont en rapport avec ces déficits de formation initiale et continue. Un soin institutionnel en direction de soignants devra associer des actions thérapeutiques dérivées d'actions de formation à la communication. C'est le moyen d'amener les sujets à prendre conscience de l'origine de leur décompensation, de limiter la phobie à reprendre le poste et de prévenir la récurrence.

## **5. Groupe « Affirmation de soi » :**

a) Définition :

L'affirmation de soi consiste en une attitude qui nous permet d'exprimer clairement nos opinions, nos sentiments et nos besoins. C'est une manière de communiquer à notre environnement (conjoint, famille, amis...) ce que nous ressentons, ce que nous voulons. L'affirmation de soi se développe au contact des autres, puisque ce contact nous permet de reconnaître nos besoins et nos sentiments.

b) Objectifs :

Apprentissage des habiletés sociales pour :

- Renforcer l'estime de soi
- Augmenter le sentiment de contrôle sur l'environnement
- Augmenter le sentiment d'efficacité personnelle
- Renforcer l'assertivité : expression de ses propres émotions, idées, opinions, souhaits
- Gagner en autonomie

c) Indications :

Proposé aux patients en difficulté avec l'affirmation de soi et la confiance en soi

d) Contre indications :

- Troubles psychotiques
- Phobie sociale importante
- Troubles psychopathiques

e) Mode d'emploi (13):

- Groupe fermé (6 à 8 personnes), sur 8 séances, de 1 heure et demie.

Animation : Co-animation médecin et psychologue.

- En pratique :
  - Mises en situations
  - Jeux de rôles
- Évaluation : Questionnaire de Rathus (estime de soi) ; Questionnaire des conduites interpersonnelles d'Arrindell (affirmation de soi) ; Grille d'auto-observation de la communication.

## **6. Atelier de gestion du stress et des émotions**

a) Définition :

Les émotions sont des réactions complexes qui engagent à la fois le corps et l'esprit. Ces réactions incluent un état mental subjectif, tels que la colère, l'anxiété ou l'amour, une impulsion à agir, tels que fuir ou attaquer, que cela soit exprimé ouvertement ou non, et de profond changement dans le corps, tels qu'une augmentation du rythme cardiaque ou de la pression sanguine. (14)

b) Objectifs :

- Maîtriser ses paroles et ses actions lorsqu'on a une réaction émotionnelle face à une situation.
- Comprendre l'incidence de ses réactions émotionnelles sur les autres.
- Faire preuve d'aptitudes d'écoute active efficaces.
- Reconnaître et valider les réactions émotionnelles des autres.
- Demeurer calme.

- Rechercher des points de vue différents dans une situation difficile.
- Dynamiser une équipe pour trouver une solution.
- Présenter des excuses sincères lorsqu'on a tort et expliquer la manière dont les choses changeront.
- Apprendre les moyens efficaces pour désamorcer les situations et contrôler les comportements quand quelqu'un présente des signes de détresse émotionnelle.

c) Indications :

- Burn out
- Troubles de la personnalité (histrionique, borderline)

d) contre indications :

- Psychoses décompensées

e) Mode d'emploi :

- Groupe fermé ; 4 à 6 participants ;
- Mises en situations
- Jeux de rôles

## **7. Programme de psychoéducation de la dépression :**

a) Définition :

L'épisode dépressif majeur (EDM) représente un véritable problème de Santé Publique puisque sa prévalence dans la vie entière est estimée à près de 12 % chez les hommes et à 26% chez les femmes. Mais cette prévalence augmenterait jusqu'à 28 % d'après une méta-analyse récente (15).

La maladie dépressive, avec sa tendance à récidiver et ses conséquences médicales, sociales, familiales et professionnelles délétères, constitue un enjeu thérapeutique majeur actuel et à venir.

Sa prise en charge thérapeutique se heurte depuis de nombreuses années à différents écueils. Tout d'abord, ceux liés à la maladie : incompréhension des patients et peur de la stigmatisation et du regard négatif de la société.

Le programme psychoéducatif « ENVIE » a été mis au point pour l'accompagnement des patients dépressifs par les Prs Schwan (Université de Lorraine) et Courtet (Université de Montpellier) (16).

b) Objectifs :

Il a pour objectif de fournir aux patients des informations sur la dépression, sa physiopathologie et son caractère pathologique, de leur apprendre des méthodes d'autoévaluation de leur humeur, d'évoquer la

problématique de l'observance thérapeutique, de leur donner des moyens d'influencer leur dépression (hygiène de vie, ...), et enfin de leur fournir des outils pour changer le regard de l'entourage.

Il pourra aider les patients à devenir « acteurs et experts » de leur maladie, d'améliorer l'observance thérapeutique. Les malades seront amenés à développer de nouvelles compétences psychologiques afin de faire face activement (notion « d'empowerment ») aux symptômes dépressifs et de développer et de maintenir leur capacité à prendre des décisions, d'avoir une influence sur leur avenir.

c) Indications :

Cette prise en charge groupale s'adresse plus particulièrement à des patients dépressifs volontaires, dans la phase initiale de leur maladie ou en période de stabilité symptomatologique, qu'ils soient hospitalisés ou non.

d) Contre indications :

L'inclusion au groupe n'est pas indiquée lors des dépressions mélancoliques dans leur phase la plus sévère (troubles cognitifs et du ralentissement psychomoteur), ou présentant des symptômes psychotiques (agitation, délire, angoisse massive). Ces patients pourront néanmoins intégrer le programme dans un second temps, lorsque les symptômes les plus aigus auront disparu. De même en ce qui concerne les personnes dont le diagnostic principal est la présence d'un trouble de la personnalité sévère (borderline ou antisociale).

e) Mode d'emploi :

Concrètement, le programme comprend au total 9 modules. Le rythme du programme est deux modules par semaine, animés par 2 intervenants (un médecin et une infirmière). Chaque module dure environ 90 mn. Les groupes thérapeutiques sont constitués de 8 à 10 patients.

- Présentation des modules et descriptifs succins de leur contenu :

*Module 1 : "Comment va fonctionner le groupe ?"*

Il s'agit d'une présentation du programme. Les point-clés abordés sont :

- la dépression est une maladie pour laquelle il existe des thérapeutiques pharmacologiques et psychothérapeutiques efficaces.
- le patient doit s'envisager comme « co-thérapeute » de sa maladie au sein de l'équipe soignant-soigné.

*Module 2 : "Qu'est-ce que la dépression ?"*

Présentation des symptômes dépressifs à l'aide de la « matrice », outil d'analyse *fonctionnelle* utilisée dans la thérapie ACT (17). Cet outil permet aux patients d'identifier les symptômes et les comportements en lien avec



la dépression et ce qu'ils peuvent faire pour les atténuer. Cet outil thérapeutique sera utilisé tout au long du programme afin d'aider les patients à déterminer ce qui est réellement important dans leur vie.

*Module 3 : "Quelles sont les causes de la dépression ?"*

A l'aide du modèle « vulnérabilité-stress » les facteurs multifactoriels pouvant mener à la dépression sont discutés, ainsi que l'influence des différents traits de personnalité sur la maladie.

*Module 4 : "Quelles sont les conséquences de la dépression sur votre vie ?" ou "J'ai tout perdu"*

L'impact et les conséquences sociales, familiales et professionnelles de la dépression. Les éventuelles comorbidités.

*Module 5 : "La dépression : une maladie ?"*

Sont abordés ici les aspects neurobiologiques et neuro-anatomiques de la maladie à travers des schémas didactiques.

*Module 6 : "Comment puis-je reconnaître mon état ?"*

Cette séance est axée sur la reconnaissance et l'évaluation de son propre état thymique (si besoin en utilisant un agenda de l'humeur) et sur les compétences à développer afin de combattre les pensées négatives liées à la maladie.

*Module 7 : "Que pouvez-vous faire ?" ou "Connaître son traitement pour vivre avec"*

Ce module présente de manière simplifiée les actions neurobiologiques des traitements antidépresseurs et des autres traitements biologiques qui ont fait leur preuve (ECT, rTMS).

*Module 8 : "Que pouvez-vous faire ? ou "Améliorer son hygiène de vie"*

Description des mesures hygiéno-diététiques impliquées dans l'amélioration de l'humeur (sommeil, alimentation, activité physique).

*Module 9 : "Que pouvez-vous faire" ? ou "L'envie du changement"*

La reprise d'autonomie, la question de l'information des proches et du milieu professionnel, gestion du stress et conclusion du groupe.

**Déroulement des séances :**

Chaque séance doit favoriser les échanges et l'interactivité entre les patients et entre les patients et les thérapeutes.

Au début de chaque module, il est important d'essayer d'instaurer un climat de confiance et d'écoute. On effectue un rappel de la séance précédente en reprenant les points forts et messages-clés à retenir (inscrits sur la fiche-patient remise en fin de séance à chaque participant).

On passe en revue les tâches à domicile qui avaient été demandées afin d'inciter les patients à avoir un rôle actif.

En fin de module, on présente les tâches à domicile à réaliser avant la prochaine séance, et l'on remet une fiche-patient résumant les points forts à retenir du module qui vient de se dérouler.

Enfin, on présente le programme du prochain module.

Chaque module est constitué d'un diaporama powerpoint d'une dizaine de diapositives et d'une fiche-patient.

#### IV. RESULTATS

<b>FT 1 : MEDITATION</b>
<b>Définition :</b> Focaliser son attention sur le moment présent et laisser passer ses pensées sans s'attacher à aucune
<b>Objectifs :</b> -Echapper au « mental » (préoccupations fixées sur le passé ou le futur) -Réguler ses émotions
<b>Indications :</b> -Dépression -Anxiété, stress -Douleurs chroniques
<b>Contre indications :</b> -Psychoses -Dépressions sévères
<b>Mode d'emploi :</b> -Se focaliser sur l'instant présent en se concentrant sur son souffle

## FT 2 : Approches Psycho-Corporelles

### Définition :

Atelier visant à la réappropriation du schéma corporel, la capacité d'effort physique, la détente, la réappropriation des sens.

Activités physiques, comme la marche, la gymnastique douce, l'initiation à des pratiques sportives, etc.

### Objectifs :

-Renarcissisation, valorisation de l'image de soi, apprentissage ou réapprentissage du « prendre soin de soi ».

-Réappropriation du schéma corporel, la capacité d'effort physique, la détente, la réappropriation des sens.

### Indications :

-Dépression

-Anxiété, stress, phobies

-Douleurs chroniques

### Contre indications :

-Psychoses

-Dépressions sévères

### Mode d'emploi :

- Abord corporel progressif avec hydrothérapie médicalisée

-Reprise d'activité physique : mobilisation progressive avec étirements, gymnastique douce puis marche, reprise progressive d'effort, le tout avec accompagnement sous surveillance médicale par l'éducateur physique.

-Massages : la technique repose sur un travail en profondeur des fascias, ces fines membranes qui enveloppent muscles et organes, et permet d'explorer les relations entre les symptômes et le psychisme, afin de libérer certains blocages émotionnels.

Prises en charge pluri-hebdomadaires, encadrées par un éducateur sportif

### **FT 3 : groupe thérapeutique addictions**

**Définition :**

Groupe de parole centrée sur les pratiques addictives (alcool, drogues...)

**Objectifs :**

- Comprendre les conduites addictives, leurs mécanismes et leurs effets ;
- Améliorer sa compréhension des parcours d'accompagnement et de soins, des modalités d'accompagnement et des traitements médicamenteux possibles pour permettre un choix éclairé et positif.
- Favoriser la motivation au changement (sevrage, consommation maîtrisée).

**Indications :**

Personnel soignant souffrant d'addiction (alcool, drogues...)

**Contre indications :**

- Psychoses

**Mode d'emploi :**

- Nombre de participants de trois à huit ; Durée de la séance : 1 h 30;
  - Une évaluation sera faite par un questionnaire d'évaluation anonyme remis aux participants.
- Animation : Psychologue et autre professionnel, médecin

#### **FT 4 : Atelier Santé et Travail**

##### **Définition :**

Groupe thérapeutique centré sur la problématique de la santé des soignants au travail (burn out, confrontation avec la souffrance et la mort, gestion des erreurs médicales, culpabilité...).

##### **Objectifs :**

- Identifier les facteurs favorisant l'épuisement professionnel.
- Repenser l'organisation du travail
- Accompagnement du retour au travail et mesures pour prévenir les récurrences

##### **Indications :**

Patients souffrant d'épuisement professionnel, soit isolé, soit associé à d'autres complications (addictive, dépressive...)

##### **Mode d'emploi :**

Groupe fermé de 4 à 8 patients : 3 modules de 1h 30

1. Identification des facteurs de déficit adaptatif à la fonction de soignant
2. Education Thérapeutique sur le sens de la profession soignante
3. Réorganisation du travail et mesures pour prévenir les récurrences

## FT 5 : Affirmation de soi

### Définition :

C'est savoir exprimer ses émotions, ses pensées et ses opinions de même que de défendre ses droits tout en respectant ceux des autres, ceci de façon directe, honnête et appropriée.

### Objectifs :

- Renforcer l'estime de soi ;
- Augmenter le sentiment de contrôle sur l'environnement ;
- Augmenter le sentiment d'efficacité personnelle ;
- Renforcer l'assertivité : expression de ses propres émotions, idées, opinions, souhaits
- Gagner en autonomie

### Indications :

- Epuisement professionnel
- Dépressions légères
- Personnalités évitantes/dépendantes
- Phobies sociales

### Contre indications :

- troubles psychotiques,
- troubles psychopathiques

### Mode d'emploi :

- Groupe fermé (6 à 8 personnes), sur 8 séances, de 1 heure et demie. Animation : Co-animation médecin et psychologue.
- En pratique :
  - Mises en situations
  - Jeux de rôles
  - Évaluation : Questionnaire de Rathus (estime de soi) Questionnaire des conduites interpersonnelles d'Arrindell (affirmation de soi) ; Grille d'auto-observation de la communication.

## **FT 6 : Gestion du stress et de ses émotions**

### **Définition :**

Les émotions sont des réactions complexes qui engagent à la fois le corps et l'esprit. Ces réactions incluent un état mental subjectif, tel que la colère, l'anxiété ou l'amour, une impulsion à agir, tel que fuir ou attaquer, que cela soit exprimé ouvertement ou non, et de profond changement dans le corps, tel qu'une augmentation du rythme cardiaque ou de la pression sanguine.

### **Objectifs :**

- Savoir identifier ses émotions
- Prendre la responsabilité de ses émotions
- Les exprimer de manière adéquate
- Identifier et accueillir les émotions des autres

### **Indications :**

- Burn out
- Troubles de la personnalité (histrionique, borderline)

### **Contre indications :**

- Psychoses
- Dépressions sévères

### **Mode d'emploi :**

- Groupe fermé ; 4 à 6 participants ;
- Mises en situations
  - Jeux de rôles



## **FT 7 : Psychoéducation de la dépression**

**Définition :**

Programme psychoéducatif « ENVIE » de groupe mis au point pour l'accompagnement des patients dépressifs

**Objectifs :**

- Informations sur la dépression, sa physiopathologie et son caractère pathologique,
- Apprendre des méthodes d'évaluation de l'humeur, d'évoquer la problématique de l'observance
- Donner des moyens d'agir sur la dépression (hygiène de vie, ...), notion d'« empowerment » du patient

**Indications :**

- Dépression

**Contre indications :**

- Dépressions sévères (mélancolie) ou avec symptômes psychotiques
- Troubles de la personnalité borderline ou antisociale

**Mode d'emploi :**

Le programme comprend au total 9 modules. Le rythme du programme est deux modules par semaine, animé par 2 intervenants (un médecin et une infirmière). Chaque module dure environ 90 mn. Les groupes thérapeutiques sont constitués de 5 à 8 patients.

## **V. DISCUSSION/CONCLUSION :**

La prise en charge des personnels soignants s'organisera autour d'un projet de soins individualisé défini par le psychiatre référent, l'équipe soignante et le patient lors des premiers jours d'hospitalisation.

Les éléments de ce projet de soin seront expliqués aux patients et les activités thérapeutiques seront contractualisées.

La durée moyenne d'hospitalisation (DMS) devrait être comprise entre 25 et 30 jours, permettant, dans la plupart des cas de pouvoir mener à bien l'intégralité des modules thérapeutiques proposés.

Il sera néanmoins possible de poursuivre les ateliers, soit lors d'un passage d'une hospitalisation complète vers une hospitalisation de jour, soit après la sortie, en ambulatoire.

La liste actuelle des soins proposés nous a semblé la plus pertinente au vu des expériences d'autres unités similaires et du type de pathologies prises en charge. Néanmoins, il sera possible d'enrichir cette offre selon l'évolution des besoins.

La modélisation des activités et ateliers thérapeutiques en fiches techniques permet de résumer en quelques mots les objectifs et les modalités de leur mise en œuvre pratique pour les patients.

## REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES :

1. Schernhammer ES, Colditz GA Suicide rates among physicians: a quantitative and gender assessment (meta-analysis). *Am J Psychiatry*. 2004 Dec;161(12):2295-302.
2. <http://www.carmf.fr/page.php?page=chiffrescles/stats/2017/nature-affections.htm>
3. Barnabé B. Étude REPAR : Réévaluation de l'Épuisement Professionnel en Anesthésie Réanimation en France par auto-questionnaire. *Sciences du Vivant* 2019. ffdumas-02274126
4. Kuyken *et al.* Effectiveness and cost-effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy compared with maintenance antidepressant treatment in the prevention of depressive relapse or recurrence; a randomized controlled trial. *The Lancet*, 2015.
5. Hoge *et al.* Randomized controlled trial of mindfulness meditation for generalized anxiety disorder: effects on anxiety and stress reactivity. *J Clin Psychiatry* 2013.
6. Célestin-Lhopiteau I et Thibault-Wanquet P, Guide des pratiques psycho-corporelles, Masson, Paris, 2006.
7. Laetitia Faszczenko, « Les approches psychocorporelles : des outils pour le rétablissement », *Perspectives Psy*, vol. 56, n° 3, 1<sup>er</sup> juillet 2017, p. 224–228
8. Barra, J.D., Trojak, B., *et al.* Apports d'un groupe de parole en service d'addictologie. *Alcoologie et Addictologie*, 30(4): 407-410, 2008.
9. Gomez, H., Garipuy, J. Le groupe de parole. Référentiel du soin alcoologique. *Alcoologie et Addictologie*, 25(2) : 125- 130, 2003
10. Schaufeli WB and Greenglass ER. Introduction to special issue on burnout and health. *Psychol Health* 2001;16(5):501-10.
11. Maslach C, Jackson SE. Maslach Burnout Inventory Manual. 2nd edition (1986)
12. Gollac M. Collège d'expertise sur le suivi des risques psychosociaux au travail. 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.
13. Chaperon, A.-F., Cariou-Rognant, A.-M., & Duchesne, N. *L'affirmation de soi par le jeu de rôle en thérapie comportementale et cognitive*. Paris: Dunod. (2014).
14. Lazarus, R.S. et Lazarus, B. N. *Passion and Reason*. New York : Oxford University Press (1994).
15. Rotenstein LS, *et al.* Prevalence of Depression, Depressive Symptoms, and Suicidal Ideation Among Medical Students: A Systematic Review and Meta-Analysis. *JAMA*. 2016 Dec 6;316(21):2214-2236.
16. Guyodo J *et al.* ENVIE : le premier programme français de psychoéducation dans la dépression unipolaire. *European Psychiatry* Volume 30, Issue 8, Supplement, November 2015, Pages S37-S38.
17. Benjamin Schoendorff *et al.* Guide de la matrice ACT. Carrefour des psychothérapies. De Boeck 2017.

