



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 12 novembre 2020
Par le Docteur Claire SELLIER

**UNITE D'HOSPITALISATION POUR LES SOIGNANTS :
QUELS PATIENTS ? QUELLES PATHOLOGIES ?**

*Étude rétrospective de la file active de
l'Unité de Soins aux Professionnels de Santé
de la Clinique de Chatillon (01)
de mai 2018 à mai 2020.*

Membres du jury :

- Professeur Jean-Marc SOULAT
- Professeur Éric GALAM
- Docteur Jacques MORALI
- Docteur Jean-Jacques ORMIERES
- Assesseur : Docteur Bénédicte JULLIAN

Sommaire

Introduction.....	3
Méthode.....	4
Résultats.....	5
Discussion.....	18
Conclusion.....	26
Résumé.....	27
Bibliographie.....	28

« La médecine est une maladie qui frappe tous les médecins de manière inégale. Certains en tirent des bénéfices durables. D'autres décident un jour de rendre leur blouse parce que c'est la seule possibilité de guérir– au prix de quelques cicatrices. Qu'on le veuille ou non, on est toujours médecin mais on n'est pas obligé de le faire payer aux autres et on n'est pas non plus obligé d'en crever. »

Martin WINCKLER La maladie de Sachs(1998)

Remerciements :

Aux enseignants et aux camarades soignants du DIU pour cette année à la fois riche et frustrante,

Au directeur de la clinique de Chatillon Philippe ABBADI pour notre compagnonnage intensif

Au docteur Frédéric LEFEVRE pour son soutien initial dans l'aventure de la clinique

A l'équipe de l'USPS pour notre travail et notre partage quotidien

A Danielle BASTIDE ma précieuse superviseuse

A Caroline PARLIER qui a accompli le travail de statistiques de ce mémoire

A madame le docteur V.

Au docteur Anne CLAIS ma chère amie depuis les bancs de la Faculté

A Thierry, A Nathan

A ma mère récemment disparue

INTRODUCTION

Longtemps tabou ou déniée, la question de la souffrance des soignants est depuis quelques années mise en avant des préoccupations de notre société. L'épuisement au travail et l'augmentation du risque suicidaire chez les médecins sont devenus sujets d'études et de recherche ainsi que les risques psycho-sociaux et la qualité de vie au travail des soignants. La Haute Autorité de Santé (HAS) et l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS) ont publié en 2016 et 2017 rapports et recommandations. Parallèlement depuis une dizaine d'années se mettent en place des réseaux de repérage et de soutien et les différents Ordres des professions de santé développent leur entraide.

La création des Unités de Soins pour Professionnels de Santé (USPS) s'inscrit dans ce mouvement, en continuité et en complément des différents réseaux d'entraide et de soutien. Ces unités se déploient progressivement sur l'ensemble du territoire avec le soutien des autorités sanitaires (Ministère de la santé, ARS, Assurance Maladie). Leur mission est la prise en charge des troubles mentaux des professionnels de santé qu'ils soient liés au travail ou non. La clinique de Châtillon, établissement de santé privé psychiatrique ouvert en mai 2018, porte le projet d'USPS de la région Auvergne-Rhône-Alpes. Elle accueille aussi des professionnels de santé d'autres régions en cas de nécessité ou de désir d'éloignement.

J'en suis le médecin psychiatre responsable depuis novembre 2018.

Après deux ans d'existence de l'unité et à la faveur du mémoire de fin de Diplôme inter universitaire « Soigner les soignants », il a paru intéressant d'étudier rétrospectivement les caractéristiques de la file active de l'USPS. Cette étude permet également de répondre aux nécessités d'évaluation exprimées dans le projet médical de l'unité et le cas échéant d'ajuster celui-ci.

Nous avons donc choisi de nous poser les questions suivantes :

- Qui sont les soignants hospitalisés à l'USPS de la clinique de Chatillon ? Quelles sont leurs caractéristiques?
- Quelle place la souffrance au travail a-t-elle dans leur mal-être ? A quelle fréquence retrouve-t-on des situations d'épuisement professionnel ? Peut-on identifier une vulnérabilité particulière chez ces patients ?

METHODE

Afin de connaître les caractéristiques des patients admis à l'USPS et d'identifier leurs spécificités, nous avons compulsé l'ensemble des dossiers d'hospitalisation pendant cette période de deux ans.

Nous avons défini les paramètres dont nous avons besoin, qu'ils soient démographiques (âge, sexe, lieu d'habitation, situation familiale), catégoriels (type de professionnels) ou médicaux (motif d'hospitalisation, histoire de la maladie, antécédents...). Ces derniers paramètres ont été utilisés pour tenter de repérer la responsabilité respective des événements de vie et de la relation au travail dans la décompensation qui a conduit à l'hospitalisation.

Afin d'illustrer et donner chair à ces résultats, nous présentons ensuite une situation clinique, celle de Mme le Dr V., qui reflète assez fidèlement nos constats.

Nous nous sommes aidés, dans la discussion de ce travail, d'articles de la littérature médicale consacrés à la question de la souffrance des soignants et découverts grâce à cette année de Diplôme.

RESULTATS

L'Unité de Soins pour les Professionnels de Santé de la clinique de Chatillon a reçu son premier patient le 5 mai 2018.

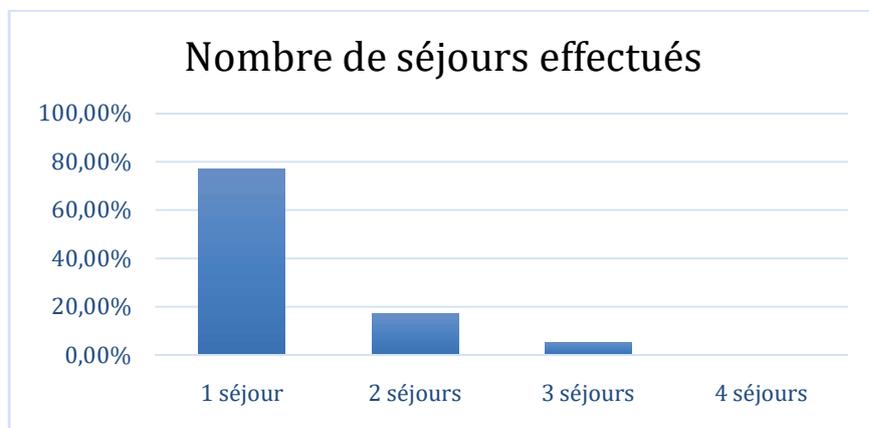
Nous avons choisi de délimiter la description de l'activité entre cette date et le 22 mai 2020, peu après le déconfinement, soit une période d'un peu plus de deux ans.

Séjours et Taux d'occupation

L'étude a porté sur 175 patients et 228 séjours effectués du 06/05/2018 au 22/05/2020. La durée moyenne de séjour (DMS) est de 37 jours. Le taux d'occupation est globalement de 56% sur les deux premières années d'existence.

Si la plupart des patients n'a effectué qu'un seul séjour dans la clinique (77%), certains sont revenus une fois, voire deux ou même trois fois pour une patiente.

Nombre de séjours effectués	Nombre de patients	%
1 séjour	176	77,19%
2 séjours	39	17,10%
3 séjours	12	5,26%
4 séjours	1	0,43%
total	228	



En effet, nous avons mis en place la possibilité de séjours séquentiels d'une durée de deux semaines proposés dans les six mois qui suivent le séjour initial afin de rassurer les patients qui se sentent encore fragiles au moment de la sortie. D'autre part, des rechutes peuvent se produire. La patiente hospitalisée quatre fois présentait une vulnérabilité particulière (idées suicidaires depuis l'adolescence dans un contexte parental de dépression et de suicide).

DIU SOIGNER LES SOIGNANTS

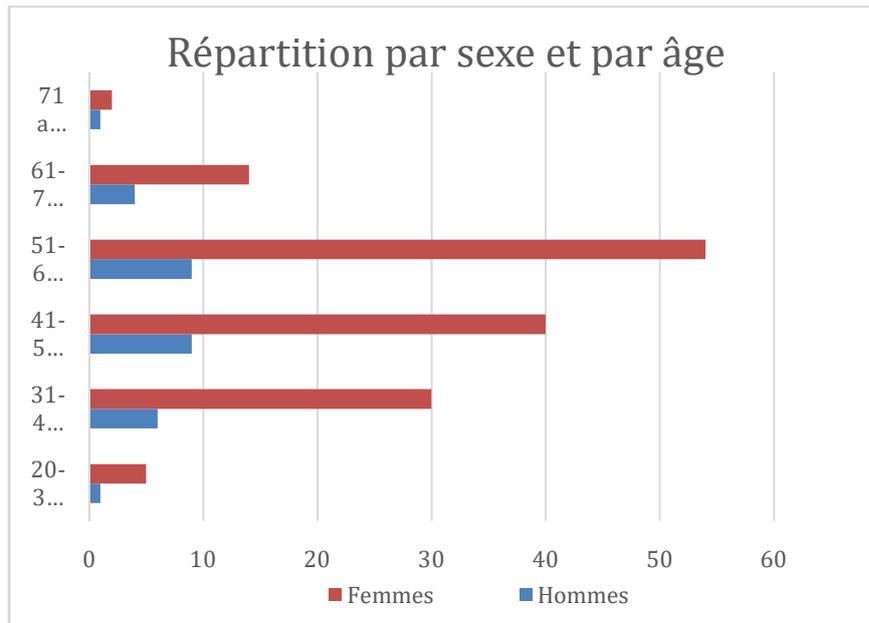
Caractéristiques socio-démographiques

Age et sexe

Les soignants hospitalisés sont en majorité de sexe féminin (83%) et la classe d'âge la plus représentée est celle des 51-60 ans (36%). Quelques professionnels étaient retraités.

L'âge moyen se situe à 49 ans.

	Hommes	Femmes	total	%
20-30 ans	1	5	6	3,4%
31-40 ans	6	30	36	20,5%
41-50 ans	9	40	49	28%
51-60 ans	9	54	63	36%
61-70ans	4	14	18	10,3%
71 ans et +	1	2	3	1,7%
total	30	145	175	

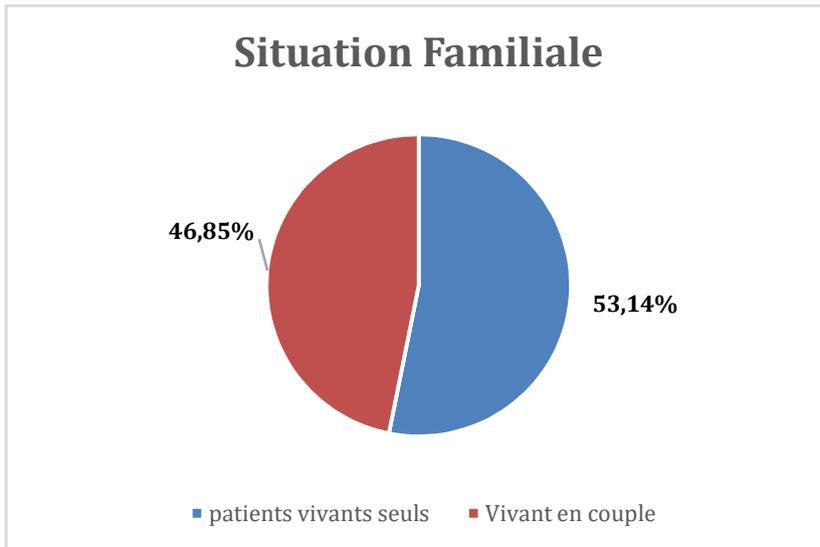


Situation familiale

Plus de 53% des soignants hospitalisés à la clinique vivent seuls.

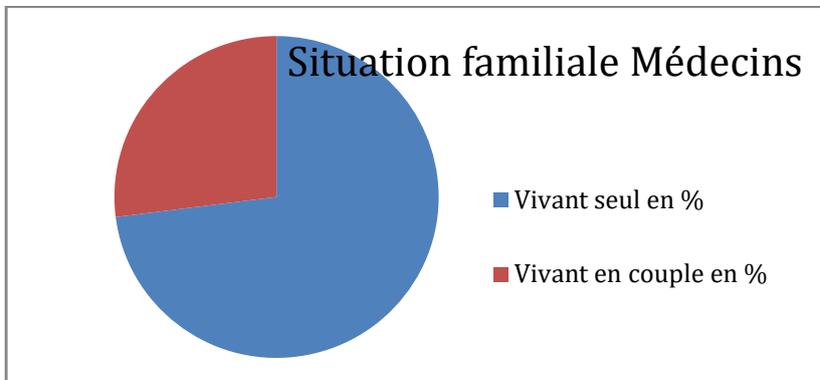
	nombre	%
patients vivants en couple	82	46,85%
Vivant seul	93	53,14%

DIU SOIGNER LES SOIGNANTS

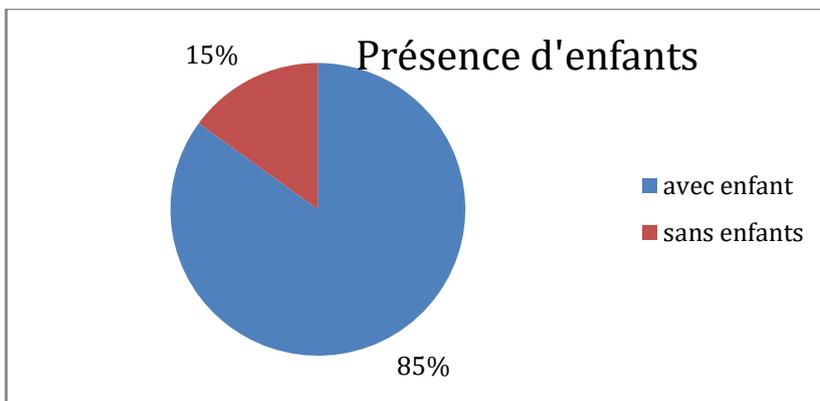


La solitude est rencontrée dans plus de la moitié des situations mais, chez les médecins, cette caractéristique représente presque les trois-quarts de la population.

Médecins Vivant seul	Médecins Vivant en couple	Vivant seul en %	Vivant en couple en %
19	7	73,00%	27%



85% des soignants hospitalisés ont des enfants, 15% n'en ont pas.

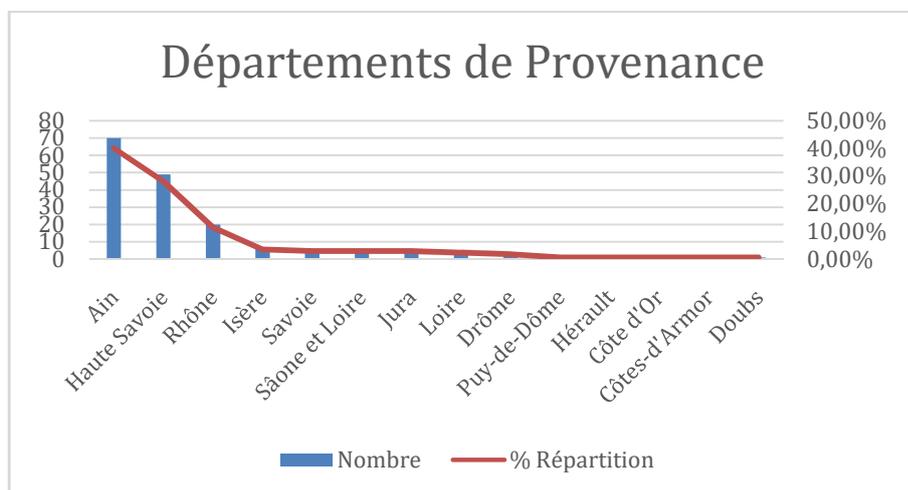


DIU SOIGNER LES SOIGNANTS

Origine géographique

Pour 40% des soignants hospitalisés, le recrutement se situe dans l'Ain, pour 52% il se situe dans ses départements limitrophes : Haute Savoie (Annecy est à 48 km), Rhône (Lyon à 95 km), Isère, Saône-et-Loire, Savoie et Jura.

Départements	Nombre	% Répartition
Ain	70	40,00%
Haute Savoie	49	28,00%
Rhône	20	11,42%
Isère	6	3,42%
Savoie	5	2,85%
Saône et Loire	5	2,85%
Jura	5	2,85%
Loire	4	2,28%
Drôme	3	1,71%
Puy-de-Dôme	1	0,57%
Hérault	1	0,57%
Côte d'Or	1	0,57%
Côtes-d'Armor	1	0,57%
Doubs	1	0,57%

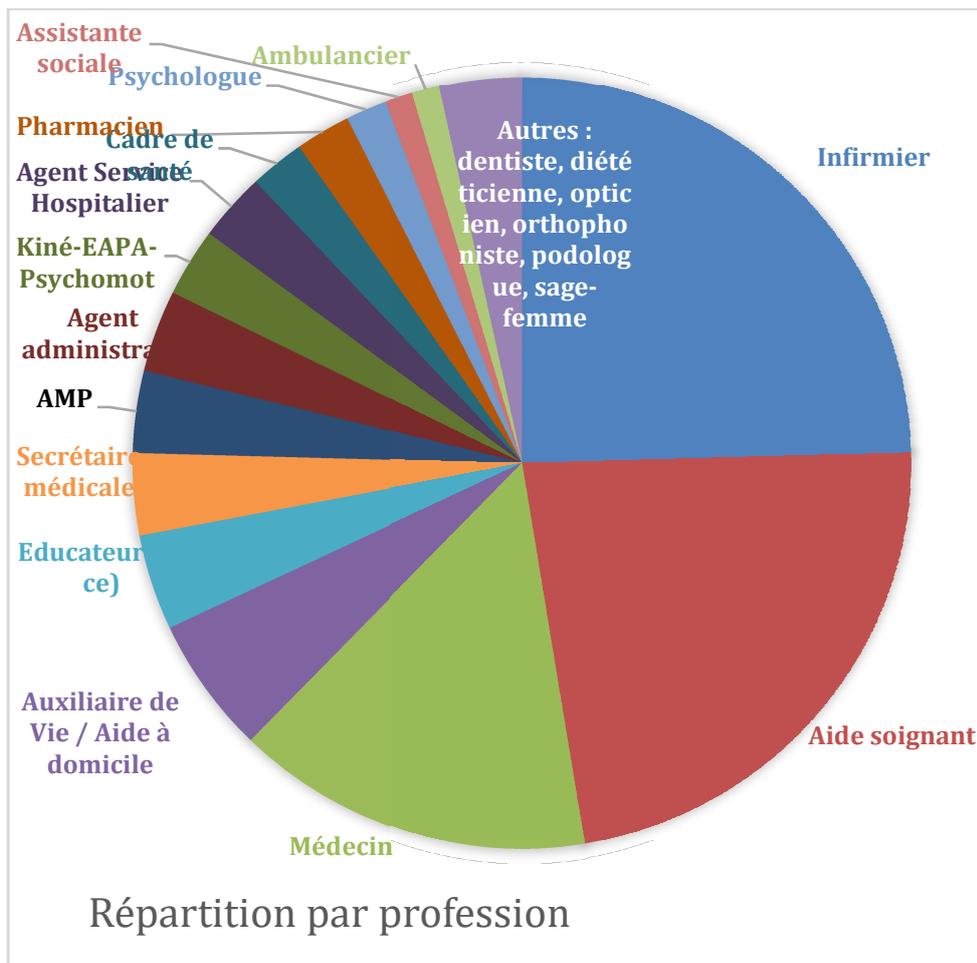


Catégories professionnelles

Les infirmiers (24%) sont la première catégorie socioprofessionnelle parmi les soignants hospitalisés, suivi de près par les aides-soignants (23%). Les médecins viennent ensuite avec 15% des effectifs.

DIU SOIGNER LES SOIGNANTS

Profession	Nombre	% Répartition
Infirmier	43	24,6%
Aide soignant	40	22,86%
Médecin	26	14,86%
Auxiliaire de Vie / Aide à domicile	10	5,71%
Educateur	7	4,00%
Secrétaire médicale	6	3,43%
AMP	6	3,43%
Agent administratif	6	3,43%
Kiné-EAPA-Psychomot	5	2,86%
Agent Service Hospitalier	5	2,86%
Cadre de santé	4	2,29%
Pharmacien	4	2,29%
Psychologue	3	1,71%
Assistante sociale hospitalière	2	1,14%
Ambulancier	2	1,14%
Autres : dentiste, diététicienne, opticien, orthophoniste, podologue, sage-femme	6	3,43%
Total	175	100,00%



DIU SOIGNER LES SOIGNANTS

On remarque le choix de la clinique d'intégrer aux « patients-soignants » tous les professionnels impliqués dans la relation d'aide, que ce soit dans le secteur sanitaire ou médico-social, en établissement, en libéral ou à domicile.

Ce choix peut évidemment être contesté mais il est soutenu par une vision qui englobe tous ceux qui prennent soin de ceux qui souffrent, aides-soignants comme AMP ou auxiliaires de vie qui prennent soin des personnes âgées à domicile. Sont également inclus les personnels qui accueillent les patients, au guichet de l'hôpital, au cabinet libéral ou lors de leur transport vers un lieu de soin.

Motifs d'hospitalisation

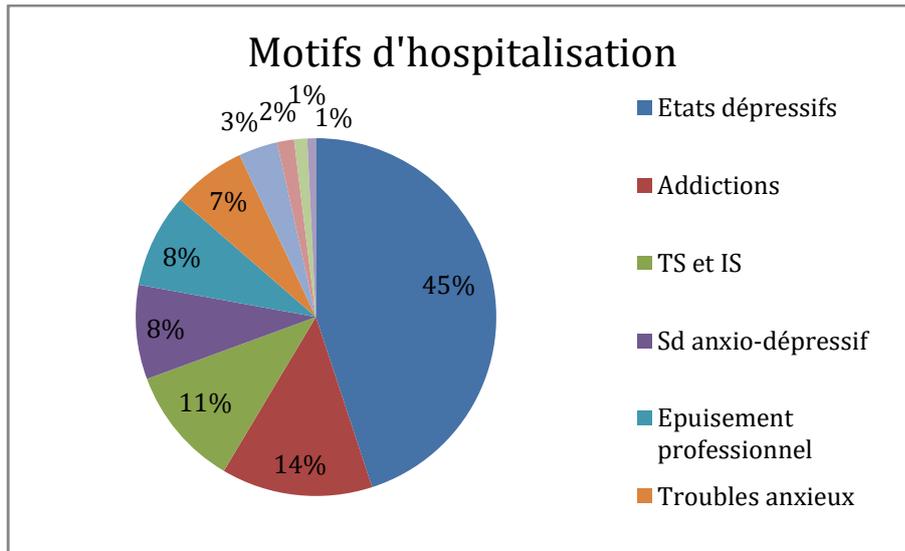
Chaque patient hospitalisé, fut-il médecin, a besoin d'un courrier médical pour que la demande soit étudiée. Le motif d'hospitalisation est spécifié dans le courrier du médecin adresseur.

On retrouve un total de motifs supérieur au nombre de séjours (258/228) car plusieurs motifs peuvent être mentionnés.

En revanche, nous n'avons pas de données concernant les adresseurs de ces patients-soignants. C'est une lacune que nous corrigerons car cette information permettrait un éclairage supplémentaire.

Motifs d'hospitalisation	Nombre	% Répartition
Etats dépressifs	116	45,0%
Addictions	35	13,6%
TS et IS	28	10,9%
Sd anxio-dépressif	22	8,5%
Epuisement professionnel	22	8,5%
Troubles anxieux	17	6,6%
Troubles adaptation	9	3,5%
SSPT	4	1,6%
TCA	3	1,2%
TB	2	0,8%
total	258	100,00%

DIU SOIGNER LES SOIGNANTS



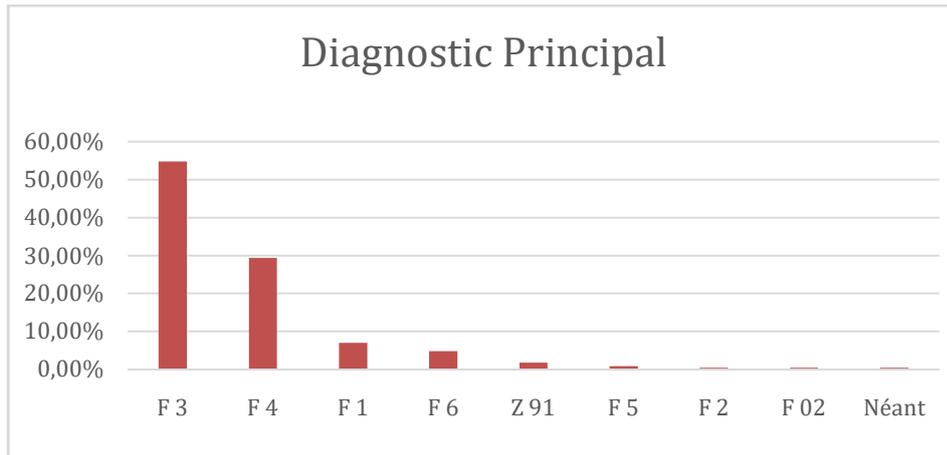
Lors de la demande d'admission, la problématique professionnelle n'est mentionnée que 22 fois (soit dans 9,6% des situations) regroupées sous l'item **d'épuisement professionnel**.

Diagnostic d'entrée

Le diagnostic d'entrée se distingue du motif d'admission : il est posé par le médecin psychiatre recevant le patient lors de l'admission, après analyse de la situation à la lueur de ce premier entretien.

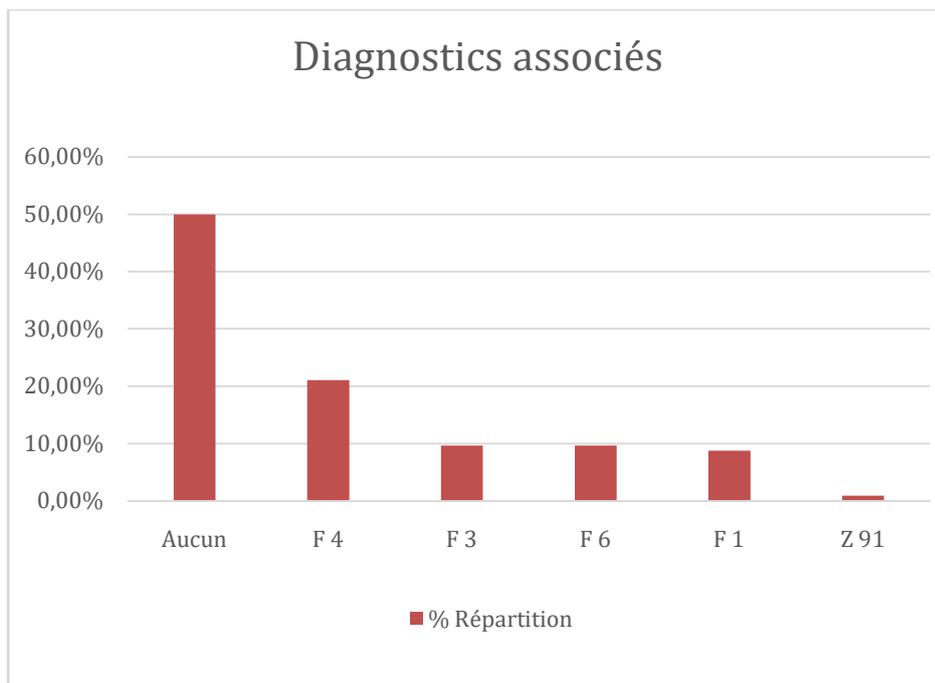
Code CIM 10	Diagnostic Principal	Nombre	%
F 30-39	Troubles de l'humeur (affectifs)	125	54,82%
F 40-48	Troubles névrotiques, troubles liés à des facteurs de stress et troubles somatoformes	67	29,38%
F 10-19	Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de substances psycho-actives	16	7,01%
F 60-69	Troubles de la personnalité et du comportement chez l'adulte	11	4,82%
Z 91.5	Lésions récentes auto-infligées	4	1,75%
F 50-59	Syndromes comportementaux associés à des perturbations physiologiques et à des facteurs physiques	2	0,87%
F 20-29	Schizophrénie, troubles schizotypiques et troubles délirants	1	0,43%
F 00-09	Troubles mentaux organiques	1	0,43%
Néant		1	0,43%

DIU SOIGNER LES SOIGNANTS



Dans un certain nombre de cas, on trouve un diagnostic associé :

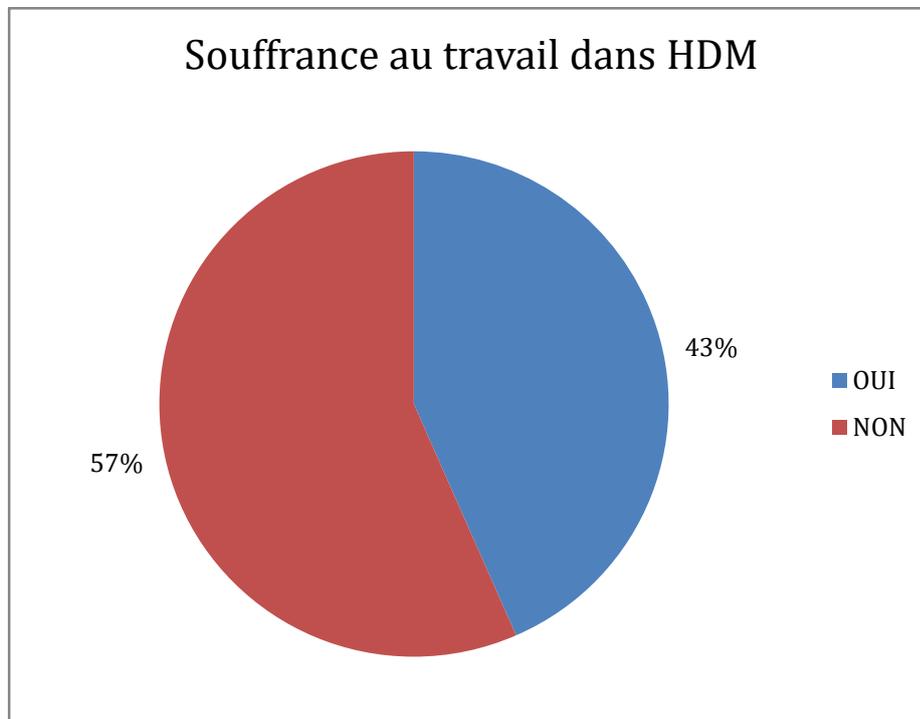
Code CIM 10	Diagnostic associé	Nombre	% Répartition
Aucun		114	50,00%
F 40-48	Troubles névrotiques, troubles liés à des facteurs de stress et troubles somatoformes	48	21,05%
F 30-39	Troubles de l'humeur (affectifs)	22	9,64%
F 60-69	Troubles de la personnalité et du comportement chez l'adulte	22	9,64%
F 10-19	Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de substances psycho-actives	20	8,77%
Z 91.5	Lésions récentes auto-infligées	2	0,87%



Problématique professionnelle

À l'issue de l'entretien d'entrée, on retrouve l'expression de souffrance au travail dans l'histoire de la maladie (HDM) de façon beaucoup plus significative, soit dans 43% des situations.

Souffrance au travail dans HDM		
OUI	99	43%
NON	129	57%

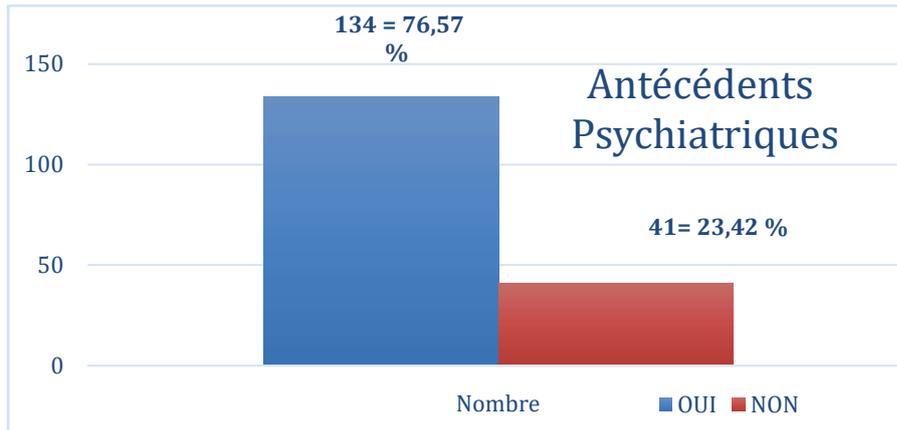


Existence d'antécédents psychiatriques

Les patients mentionnent la présence d'antécédents psychiatriques dans les trois-quarts des cas.

Présence d'ATCD psychiatriques	Nombre	%
OUI	134	76,57%
NON	41	23,42%

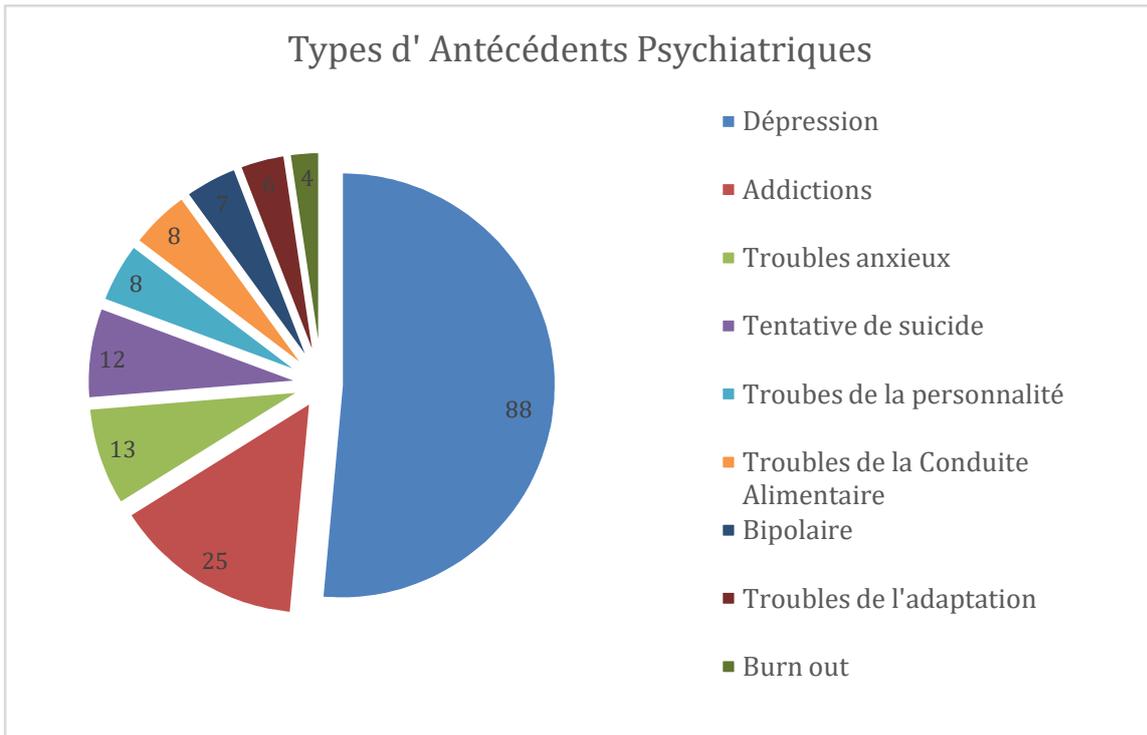
DIU SOIGNER LES SOIGNANTS



Pour ces 134 patients, on recense 161 situations d'antécédents psychiatriques, majoritairement d'anciens épisodes dépressifs, soit 1,2 antécédents par patient mentionnant un antécédent ; les addictions sont comptées dans les antécédents psychiatriques.

ATCD Psychiatriques	Nombre	% Répartition
Dépression	88	50,28%
Addictions	25	14,28%
Troubles anxieux	13	7,42%
Tentative de suicide ancienne	12	6,85%
Troubles de la personnalité	8	4,57%
Troubles des Conduites Alimentaires	8	4,57%
Troubles Bipolaires	7	4%
Troubles de l'adaptation	6	3,42%
Burn out	4	2,28%

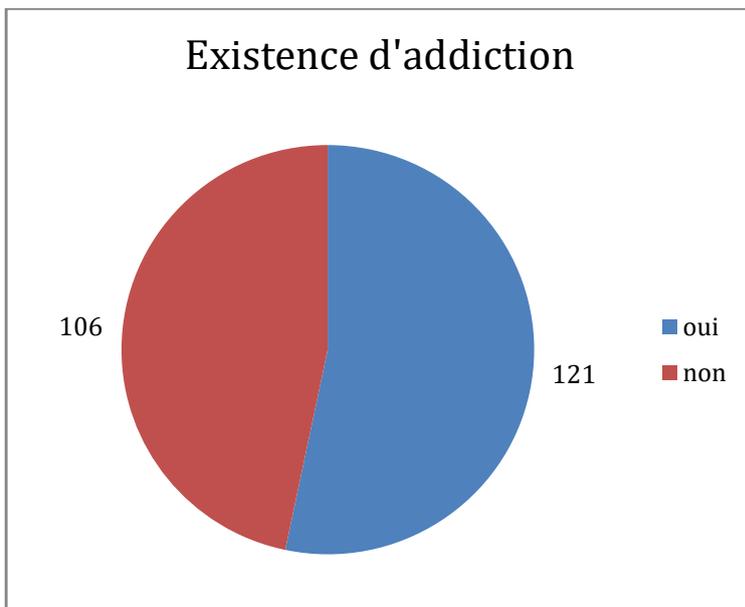
DIU SOIGNER LES SOIGNANTS



Comorbidités addictives

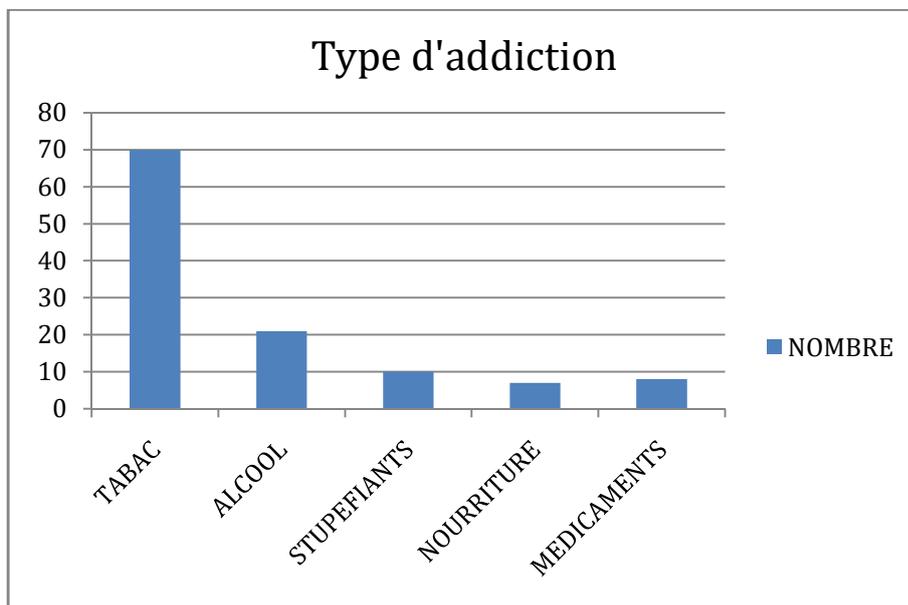
Existence d'Addiction

	Nombre	%
OUI	121	53,30%
NON	106	46,69%



Type d'addictions

Type d'addictions	Nombre	% sur les OUI
Tabac	70	57%
Alcool	21	17%
Stupéfiants	10	8%
Nourriture	7	6%
Médicaments	8	7%
Non renseigné	15	12%

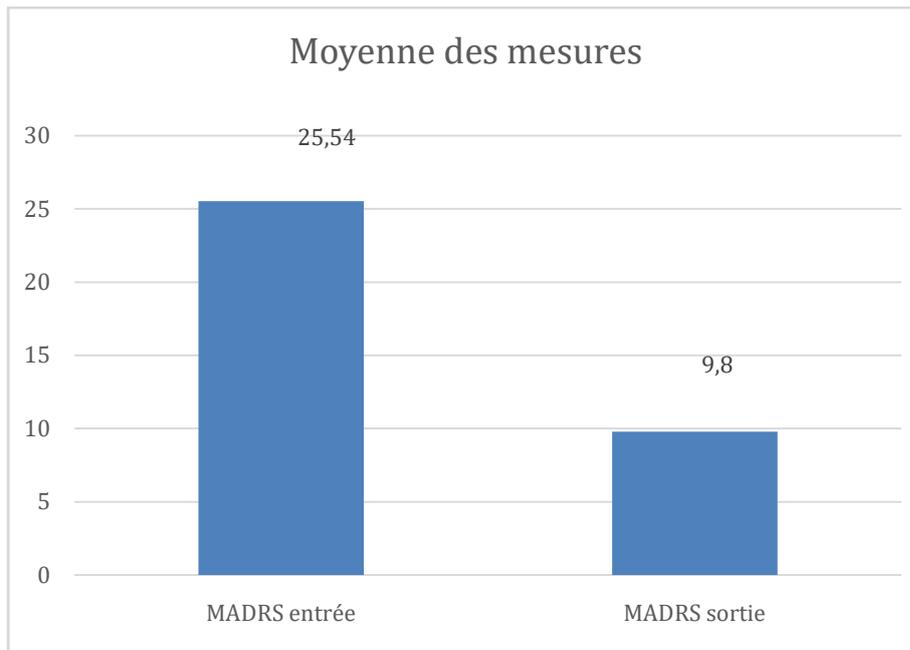


Evaluation anxio-dépressive

Le lendemain de l'arrivée et la veille du départ d'hospitalisation, le psychiatre effectue une évaluation de l'état anxio-dépressif en utilisant l'échelle MADRS (Montgomery-Åsberg Depression Rating Scale), employée pour évaluer la sévérité de la dépression chez des patients souffrant de troubles de l'humeur. Elle est utilisée pour mesurer les changements apportés par le traitement de la dépression.

Indicateurs mesurés	Moyenne des mesures
MADRS entrée	25,54
MADRS sortie	9,8

DIU SOIGNER LES SOIGNANTS



Interprétation des scores :

- de 0 à 6 points : patient sain
- de 7 à 19 points : dépression légère
- de 20 à 34 points : dépression moyenne
- au-delà de 34 points : dépression sévère.

DISCUSSION

Les patients soignants reçus à la clinique sont majoritairement des femmes (à plus de 80%), entre 40 et 60 ans (à 64%). Elles sont le plus souvent infirmières, aides-soignantes, médecins. Cette proportion de 80% de femmes reflète la féminisation des professions de santé. En effet, au niveau national, les chiffres disponibles sont relativement concordants¹, sauf pour les médecins où la proportion femmes/hommes atteint actuellement le taux de 50/50².

De même, les proportions respectives de nos patients soignants de chaque catégorie professionnelle sont assez proches des proportions nationales, selon les chiffres de la DREES³ : les infirmiers et les aides-soignants sont plus nombreux que médecins dans un rapport de 3 à 1. Les médecins de notre file active sont toutefois un peu surreprésentés : rapport de 1 à 2.

Ces premiers constats attestent que notre population de patients soignants hospitalisés reflète correctement la démographie des professionnels de santé, alors que la médiatisation de la souffrance des soignants privilégie souvent les professions médicales. On voit ici que toutes les catégories sont touchées et que toutes sont prises en charge.

D'autres surprises nous attendent à la lecture des résultats. Dans notre file active, les états dépressifs et anxio-dépressifs, les idées suicidaires et tentatives de suicides représentent 64% des motifs d'admission. Or il est admis que l'épuisement professionnel est la première plainte émanant des professionnels de santé⁴. Une enquête de 2015 réalisée par le Centre National des Professions libérales de Santé (CNPS) et l'association Soins aux Professionnels de Santé (SPS) montre que plus d'un praticien sur deux (52 %) se dit concerné par le burn out.⁵

Dans nos résultats, l'épuisement professionnel ne représente que 10% environ des motifs d'hospitalisation des soignants.

Est-ce que l'hospitalisation, en ne concernant que les patients en crise grave, modifierait cette perspective ?

Les motifs d'ordre personnel prendraient-ils le pas sur les raisons d'ordre professionnel ?

Ou bien une aggravation des troubles, au point de nécessiter une hospitalisation, serait-elle le résultat de l'intrication de facteurs personnels et de facteurs professionnel ?

On sait aussi que l'épuisement professionnel peut conduire, s'il n'est pas repéré à temps, à des épisodes dépressifs sévères, des troubles anxieux, des addictions (alcool, médicaments...) des idées suicidaires voire des passages à l'acte suicidaire.

Le diagnostic d'entrée confirme en partie ce tableau : pour près de 55% des patients a été codé un diagnostic de troubles de l'humeur (F30-39 de la classification internationale des

DIU SOIGNER LES SOIGNANTS

maladies CIM10), auxquels s'ajoutent les 2% hospitalisés après une tentative de suicide (Z91.5). Les troubles codés F40-48 forment près de 30% des diagnostics principaux et 21% des diagnostics secondaires : ce sont les troubles dits « névrotiques » dans la classification, dont les troubles de l'adaptation, les plus proches –mais pas exclusivement– de l'épuisement professionnel. La moitié des situations cliniques rencontrées en hospitalisation à l'USPS serait donc en lien avec l'épuisement au travail et le burn out.

En se penchant sur l'histoire de la maladie, c'est dans 43% des situations que la souffrance au travail est évoquée par les patients soignants, ce qui reste moins de la moitié des situations.

La file active de l'USPS de la clinique de Chatillon serait-elle atypique ?

Il serait nécessaire à ce stade de comparer nos résultats à ceux d'autres unités d'hospitalisation pour soignants. Cette année si particulière n'a pas permis d'articuler des visites d'unités à ce travail. Il nous manque donc des données de comparaison.

Mais ces constats nous conduisent à d'autres questionnements.

Ne ferait-on pas abusivement un lien de causalité exclusive entre la souffrance des soignants et le syndrome d'épuisement professionnel, le burn out, caractérisé par ses trois dimensions, épuisement émotionnel, dépersonnalisation de la relation à autrui, réduction de l'accomplissement individuel⁶? On reconnaît l'existence de cette souffrance, de nombreuses études en font état, commandées par la CARMF, l'Ordre de médecins, la HAS, entre autres : fréquence des épisodes dépressifs, des troubles addictifs, sur-risque suicidaire...

Dans son mémoire de Master⁷, extrêmement intéressant, H. Mouftadi interroge : « *Pourquoi un individu dont la vocation était depuis des années de devenir médecin, devient un jour malade en raison de son travail et est sujet au burn out ?* ». De façon parallèle, K. Cuvelier centre le travail de son mémoire de DIU⁸ sur « *la prise en charge de soignants hospitalisés pour un état d'épuisement professionnel* ». Dans son introduction, elle écrit que « *le motif principal des patients soignants hospitalisés ces dernières années est un épuisement professionnel majeur ou burn out professionnel* ». Il n'est pas fait mention d'autres causes d'hospitalisation.

En 2003, P. Canouï écrivait : « *Il y a risque à méconnaître de réelles pathologies psychiatriques qui prendraient le masque d'un burn out et qui prétendraient n'être que cela.* »⁹

Les études françaises concernant le suicide chez les soignants montrent l'absence de spécificité concernant les médecins : « *la rupture affective ou le divorce une fois sur deux, l'addiction (alcool, toxiques, jeu, sexe) avec la même fréquence, les difficultés financières une*

DIU SOIGNER LES SOIGNANTS

fois sur trois, les procédures en cours (...) une fois sur quatre, et les pathologies organiques ou psychique une fois sur cinq, tous ces marqueurs se retrouvent au premier plan dans la population générale. Néanmoins, à marqueurs comparables, la mortalité par suicide des médecins reste deux fois plus élevée. »¹⁰

A ce sujet, une fiche en cinq points, publiée au Canada en 2019, confirme que le suicide est un risque professionnel majeur pour les médecins. Pour le « réussir », ils utilisent les médicaments plus souvent que les non-médecins. Les idées suicidaires apparaîtraient dès l'université. Les contentieux avec les autorités (ordinales, administratives, judiciaires...) seraient un facteur de risque augmenté d'idées suicidaires. Enfin, toujours dans cette étude canadienne, les médecins suicidaires sont confrontés à des difficultés d'accès aux soins spécifiques (manque de temps, peur de la stigmatisation, besoin de confidentialité, peur du regard des confrères).¹¹

Revenons à notre file active : d'autres caractéristiques permettent de mieux cerner les patients soignants hospitalisés. La majorité d'entre eux vit seul (53%), même si 85% ont eu des enfants : ceux-ci ont grandi (l'âge moyen de nos patients est 48 ans). A la vie de famille a succédé la vie solitaire (séparation, divorce, veuvage...) pour plus de la moitié. Les médecins hospitalisés vivent très majoritairement seuls.

Fait notable, on trouve des antécédents psychiatriques dans 76% des situations, dont un sur deux est un épisode dépressif. Voilà qui donne une complexité supplémentaire au tableau. Quelle que soit la cause directe de l'hospitalisation, il existe une fragilité sous-jacente. Dans 7% des antécédents, il y a même eu une tentative de suicide...

Des addictions sont présentes chez plus de la moitié des patients, ce qui est similaire à la plupart des travaux existants : tabac surtout mais aussi alcool, stupéfiants, médicaments.

Le tableau s'est complété : soignantes pour la plupart, autour de la cinquantaine, représentant toutes les catégories professionnelles avec une légère sur-représentation des médecins, ayant eu des enfants mais vivant seuls, ayant déjà traversé des épisodes anxio-dépressifs avant l'épisode actuel et souffrant souvent d'addictions, exprimant une situation de souffrance au travail pour la moitié d'entre eux, ils sont hospitalisés pour des épisodes dépressifs sévères. Leur spécificité : ils travaillent dans une relation d'aide. Vie professionnelle et personnelle retentissent lourdement l'une sur l'autre.

Cela donne vie au « hidden curriculum », notion développée en particulier par E. Galam : « *Comment assumer la souffrance, la mort, la nudité, les demandes légitimes ou pas,*

DIU SOIGNER LES SOIGNANTS

l'impuissance, les tentations ? Comment se positionner face aux maladies, aux malades, aux autres soignants, aux nécessités de se soumettre aux besoins du dispositif de soin, aux injonctions ou, au contraire, aux défaillances de la hiérarchie et des enseignants, au travail parfois acharné ? Comment assumer ses incompétences, ses doutes, ses fragilités, ses contradictions ou autres dilemmes éthiques ? »¹²

Il poursuit : « *Devenir soignant ne relève pas uniquement de connaissances à acquérir mais aussi d'expériences cliniques à vivre et d'identités à assumer. Qu'est-ce qu'un bon soignant ? Quels rituels faut-il respecter pour le devenir et en rester digne ? Comment gère-t-on les difficultés et les zones d'ombre ? (...) Ce « hidden curriculum » n'est pas activement caché mais il n'en reste pas moins implicite» (ibid.)*

Si nous transposons ces réflexions à nos patients soignants de la clinique de Chatillon, nous comprenons que les interactions réciproques entre vie privée et vie professionnelle sont déjà à l'œuvre depuis des années. Ils arrivent en hospitalisation lourdement marqués par la vie.

Une vignette clinique permet d'illustrer notre propos.

Mme V.¹, 58 ans, médecin généraliste libéral, est hospitalisée à la demande d'un confrère psychiatre spécialisé en psychopathologie du travail. En effet, Mme V. l'a consulté après avoir appelé pour des idées suicidaires l'association SPS (Soins aux professionnels de santé) qui l'a ensuite orientée vers ce confrère.

Dans son courrier d'adressage, le confrère décrit « des idées dépressives sévères avec un risque suicidaire ».

La demande est validée par l'un des psychiatres présents le jour de la réception du courrier. La patiente est hospitalisée trois jours après.

Elle est alors en arrêt de travail depuis dix jours.

A l'origine de la décompensation, on retrouve plusieurs événements et facteurs :

- Diagnostic d'un cancer du sein quinze mois auparavant avec traitement chirurgical, chimiothérapique, radiothérapique et hormonal ;
- Décès de son mari dix mois auparavant, emporté rapidement par un cancer de l'œsophage ;
- Surmenage professionnel avec départ de son associé.

¹ L'initiale du nom a été changée.

DIU SOIGNER LES SOIGNANTS

Dans ses antécédents, on note trois épisodes dépressifs réactionnels pour lesquels elle a consulté et été traitée par antidépresseurs. Elle ne souffre pas d'addiction. Elle déclare un médecin traitant.

Elle a un fils de 22 ans qui poursuit ses études.

Quelques mois après la mort de son mari, elle a repris le travail et s'est trouvée en difficulté.

A son arrivée à la clinique, on note une souffrance morale majeure et un grand besoin de verbaliser cette souffrance. Elle exprime des idées suicidaires non scénarisées comme solution pour que la souffrance s'arrête. La MADRS est cotée à 38.

Les premiers jours, elle dit qu'elle ne se sent pas à sa place, il lui est difficile de « prendre la place d'un patient ». Elle a du mal à accepter d'être « de l'autre côté ».

Elle décrit son rapport au travail ainsi : depuis plusieurs années, elle n'est pas bien dans son travail, elle se sent comme une éponge, elle absorbe toutes les émotions. Les derniers temps, elle ne faisait plus sa comptabilité.

Elle parle de la mort de son mari et exprime sa colère contre les oncologues qui ne l'ont pas suffisamment protégé de la souffrance physique. Elle décrit son impuissance d'être présente comme épouse et non comme médecin. Elle en a ressenti de la culpabilité.

A propos de son propre cancer, elle exprime le sentiment d'avoir été déshumanisée par la prise en charge de certains médecins.

Ces expériences l'ont aussi marquée dans l'accompagnement de ses patients avec qui il devient difficile de maintenir « une distance soignante ». Elle commence à évoquer qu'elle pourrait ne pas reprendre son activité professionnelle.

Quelques semaines après son arrivée, elle manifeste à plusieurs reprises de la contrariété et de la colère vis-à-vis de la prise en charge et de ses contraintes (planning, séances ratées etc.). Il persiste des ruminations anxieuses mais les idées suicidaires ont disparu.

Le travail de deuil vis-à-vis de la mort de son mari se poursuit. Elle remet en question sa propre posture de « pilier familial ».

Deux mois après son arrivée (le début du confinement a reporté sa sortie), sa réflexion, en parallèle du travail de deuil, s'oriente sur l'aspect professionnel de sa vie. Elle décrit un conflit éthique entre sa vision de la médecine et les conditions/exigences actuelles dans lesquelles celle-ci doit s'exercer. Elle personnalise sa réflexion en disant sa difficulté à se situer entre empathie et affectivité, son refus que « les patients soient

des numéros ». Elle exprime aussi de la culpabilité pour ne pas être au travail pendant la pandémie du Covid19, elle se décrit comme « une déserteuse en temps de guerre ». Elle prépare sa sortie en interrogeant la poursuite ou non de son exercice professionnel.

Tous les intervenants (psychologues, art-thérapeute, éducateurs d'activités physiques adaptées, équipe infirmière) soulignent la force de son implication dans le travail psychique. Elle-même estime qu'elle a beaucoup avancé « dans le travail de deuil de son mari, de sa profession, de son cancer ». Elle désire poursuivre sa prise en charge en ambulatoire et demande à venir en hôpital de jour. La MADRS de sortie est cotée à 3.

Elle sort avec une ordonnance médicamenteuse, un arrêt de travail, un rendez-vous psychiatrique et un suivi en hôpital de jour.

Cette vignette illustre pleinement les propos de E. Feldman : « *Des études ont montré la 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 doute aussi d'une expérience douloureuse ancienne, personnelle ou affective? Expérience de la maladie pour soi-même ou pour un proche...* »¹³

Nous voyons à quel point l'intrication des deux histoires rend l'exercice professionnel douloureux et périlleux, pour soi, pour les autres : expression chez Mme V. de la colère contre le cadre de soin, les contraintes de l'hospitalisation mais aussi écho de la colère contre ceux qui ont soigné son mari et ne l'ont pas empêché de souffrir, colère contre sa propre impuissance. Elle a expérimenté dans sa propre chair (elle en parle peu) et dans la chair de son mari la situation de dépendance aux autres où nous met la maladie : « *Les patients souffrent. Comme leur nom l'indique. Ils souffrent d'être malades, mais aussi de leurs conditions de vie, de la situation économique et parfois du comportement de certains soignants, de certaines institutions.* »¹⁴

Mme V. est prise en tenailles entre son idéal et les failles qui s'élargissent dans sa vie : souffrance, colère, honte, culpabilité. Elle décrit un « *conflit éthique* », une difficulté à trouver la bonne distance « *entre empathie et affectivité* ».

« *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.* »¹⁵

DIU SOIGNER LES SOIGNANTS

E. Galam écrit que « *la gestion de l'imperfection et celle de l'implication* »¹⁶ sont essentielles pour transformer une personne en médecin. Pour Mme V., madame le docteur V., on perçoit que tout est allé trop loin à ce moment-là de sa vie. Les ajustements de l'idéal –accepter l'imperfection et mettre une limite à l'implication– nécessaires dans une vie de soignant, ne sont plus possibles : l'idéal a longtemps été trop exigeant, voire tyrannique, puis les épreuves de la vie trop brutales et destructrices.

Cependant, ce long temps d'hospitalisation lui a permis de parler, d'exprimer sa douleur de femme et d'épouse, de médecin, son impuissance et sa colère et de les apaiser progressivement, partiellement au moins. Cette hospitalisation l'a aidée à renouer avec le désir de vivre.

En effet, nos patients soignants ont besoin de parler. Besoin d'exposer à d'autres, des pairs, des confrères, les ressorts de leur souffrance. Besoin de les identifier. Besoin de les lier, les relier, les associer. Pour eux qui ont beaucoup écouté, beaucoup tenu, beaucoup retenu, des vanes doivent se lever et c'est à cela que nous avons à les aider. Car ils ne parlent pas d'emblée. Ils commencent par se demander ce qu'ils font là, ils souffrent d'un cadre qu'ils n'ont vécu jusque-là que de l'autre côté et se rendent compte des contraintes et des frustrations régulièrement vécues par les patients « ordinaires ». Un relatif assouplissement de ces contraintes peut être nécessaire compte tenu de la souffrance particulière qu'elles suscitent, tout en restant vigilant à préserver le cadre de soin.

On perçoit fréquemment la présence d'idéaux ou d'exigences vis-à-vis de soi-même élevés chez nos patients. Ils sont souvent peu négociables ou alors s'effondrent en laissant culpabilité et dégoût de soi et des autres. « *Être malade, est en quelque sorte une défaillance par rapport à l'image du soignant, presque une transgression(...)* » (*ibid.*) Favoriser un assouplissement de ces idéaux et exigences est une des conditions de la guérison.

En effet, aller mal fragilise la relation d'aide et déstabilise la perception du soignant quant à sa compétence à soigner l'autre. Cela amplifie l'intensité de l'épisode anxio-dépressif. On peut alors assister à de graves décompensations.

En développant le concept de « deuxième victime », Galam envisage les médecins (soignants) malades, en burn out ou impliqués dans une erreur médicale et cite Christensen : « *l'abord des deuxièmes victimes s'apparente à un voyage dans les bas-fonds de la médecine habités de honte, de peur et d'isolement mais qui permettra cependant, en sortant la médecine du fardeau de la perfection, de l'aider à être plus humble, plus humaine, plus éclairée et plus puissante dans son potentiel de soin* ». (*ibid.*)

DIU SOIGNER LES SOIGNANTS

C'est à cette prise en charge particulière que nous travaillons, en privilégiant le travail clinique en équipe : tous les jours, après le tour médical du matin, l'équipe se réunit, psychologues, art-thérapeute, éducateurs d'activités physiques adaptées, infirmières, aides-soignantes et psychiatres. En exprimant les difficultés rencontrées dans les prises en charge de nos patients soignants, en échangeant nos observations cliniques, en réajustant si besoin les projets de soins, nous mettons en œuvre une démarche de soins pluridisciplinaire et nous prévenons aussi nos propres risques au travail.

Nous proposons une vision intégrative du soin psychique, psychodynamique aussi bien que cognitive et comportementale, et faisant la part belle aux soins psychocorporels.

Des ateliers et groupes thérapeutiques sont réservés aux patients soignants afin qu'ils puissent aborder les problématiques spécifiques de la relation d'aide.

Nous espérons pouvoir mettre en place une supervision d'équipe.

CONCLUSION

Nous avons conscience que les résultats de ce travail se situent en marge des pistes de réflexion actuelles sur la souffrance des soignants qui serait intimement et très majoritairement liée à l'épuisement professionnel. Mais le contexte de l'hospitalisation à temps complet modifie certainement le profil général des patients soignants hospitalisés. Comme nous l'avons vu, il serait intéressant de comparer ces résultats à ceux des autres USPS : Belle Rive (30), Les Orchidées (95), Le Gouz (71) ... Nous pourrions ainsi vérifier si les caractéristiques relevées à Chatillon se retrouvent dans la file active des autres unités.

Il existe d'autres limites à ce travail : il manque des informations comme le MBI (Maslach Burn Out Inventory) utilisé dans les démarches de diagnostic et de prévention du stress et des risques psychosociaux. Cette échelle permet l'évaluation de l'atteinte psychologique au travail. Nous devrions la faire passer de façon systématique aux patients soignants pour étayer nos constats. Les notions d'existence d'un médecin traitant et d'identification de l'adresseur seraient également des compléments utiles.

Cela sera l'occasion d'un travail ultérieur qui permettra de vérifier et compléter nos observations actuelles.

Devant la souffrance des soignants et leur vulnérabilité particulière, on se prend à imaginer ce qui pourrait en limiter la survenue. Si les soigner est nécessaire, les prévenir serait mieux.

Outre le développement des réseaux de soutien, des consultations spécialisées et des USPS, renforcer les dispositifs prévenant les souffrances au travail et permettant un meilleur épanouissement au travail doit se réfléchir à toutes les étapes de la vie professionnelle (groupes Balint, analyses de la pratique et supervisions) et, en particulier, dès le début de la formation.

Les formations initiales devraient donner l'occasion aux étudiants, à travers des modules spécifiques, d'apprendre à se connaître, à identifier leurs motivations et leurs émotions mais également leurs limites et leurs craintes afin d'augmenter leur chance d'un exercice professionnel moins souffrant.

RESUME

La reconnaissance progressive de la souffrance des soignants a permis la mise en place de réseaux d'entraide et plus récemment d'unités d'hospitalisation dédiées. L'unité pour soignants de la clinique de Chatillon (Ain) a ouvert en mai 2018. Deux ans d'exercice permettent de faire un point d'étape.

Qui sont les soignants qui ont recours à une hospitalisation en psychiatrie ? Peut-on dire que leur souffrance est due au travail ?

Nous avons extrait les 228 séjours de soignants entre mai 2018 et mai 2020 et rechercher les caractéristiques des séjours et des patients.

Ce sont très majoritairement des soignantes dont l'âge moyen est 48 ans. Les professions les plus représentées sont par ordre décroissant : infirmières, aides-soignantes puis médecins.

Plus de la moitié vit seule, même si 85% d'entre elles ont des enfants. Elles viennent majoritairement de l'Ain, du Rhône et de la Haute-Savoie. Le motif d'hospitalisation invoqué par l'adresseur est en premier la dépression, devant l'épuisement professionnel. Les diagnostics principaux des séjours sont pour 55% les troubles de l'humeur et pour 30% les troubles anxieux ou liés au stress. Dans l'histoire de la maladie, l'expression de la souffrance au travail est présente dans 43% des situations. On note fréquemment des antécédents psychiatriques et une problématique addictive (tabac en premier lieu puis alcool, stupéfiants, médicaments).

En considérant les résultats, on constate que la souffrance des soignants dépasse le cadre de leur travail, même si elle exprime aussi les difficultés de l'expérience professionnelle. La solitude dans la vie privée et les antécédents psychiatriques dessinent un portrait où domine la fragilité psychique.

La prise en charge doit tenir compte de ces éléments et de la réticence des soignants à « passer de l'autre côté ».

Mots clés :

Souffrance des soignants - Epuisement professionnel – Hospitalisation des soignants

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES :

-
- ¹ Bachelet M. et Anguis M. Les médecins d'ici à 2040 : une population plus jeune, plus féminisée et plus souvent salariée, *Études et Résultats*, 2017 ; 1011, Drees, mai.
- ² Bessière S. La féminisation des professions de santé en France : données de cadrage *Revue française des affaires sociales* 2005/1, pages 17 à 33
- ³ Effectifs 2018 (DREES) médecins : 226 219, infirmiers 700 988, aides-soignants et ASH : 740 000
- ⁴ Niederberger M. Fatigue de compassion des soignants, Mémoire de fin DIU « Soigner les soignants » 2018-2019
- ⁵ Bayle-Iniguez A. Enquête édifiante du CNPS : un médecin sur deux se dit concerné par le burn out, *Quotidien du Médecin* 18 janvier 2016 n°9463
- ⁶ Echelle de Maslach Burnout Inventory (MBI) utilisée dans les démarches de diagnostic et de prévention du stress et des risques psychosociaux
- ⁷ Mouftadi H. Le burn out du patient-médecin, Mémoire Executive Master, Sciences Po, Gestion et Politiques de Santé, promotion 2017-2018
- ⁸ Cuvelier K. Prise en charge au sein de la clinique des Orchidées (95) de soignants hospitalisés pour un état d'épuisement professionnel, Mémoire de fin DIU « Soigner les soignants » 2018-2019
- ⁹ Canouï P. La souffrance des soignants : un risque humain, des enjeux éthiques, *Médecine et Hygiène* 2003/2 ; vol. 8 : 101-104
- ¹⁰ Léopold Y. Suicide et souffrance du médecin, *Médecine* 2015 ; 11 : 391-393
- ¹¹ Albuquerque J. and Tulk S. Physician suicide *CMAJ* May 06, 2019 191 (18) E505; DOI: <https://doi.org/10.1503/cmaj.181687>, cité par Drogou I. *Quotidien du médecin* 09/05/2019
- ¹² Galam E. Soigner les soignants La formation implicite des médecins et leurs fragilités, *Médecine* 2015 ; 11 : 288-290
- ¹³ Feldman E. Le burn out des soignants <https://cdn.uclouvain.be/public> avril 2013
- ¹⁴ Wincler M. Patients et soignants : qui souffre et qui fait souffrir ? Blog « l'école des soignants » Juin 2016 <https://ecoledessoignants.blogspot.com/2016/06/patients-et-soignants-qui-souffre-et.html>
- ¹⁵ Galam E. Prendre soin de ceux qui nous soignent : une stratégie nationale et un investissement de chacun dans la durée, *Médecine* 2017 ; 9 : 293-296
- ¹⁶ Galam E. Soigner les soignants La formation implicite des médecins et leurs fragilités, *Médecine* 2015 ; 11 : 288-290