

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 26 novembre 2021

Par le Docteur Livia STURZU

PROFIL ET PSYCHOPATHOLOGIE DES SOIGNANTS

CONSULTANT EN PSYCHIATRIE DE VILLE

*Analyse descriptive et qualitative de 31 soignants-patients reçus en
consultation*

Membres du jury :

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

Année 2021

PROFIL ET PSYCHOPATHOLOGIE DES SOIGNANTS CONSULTANT EN PSYCHIATRIE DE VILLE

Analyse descriptive et qualitative de 31 soignants-patients reçus en consultation

Livia STURZU

RESUME : Introduction : Les dernières études rapportent une prévalence plus élevée des maladies mentales chez les soignants par rapport à la population générale, une réticence à consulter voire une absence de sollicitation des structures de soins spécialisées en santé mentale. **L'objectif** de l'étude est de faire un état des lieux de la santé mentale des soignants et de ses déterminants. **Méthode :** Analyse descriptive, qualitative et rétrospective de 31 dossiers de soignants reçus en consultation, en psychiatrie de ville, dans une maison de santé en Moselle. **Résultats :** Les sujets étaient majoritairement des femmes, 72.4%(n=23), âgés en moyenne de 38.4 ans. Le secteur d'exercice était essentiellement hospitalier 87.1%(n=27). Pour 64.5%(n=20) des sujets il s'agissait d'une première consultation en santé mentale, le recours aux soins se faisant en moyenne à 11.2 mois après le début des symptômes. Les obstacles à l'accès aux soins étaient la peur de stigmatisation et le déni des troubles. Les principaux diagnostics retenus étaient : trouble anxieux généralisé pour 36.4%(n=11), trouble dépressif caractérisé pour 31.8%(n=10) et trouble de stress post-traumatique dans 13.6%(n=4). 45.1%(n=14) présentaient des troubles du sommeil et 19.3%(n=6) des comorbidités addictologiques. **Conclusion :** Cette analyse objective un retard d'accès aux services de santé mentale pour les soignants. La mise en place des dispositifs de soins extrahospitaliers dédiés permettra d'assurer une prise en charge précoce ainsi que de diminuer l'absentéisme et les comorbidités.

Mots-clés : psychopathologie-dépression-anxiété-accès aux soins-soins aux soignants

TABLE DE MATIERES

INTRODUCTION	4
MATERIEL ET METHODE	7
<i>OBJECTIF</i>	7
<i>METHODE</i>	7
RESULTATS	8
<i>DONNEES SOCIODEMOGRAPHIQUES</i> :.....	8
<i>DONNEES LIEES A LA DEMARCHE DE SOINS</i> :.....	9
DISCUSSION	11
<i>LE SOIGNANT FACE A LA CHARGE DE TRAVAIL</i>	11
<i>LE SOIGNANT ET L'AUTOMEDICATION</i>	12
<i>LE SOIGNANT ET LES FREINS D'ACCES AUX SOINS</i>	13
<i>LE SOIGNANT ET LA MALADIE MENTALE</i>	14
PERSPECTIVES	16
LIMITES	17
CONCLUSION	17
BIBLIOGRAPHIE	19

INTRODUCTION

« Si toutes les connaissances et les conseils sur la façon de vaincre l'épuisement professionnel pouvaient être résumés en un mot, ce mot serait équilibre : équilibre entre donner et recevoir, équilibre entre stress et calme, équilibre entre travail et vie personnelle. »(1)

La souffrance psychologique des soignants trouve en partie ses racines dans l'organisation du système sanitaire. Un autre facteur qui ressort régulièrement des études est la pression exercée par les patients qui augmente au fur et à mesure des années du fait de l'accès à l'information mais aussi de la judiciarisation de la médecine.

Réceptacle de la douleur, le soignant prend difficilement soin de soi et fait appel tardivement et rarement aux structures de soins. Près de 40 % des médecins déclarent être réticents à consulter un médecin pour un problème de santé mentale en raison de la crainte de répercussions sur leur exercice.(2) De manière alarmante, même avant COVID-19, l'épuisement professionnel et la dépression étaient plus fréquents chez les professionnels de santé que dans la population générale, touchant 28,8 % des internes en formation(3), 13 % à 20% des médecins, et environ 15 % à 30 % des étudiants en médecine.(4) Les taux de suicide sont également plus élevés dans ces groupes.(5) L'impact de la pandémie est susceptible d'exacerber ces problèmes et pourrait continuer à se faire sentir pendant de nombreuses années.

Au niveau mondial on évoque souvent une certaine fragilité liée au métier de soignant. L'exposition à ces situations de travail peut être responsable de l'apparition de troubles anxiodépressifs, d'épuisement professionnel ou burnout. Les chercheurs rapportent que les professionnels les plus touchés par le suicide sont ceux du domaine de la « santé et de l'action sociale » avec une incidence chiffrée à 34,3 pour 100 000, contre 3,34 pour 100 000 dans la population générale française masculine du même âge.(6) Plusieurs études, réalisées notamment par l'Ordre des Médecins, suggèrent que près de 8 % des décès des médecins en activité seraient dus à un suicide, soit deux fois plus que pour la population générale.(7) A l'initiative de l'ISNI (Intersyndicale Nationale des Internes), des enquêtes nationales sont

organisées annuellement. Pour l'année 2021, 39 % des sujets interrogés souffrent de symptômes dépressifs, 75 % de symptômes anxieux, contre 27,7 % et 62,2 % dans la première enquête datant de 2017.(8)

La Haute Autorité de Santé souligne que la souffrance psychique causée ou aggravée par le travail représente le deuxième groupe de maladies professionnelles décrit dans la population active française.(7)

La négligence concernant leur propre état de santé de la part des professionnels du soin est un obstacle majeur à la mise en place des mesures de prévention du syndrome de burnout.(9)

Pendant la pandémie, des dispositifs de soutien psychologique ont été mis en place pour les soignants.(10) Les retours d'expérience décrivent une réticence, voire l'absence de sollicitation des cellules d'écoute en période de crise sanitaire. Une des explications est l'absence de reconnaissance de la hiérarchie et le manque d'instauration de mesures concrètes telles que l'aménagements de salles de repos, la facilitation de la logistique du quotidien, et la possibilité d'avoir des loisirs ou des moments de détente. On estime pourtant ces mesures plus adaptées aux besoins des soignants qu'un soutien psychologique.(10)

Ces derniers deux ans, le personnel soignant a été mis à rude épreuve car souvent directement impliqué dans la prise en charge des patients COVID-19 depuis le début de la pandémie. En s'appuyant sur les expériences des travailleurs de la santé, divers facteurs de risque pour la santé mentale ont été identifiés. Des mesures individuelles et collectives ont été mises en place, destinées à promouvoir et renforcer les stratégies d'adaptation au stress et réduire la charge cognitive et émotionnelle intense à laquelle les soignants sont exposés. Le degré de souffrance psychologique s'avère particulièrement inquiétant chez les soignants.(11)

En France, une étude réalisée en 2020 en soins intensifs objectivait une prévalence des symptômes d'anxiété, de dépression et de dissociation péri traumatique de respectivement 50,4 %, 30,4 % et 32 %, les taux les plus élevés étant observés chez les infirmières.(12)

Au-delà de souligner l'ampleur d'un « nouveau mal du siècle », il s'agit maintenant d'en décrire les mécanismes et de proposer des interventions précoces dirigées vers les soignants. Le management et la prévention des risques psychosociaux peuvent être des pistes, pour

l'instant sous-estimées dans cette profession, mais aussi l'aménagement du temps d'échanges entre pairs pour protéger contre les risques de dépression et de burnout.(13)Des techniques de pleine conscience, des thérapies cognitivo-comportementales, ou l'apprentissage de méthodes permettant d'améliorer la communication interpersonnelle peuvent également être proposées.

Fournir une telle assistance aux travailleurs de la santé nécessite de comprendre leur état de bien-être mental, les facteurs associés aux symptômes de santé mentale et la manière dont ces résultats et ces facteurs varient dans le temps et dans les pays.

Se trouver en situation de vulnérabilité reste stigmatisant pour le soignant, qui est peu coutumier de la demande d'aide lorsqu'il s'agit de lui-même. A l'heure actuelle, il n'existe pas, en France, de procédure particulière de dépistage, et seulement quelques structures destinées spécifiquement aux soignants souffrant d'un trouble psychiatrique.

Dans le cadre de mon activité de psychiatre libéral, j'ai été amenée à rencontrer 31 patients-soignants souffrant de troubles psychiques. Je me suis interrogée sur le parcours de soins de ces patients ainsi que sur les principaux freins à l'accès aux soins. L'hypothèse de cette recherche est que les patients-soignants consultent tardivement et que la compliance aux soins est précaire. Cette étude se propose donc de décrire le parcours et les circonstances de l'accès aux soins psychiatriques chez des patients-soignants.

Les résultats permettront d'améliorer le niveau de connaissance du profil de ces patients et d'imaginer des mesures préventives adaptées. La mise en place des groupes de parole inter-soignant, en dehors du cadre hospitalier, créent les conditions d'un partage d'émotions entre professionnels et sont l'occasion d'assurer un soutien psychologique qui privilégie l'écoute à la réassurance, légitime l'état émotionnel, aide à différencier stress perçu et compétences réelles, repère pour relayer les besoins exprimés et propose des créneaux d'apprentissage de techniques de gestion du stress.

MATERIEL ET METHODE

Objectif

L'objectif principal de notre étude a été de décrire le profil sociodémographique et professionnel des soignants ayant consulté en psychiatrie de ville entre juin 2021 et octobre 2021. Dans les objectifs secondaires nous avons souhaité identifier les psychopathologies les plus fréquentes dans cet échantillon de population et les principaux freins d'accès aux soins.

Méthode

Nous avons réalisé une étude descriptive, observationnelle et transversale ciblant les soignants ayant consulté dans un cabinet de psychiatrie de ville du département Moselle. Nous avons sélectionné une série de 31 dossiers après avoir préalablement demandé l'accord des participants. Les données ont été regroupées dans un tableau Excel et soigneusement anonymisées.

Nous avons retenu comme critère d'inclusion : intervenir comme infirmier, cadre de santé, médecin ou interne dans le secteur hospitalier et/ou libéral et avoir déjà bénéficié d'au moins 3 entretiens psychiatriques en psychiatrie de ville entre le mois de juin 2021 et octobre 2021. Les 3 entretiens ont été jugés comme nécessaires pour permettre de remplir l'échelle Maslach Burnout Inventory-Human Services Survey (MBI-HSS) et les échelles psychométriques permettant de porter un diagnostic psychopathologique selon le DSM V.

L'épuisement professionnel a été mesuré à l'aide de la version française de l'échelle Maslach Burnout Inventory-Human Services Survey (MBI-HSS) 22 items, qui a été formellement validée et utilisée dans des études antérieures.⁽¹⁴⁾L'instrument comprend 22 items, qui sont divisés en trois sous-échelles : épuisement émotionnel (EE, 9 items destinés à mesurer l'épuisement émotionnel, plage de score possible de 0 à 54), dépersonnalisation (DP, 5 items destinés à mesurer les perceptions d'impersonnel, de non-appréciation réponses d'autres personnes pour fournir des services ou de l'aide, plage de scores possible de 0 à 30),

accomplissement personnel (PA, 8 éléments, mesure des perceptions de compétence et de réussite scolaire et professionnelle, plage de scores possible de 0 à 48).

Un niveau élevé d'épuisement émotionnel est défini par un score >27 , et un niveau élevé de dépersonnalisation est défini par un score >13 . Un faible accomplissement personnel est défini comme un score <31 .(14) Un burnout élevé a été défini comme un score élevé sur la sous-échelle d'épuisement émotionnel, un score élevé sur la sous-échelle de dépersonnalisation et un faible score d'accomplissement personnel. Les scores au sein des domaines individuels d'épuisement professionnel ont été utilisés à la fois comme variables continues et classés en scores faibles, intermédiaires et élevés en utilisant les seuils suggérés par Maslach et al.(14)

L'analyse descriptive des données, les pourcentages et les écarts types ont été calculés à l'aide du logiciel Microsoft Excel © version 2021.

RESULTATS

Données sociodémographiques :

Personnelles :

Nous avons inclus 31 dossiers des patients soignants (n= 31). 72.4%(n=23) étaient des femmes et 25.8% (n= 8) étaient des hommes. La moyenne d'âge de l'échantillon étudié était de 38.4 (DS= 6.8, 27-56). Les sujets étaient majoritairement mariés/en couple (77.5%, n=24). 19.4% étaient célibataires et 3,2% veufs. Dans la population étudiée, 64.5% (n =20) avaient des enfants.

Professionnelles :

Les professionnels de santé inclus exerçaient majoritairement en secteur hospitalier 87.1%(n=27) et seulement 12.9%(n=4) avaient une activité libérale. A noter que parmi les hospitaliers, 14.8% (n=4) exerçaient une activité mixte. 40.9% (n=13) étaient des IDE tant que 54.8% (n=17) étaient des médecins, dont 9,1% (n=3) des internes en médecine et 45,7% (n=14) des praticiens. Un seul patient (4,3%) était cadre de santé.

Concernant le secteur d'activité, 48.4%(n=15) étaient attachés à un service de médecine intra-hospitalier et 38.7%(n=12) exerçaient leurs fonctions dans un service d'accueil des urgences.

La durée moyenne d'exercice était estimée à 14.3 ans (DS=9.2, 4-35). Nous observons une distribution différente de la durée d'exercice en fonction de la profession des sujets, soit 21.8 ans (DS=8.13, 12-35) pour les IDE et 8.1 ans (DS=4.17, 4-20) pour les médecins. Le même phénomène est remarqué concernant la charge de travail – le personnel soignant non médical estime une moyenne de 32.8 (DS=2.8, 28-35) heures de travail par semaine, tant que les médecins estiment 60.8 (DS=10.8, 45-80) heures de travail hebdomadaire.

Données liées à la démarche de soins :

Pour la majorité des sujets (64.5%, n=20) il s'agissait d'un premier contact avec un professionnel de santé mentale. Il n'y avait pas de variation statistiquement significative de cette valeur en fonction des paramètres sociodémographiques ou professionnelles.

L'intervalle entre l'apparition des premiers symptômes et le premier contact avec un professionnel de santé est de 11.2 mois (DS=5,23, 0.5-24). Cette durée d'attente est homogène dans les groupes professionnels et ne varie pas de façon significative en fonction du sexe, de l'âge ou de l'état civil des patients.

Les principaux diagnostics retenus ont été : trouble anxieux généralisé pour 36.4%(n=11), trouble dépressif caractérisé pour 31.8%(n=10) et le trouble de stress post-traumatique dans 13.6%(n=4). 45,1% des sujets de l'échantillon sélectionné présentaient des troubles du sommeil non- organiques. Le diagnostic de trouble obsessionnel compulsif a été retenu pour un patient. Au total, trois patients rapportaient des comorbidités addictologiques: deux troubles liés à l'usage de l'alcool et un trouble lié à l'usage de cannabis.

Nous avons objectivé une association significative entre le diagnostic de trouble dépressif caractérisé et la profession de médecin (OR=3.5, IC 95=0.43-28.4, p=0.24). En revanche, le diagnostic de trouble anxieux généralisé était plus fréquent parmi les patients soignants infirmiers (OR=2.5, IC 95= 0.3-19.5, p=0.3). Parmi les 3 internes de spécialité bénéficiant d'un suivi, un seul diagnostic, de trouble anxieux généralisé a été retenu.

Dans l'échantillon étudié, 61,9%(n=19) des soignants ont réuni les critères de diagnostic pour un burnout, dont 66%(n=11) étaient des médecins.

A l'occasion de la première consultation de spécialité, 32%(n=11) patients soignants bénéficiaient préalablement d'un arrêt de travail. A noter que le diagnostic de trouble de stress posttraumatique était systématiquement associé à une mesure d'arrêt de travail. La durée moyenne d'arrêt de travail était estimée à 14 semaines (DS=9, 2-32).

Seulement 8% (1/12) des soignants intervenant dans un service d'accueil des urgences étaient en arrêt de travail à l'occasion de la première consultation de spécialité (OR= 0.14, IC 95=0.01-1.63, p=0.1).

Sur le plan de la prise en charge pharmacologique, 74.1%(n=23) bénéficiaient d'un traitement psychotrope au premier contact avec le psychiatre. A noter que tous les professionnels de santé infirmiers bénéficiaient d'un traitement psychotrope par rapport à 50% des médecins. La classe pharmacologique utilisée la plus fréquemment était la classe des antidépresseurs (45.5%) suivies d'anxiolytiques et hypno inducteurs. Pour 45%(n=14) le traitement avait été instauré avant la première consultation de spécialité, majoritairement à l'occasion d'une « consultation de couloir ».

Les principaux freins à l'accès aux soins rapportés ont été la peur d'être stigmatisé et le manque d'accès aux soins en proportions égales (35,5% n=11) et le déni des troubles (n=9). Il n'y a pas de différence statistiquement significative par rapport aux motifs entre les médecins et le personnel infirmier. Néanmoins, le manque d'accès aux soins est le facteur principal invoqué par tous les internes en médecine(n=3) inclus dans l'étude.

À la suite de la prise en charge psychiatrique, un diagnostic de syndrome de burnout a été retenu chez 64,5% des patients (n=20). Ce diagnostic est fortement associé au trouble dépressif caractérisé (OR=8,4, IC95= 0.75 -93.34, p=0,08) et à l'exercice dans un Service d'Accueil des Urgences (OR= 3, IC95=0,44-20,31, p=0,2). Parmi les médecins de notre groupe, 80 % ont reçu ce diagnostic associé, par rapport à 50% des infirmiers.

Concomitamment, nous remarquons une différence nette entre le temps d'attente entre l'apparition des symptômes et la première présentation chez le psychiatre des sujets ayant reçu

un diagnostic associé de burnout (m=12.6 mois, DS = 5, 6-24) et ceux qui n'en ont pas reçu un (m = 8.6 mois, DS=3.5, 6-18) avec une différence nette des moyennes de 4 mois d'attente. Ce résultat n'est pas modifié de façon significative en fonction de la profession ou des freins à l'accès aux soins rapportés dans notre groupe.

DISCUSSION

Les soignants ne sont pas à l'abri des risques psychosociaux et peuvent être confrontés à des obstacles particuliers pour les soigner. Le « soin pour soi » n'est pas un sujet généralement inclus dans le cadre de la formation professionnelle, ni un sujet facilement pris en considération dans la pratique professionnelle. Cependant, les soignants payent le tribut de la négligence de soi qui peut avoir des conséquences tragiques.

Dans certains domaines, en particulier les taux de suicide, les médecins sont plus vulnérables et dans d'autres domaines, les problèmes peuvent être méconnus (dépression, toxicomanie, problèmes conjugaux et autres problèmes liés au stress).(15)

Chaque patient est différent. Mais quelles sont les spécificités d'un patient soignant ? La perte de contrôle qui accompagne la maladie, et la perte de contrôle supplémentaire due au fait d'être dans un environnement inconnu est difficile pour tout patient. Cela peut être un défi pour les professionnels de santé qui se retrouvent soudainement «de l'autre côté » dans un environnement clinique ou hospitalier où ils connaissent non seulement les règles, mais sont également habitués à être en charge. Malgré des niveaux importants de détresse psychologique, les médecins sont moins susceptibles que la population générale de demander un traitement en santé mentale.(16) Comparé à la population générale, les soignants évoquent le plus souvent des obstacles qui comprennent les contraintes de temps, la réticence à attirer l'attention sur la faiblesse auto-perçue et les préoccupations concernant leur réputation et leur confidentialité.

Le soignant face à la charge de travail

Le rapport entre la charge de travail et le risque de développement d'une maladie mentale est largement reconnu.(17) Le lien avec le développement d'un burnout a également été statué.(18-21). Dans notre étude une charge de travail supérieure à 60h par semaine était

associée à des troubles du sommeil sévères et au burnout ce qui est en accord avec les publications internationales.(22, 23)

Le soignant et l'automédication

Les soignants perçoivent que les patients et leurs collègues associent une bonne santé à la compétence professionnelle et, par conséquent ils se sentent obligés de présenter un extérieur sain tout en étant conscients de leur vulnérabilité.(24) Une étude menée auprès d'internes a indiqué que lorsqu'on les interroge sur des scénarios dans lesquels des pairs présentaient une dépression sévère ou une addiction, ils préféreraient ne pas informer l'administration de la faculté de médecine. (25) On pourrait statuer qu'une certaine empathie de groupe se met en place, en s'identifiant trop à des collègues en difficulté ce qui génère une inertie face aux conséquences potentiellement dramatiques. D'autres peuvent craindre de mettre en péril les moyens de subsistance d'un collègue en attirant l'attention sur une maladie qui pourrait être interprétée comme remettant en question leur compétence à pratiquer. D'autres peuvent craindre d'être considérés comme un lanceur d'alerte sur un collègue de travail.

Dans notre étude 87,1% des sujets avait déjà eu recours à l'automédication, données en accord avec les résultats des publications internationales qui mettaient en évidence une tendance à l'automédication avec jusqu'à 94% des professionnels de santé jugeant l'automédication comme une possibilité acceptable.(26) Des recherches récentes sur l'épuisement professionnel et les erreurs médicales chez les professionnels de la santé suggèrent que l'utilisation généralisée de comportements d'automédication peut exacerber négativement la relation entre le stress et la performance.(27)

Dans notre étude, 74.1% des soignants bénéficiaient d'un traitement psychotrope. La classe pharmacologique utilisée le plus fréquemment était la classe des antidépresseurs (45.5%) suivie des anxiolytiques et hypnoinducteurs. Pour 44%(n=14) le traitement avait été instauré avant la première consultation de spécialité, majoritairement à l'occasion d'une « consultation de couloir ». Questionnés sur leur avis concernant le traitement psychotrope presque la moitié des participants avait fait le choix de dissimuler la prise de traitement à l'entourage. Le stigma lié à l'usage des traitement psychotropes pour les professionnels de santé a été largement évoqué alors que la démarche de psychothérapie est vue comme une « expérience éducative et thérapeutique enrichissante ». (28)

Le soignant et les freins d'accès aux soins

Comme leurs patients, les soignants tardent à accéder aux soins de santé mentale en raison de la peur de la stigmatisation. La recherche montre que ce modèle d'évitement a les mêmes conséquences profondes pour les médecins que pour leurs patients.

En lien avec cette stigmatisation, des données montrent que jusqu'à 15 % des médecins qui se suicident n'ont pas reçu les soins de santé mentale dont ils avaient besoin par peur de perdre leur emploi, leur licence médicale, leur assurance contre les fautes professionnelles, leurs privilèges hospitaliers et leurs patients.(2)

Cette situation est particulièrement préoccupante parmi les professionnels de santé en formation. Les taux de dépression et burnout chez les internes en médecine sont élevés (7 % à 49 %)(3, 29, 30) par rapport aux étudiants diplômés et aux jeunes adultes de la population générale (8 % à 15 %).(29) Selon l'enquête nationale 2021 publiée par l'ISNI, 75% des étudiants en médecine et des internes montrent des symptômes d'anxiété pathologique et 39% des symptômes de dépression sur les 7 derniers jours précédant le questionnaire. Les facteurs de risques sont statistiquement significatifs : des difficultés financières, un temps de travail excessif ou encore l'exposition à la violence.(8)

Les taux élevés de dépression sont préoccupants chez les médecins en formation étant donné la responsabilité professionnelle, et un nombre croissant de preuves indiquant que la dépression provoque d'importants dysfonctionnements cognitifs et des troubles du travail.(31, 32) Dans notre échantillon, la totalité des internes présentait un diagnostic de trouble anxieux, étroitement lié à la dimension « épuisement émotionnel » de l'échelle de burnout, résultats en accord avec les publications internationales.(33-36). Parmi les freins d'accès aux soins et les facteurs d'entretien, ils citaient un manque de reconnaissance de la hiérarchie, la pression exercée par les patients, la charge de travail et une banalisation des difficultés rencontrées : « *Je suis allée voir mon chef de service pour lui faire part de ma fatigue et mon désespoir face à la charge de travail. Il avait suggéré que l'anxiété n'était pas compatible avec le métier de médecin et qu'il fallait se ressaisir vite ou aller voir un psy. Face à ses remarques je me suis sentie honteuse et illégitime.* » La profession médicale était associée à une attitude de négligence concernant leur état d'épuisement émotionnel, surtout dans le service d'accueil des

urgences ou malgré un état de santé préoccupant seulement 8% des intervenants avaient accepté une prescription d'arrêt de travail. Cette attitude est largement reconnue dans la littérature avec des taux de jusqu'à 80% de présentéisme malgré une affection nécessitant un arrêt de travail.(37)

Notre étude a mis en évidence un retard d'accès aux soins pour les professionnels de santé ayant reçu un diagnostic de burnout. Des résultats similaires ont été objectivés dans des études préalables où seulement 26% avaient demandé de l'aide, en grande partie en raison de préoccupations sur la façon dont une demande d'accès aux soins pourrait affecter leur droit d'exercice et leur crédibilité.(38, 39) En plus de la peur de conséquences professionnelles, les soignants déclarent ne pas avoir le temps de consulter un médecin et la stigmatisation associée au traitement de la maladie mentale.(40)

Le soignant et la maladie mentale

« Il m'a fallu tester trois classes de traitement hypno inducteur, même l'homéopathie alors que je n'y crois pas. J'ai fini par prendre un antidépresseur, prescrit par un collègue dans le couloir entre deux consultations. Même mon premier arrêt de travail avait été fait pour lombalgie. Il m'était impossible d'admettre que j'avais peut-être une maladie psy. Qu'est qu'ils allaient en penser mes collègues et mes patients ? »

« On savait tous que c'était la pandémie. Alors je me disais que ma souffrance n'était rien face aux gens qui avaient perdu leur vie ou des proches. J'avais encore la chance d'être en bonne santé, ou alors c'est ce que j'imaginai. Quand mon chef de service m'a orienté vers un psychiatre j'étais en colère. Le poids de cette injustice m'avait atterré, je me suis isolé, j'en voulais au monde entier, aux collègues et patients, j'avais tout donné. »

Il s'agit de deux des témoignages des patients soignants venus en consultation après un ciblage en interne de l'épuisement professionnel après la première vague de la pandémie. Malgré la mise à disposition des plateformes de soutien, les soignants se sont montrés réticents à cette modalité de prise en charge.(11, 41)

Même hors pandémie les soignants sollicitent rarement les services de santé mentale.(42)

Parmi les 31 sujets de l'échantillon seulement un avait sollicité ponctuellement la plateforme de soutien psychologique. Les explications sont multiples, les soignants ayant perçu cet outil comme un manque supplémentaire de reconnaissance « *on enchainait les postes pour pallier le manque de personnel et aux arrêts de travail en cours et on nous proposait d'appeler la cellule psychologique alors qu'on n'avait même pas une salle de repos adaptée pour le faire. J'aurai dû faire comment ? M'enfermer dans un box de consultation ?* »

Dans l'échantillon étudié 61,9%(n=19) des soignants ont réuni les critères de diagnostic pour un burnout sévère dont 66%(n=11) étaient des médecins. Une étude de 2018 sur un échantillon représentatif de la même population objectivait un diagnostic de burnout sévère pour 4,6% des participants.(20) Cette hausse exponentielle des taux d'épuisement professionnel peut-être expliquée en partie par l'impact de la pandémie mais nous soulignons également un biais de sélection.

Concernant les diagnostics trouble anxieux généralisé (36.4%), trouble dépressif caractérisé (31.8%), trouble de stress post-traumatique (13.6%) et troubles du sommeil non-organiques (44%), les résultats étant similaires aux études internationales.(11, 12, 41) Au total, trois patients rapportaient des comorbidités addictologiques: deux troubles liés à l'usage de l'alcool et un trouble lié à la consommation de cannabis.

Nous avons objectivé une association significative entre le diagnostic de trouble dépressif caractérisé et la profession de médecin (OR=3.5, IC 95=0.43-28.4, p=0.24). En revanche, le diagnostic de trouble anxieux généralisé était plus fréquent parmi les patients soignants infirmiers (OR=2.5, IC 95= 0.3-19.5, p=0.3). Parmi les 3 internes de spécialité bénéficiant d'un suivi un diagnostic de trouble anxieux généralisé a été retenu.

PERSPECTIVES

L'analyse du contexte d'accès aux soins en santé mentale des soignants nous permettra d'identifier les besoins spécifiques de cette population afin de faciliter le développement des programmes et structures de soins adaptés. Alors que des unités de soins spécifiques aux soignants commencent à se mettre en place en France (12 unités ouvertes référencées par le SPS et 4 unités en cours d'autorisation HAS) le besoin des structures de soins ambulatoires, avec un programme flexible et pouvant surtout respecter l'anonymat la confidentialité se fait ressentir. Des structures de soins ambulatoires existent déjà au Canada et aux États-Unis ainsi que dans d'autres pays européens comme l'Angleterre (Dochealth).

L'objectif principal serait de faciliter le dépistage et l'accès précoce à une prise en charge. Ainsi élaborer des programmes de soins ambulatoires et développer des outils dédiés à la prise en charge précoce de la souffrance psychique des soignants semble utile. Le constat de l'analyse des 31 patients-soignants met en évidence un besoin urgent de structures de soins adaptées en dehors du milieu hospitalier classique, l'appréhension d'une rupture de la confidentialité ayant été le frein principal dans l'accès aux soins. La synergie entre le professionnel de santé mentale, le médecin de travail et les acteurs sociaux pourrait faciliter l'accès aux soins de cette population particulière.(38)

Un projet de prise en charge ambulatoire de ces patients pourrait s'imaginer en ciblant des structures de soins (maisons de santé ou cabinet individuels) en ville, en mesure de proposer des consultations compatibles avec les horaires de travail très variables et s'accordant aux disponibilités très limitées de ce groupe spécifique.

Dans notre département il n'existe actuellement aucune structure de soins dédiée aux soignants, une seule clinique étant disponible au niveau de la région Grand Est (en cours d'autorisation HAS). Ainsi même si sur le site SPS, plusieurs professionnels de santé spécialisés sont référencés, les patients rapportent une diffusion précaire de l'information concernant les soins aux soignants ainsi que le manque de disponibilité des acteurs de santé mentale sollicités. Serait-il possible d'imaginer au sein des cabinets de psychiatrie de ville des programmes d'éducation thérapeutique et de soins spécifiques ? Le retour d'expérience des patients-soignants reçus au cabinet relève la question de la pertinence d'une thérapie de groupe pour les soignants. Nous pouvons imaginer des groupes hétérogènes (médecins-infirmières-cadres-aide

soignants), orientés thérapie cognitive et comportementale. Le partage d'expérience ainsi que le soutien des collègues permettent une « normalisation » de la maladie mentale avec surtout développement d'une empathie de groupe qui peut s'avérer bénéfique dans la prévention et la gestion de l'épuisement professionnel.(13, 23, 43)

Une majorité des participants questionnés rapportait des difficultés à trouver un interlocuteur/personne ressource.

Dans le repérage et adressage des collègues avec troubles psychiques nous sommes tous acteurs. Libéraliser l'accès aux soins et leur dédier des structures adaptées représente l'étape essentielle aux soins précoces.

LIMITES

Parmi les points faibles de notre étude nous rappelons le caractère monocentrique, rétrospectif et le faible effectif de notre série qui ne nous permet pas d'obtenir des données statistiquement significatives. Nous notons également le biais de sélection s'agissant le plus souvent d'une patientèle hospitalière émanant des trois centres hospitaliers du département Moselle. Dans cette enquête le personnel soignant libéral (4 sujets) et les internes en médecine (3 sujets) ont été sous-représentés.

CONCLUSION

Les soignants éprouvent un certain malaise au sujet de leur propre santé mentale. Solliciter le réseau de soins psychiatriques reste un tabou et souvent la peur de stigmatisation freine l'accès aux soins. La crainte d'être perçu faible gouverne les décisions concernant la santé mentale de chacun et comme souligné par notre enquête, les démarches de soins se font tardivement et après plusieurs tentatives d'automédication. En moyenne, le soignant semble attendre une année avant une première consultation en santé mentale. Une année de tourment, d'instabilité, de baisse du rendement et mise en danger de soi et des patients. Honteux et coupable, il lui arrive rarement de voir l'image d'ensemble et il se désigne comme « seul défaillant ».

Malheureusement le premier contact se fait dans un contexte d'urgence, aux insistances de confrères ou de la hiérarchie. Comme les chiffres en témoignent presque deux tiers des soignants qui franchissent la porte souffrent de burnout sévère associé le plus souvent à un diagnostic de dépression ou anxiété.

Comment faire pour libéraliser l'accès aux soins en santé mentale pour les soignants ? Dans un premier temps, former chacun d'entre nous à des techniques de base de ciblage des troubles psychologiques et sensibiliser la hiérarchie afin de mieux accompagner les soignants en difficulté.

Cette étude permet un éclairage concernant le profil psychopathologique des soignants mais des études plus amples permettant d'analyser de manière prospective les conditions d'accès aux soins en santé mentale des soignants sont nécessaires afin de mettre à point des mesures interventionnelles adaptées.

A l'image des programmes de soins existant à l'étranger on se doit de « Rassembler pour mieux lutter » et dans cette optique nous nous sommes proposés, à terme, d'organiser, à base de volontariat, dans notre département des groupes de soignants axés sur la thérapie d'acceptation et d'engagement.

Ce type de programme d'intervention psychosociale est sans doute nécessaire à l'amélioration des attributs comme la compréhension empathique et le développement de la résilience. Des interventions comme le MBSR (*Mindfulness-based stress reduction*) ou l'ACT (*Acceptance and Commitment Therapy*) semblent augmenter l'accomplissement personnel lié au travail, diminuer l'épuisement émotionnel et l'absentéisme.(44-46)

Des programmes de gestion du stress devraient être disponibles à partir du PCEM pour les étudiants en médecine et faire partie intégrante des programmes de formation initiale à l'IFSI. Ce type d'approche pourra également être proposée dans les services de soins afin de permettre l'émergence d'une empathie de groupe.

BIBLIOGRAPHIE

1. Maslach C, Goldberg J. Prevention of burnout: New perspectives. *Applied and Preventive Psychology*. 1998;7(1):63-74.
2. Dyrbye LN, West CP, Sinsky CA, Goeders LE, Satele DV, Shanafelt TD. Medical Licensure Questions and Physician Reluctance to Seek Care for Mental Health Conditions. *Mayo Clin Proc*. 2017;92(10):1486-93.
3. Mata DA, Ramos MA, Bansal N, Khan R, Guille C, Di Angelantonio E, et al. Prevalence of Depression and Depressive Symptoms Among Resident Physicians: A Systematic Review and Meta-analysis. *Jama*. 2015;314(22):2373-83.
4. Center C, Davis M, Detre T, Ford DE, Hansbrough W, Hendin H, et al. Confronting depression and suicide in physicians: a consensus statement. *Jama*. 2003;289(23):3161-6.
5. Schernhammer ES, Colditz GA. Suicide rates among physicians: a quantitative and gender assessment (meta-analysis). *Am J Psychiatry*. 2004;161(12):2295-302.
6. <ons_2020.pdf>.
7. <rapport_elaboration_burnout.pdf>.
8. <CP-RS-sante-mentale14-10-2021.pdf>.
9. Devi S. Doctors in distress. *Lancet*. 2011;377(9764):454-5.
10. Chen Q, Liang M, Li Y, Guo J, Fei D, Wang L, et al. Mental health care for medical staff in China during the COVID-19 outbreak. *Lancet Psychiatry*. 2020;7(4):e15-e6.
11. Marvaldi M, Mallet J, Dubertret C, Moro MR, Guessoum SB. Anxiety, depression, trauma-related, and sleep disorders among healthcare workers during the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. *Neurosci Biobehav Rev*. 2021;126:252-64.
12. Azoulay E, Cariou A, Bruneel F, Demoule A, Kouatchet A, Reuter D, et al. Symptoms of Anxiety, Depression, and Peritraumatic Dissociation in Critical Care Clinicians Managing Patients with COVID-19. A Cross-Sectional Study. *Am J Respir Crit Care Med*. 2020;202(10):1388-98.
13. Lee FJ, Stewart M, Brown JB. Stress, burnout, and strategies for reducing them: what's the situation among Canadian family physicians? *Can Fam Physician*. 2008;54(2):234-5.
14. <MBIchapter.97.pdf>.
15. Miller NM, McGowen RK. The painful truth: physicians are not invincible. *South Med J*. 2000;93(10):966-73.
16. Ji YD, Robertson FC, Patel NA, Peacock ZS, Resnick CM. Assessment of Risk Factors for Suicide Among US Health Care Professionals. *JAMA Surg*. 2020;155(8):713-21.
17. Győrffy Z, Dweik D, Girasek E. Workload, mental health and burnout indicators among female physicians. *Hum Resour Health*. 2016;14:12.
18. Németh A. [Burnout among doctors and its correlations with health, life satisfaction and sleep]. *Orv Hetil*. 2016;157(16):623-30.
19. Amofo E, Hanbali N, Patel A, Singh P. What are the significant factors associated with burnout in doctors? *Occup Med (Lond)*. 2015;65(2):117-21.
20. Sturzu L, Lala A, Bisch M, Gutter M, Dobre D, Schwan R. Empathy and Burnout - A Cross-Sectional Study Among Mental Healthcare Providers in France. *J Med Life*. 2019;12(1):21-9.

21. Barbosa FT, Leão BA, Tavares GM, Santos JG. Burnout syndrome and weekly workload of on-call physicians: cross-sectional study. *Sao Paulo Med J.* 2012;130(5):282-8.
22. Kancherla BS, Upender R, Collen JF, Rishi MA, Sullivan SS, Ahmed O, et al. Sleep, fatigue and burnout among physicians: an American Academy of Sleep Medicine position statement. *J Clin Sleep Med.* 2020;16(5):803-5.
23. Aalto A-M, Heponiemi T, Josefsson K, Arffman M, Elovainio M. Social relationships in physicians' work moderate relationship between workload and wellbeing—9-year follow-up study. *European Journal of Public Health.* 2018;28(5):798-804.
24. Thompson WT, Cupples ME, Sibbett CH, Skan DI, Bradley T. Challenge of culture, conscience, and contract to general practitioners' care of their own health: qualitative study. *Bmj.* 2001;323(7315):728-31.
25. Roberts LW, Hardee JT, Franchini G, Stidley CA, Siegler M. Medical students as patients: a pilot study of their health care needs, practices, and concerns. *Academic Medicine.* 1996.
26. Evans RW, Lipton RB, Ritz KA. A survey of neurologists on self-treatment and treatment of their families. *Headache: The Journal of Head and Face Pain.* 2007;47(1):58-64.
27. Rosvold EO, Tyssen R. Should physicians' self-prescribing be restricted by law? *The Lancet.* 2005;365(9468):1372-4.
28. Fogel SP, Sneed JR, Roose SP. Survey of psychiatric treatment among psychiatric residents in Manhattan: evidence of stigma. *J Clin Psychiatry.* 2006;67(10):1591-8.
29. Goebert D, Thompson D, Takeshita J, Beach C, Bryson P, Ephgrave K, et al. Depressive symptoms in medical students and residents: a multischool study. *Acad Med.* 2009;84(2):236-41.
30. Bellini LM, Baime M, Shea JA. Variation of mood and empathy during internship. *Jama.* 2002;287(23):3143-6.
31. Wang PS, Simon GE, Avorn J, Azocar F, Ludman EJ, McCulloch J, et al. Telephone screening, outreach, and care management for depressed workers and impact on clinical and work productivity outcomes: a randomized controlled trial. *Jama.* 2007;298(12):1401-11.
32. Adler DA, McLaughlin TJ, Rogers WH, Chang H, Lapitsky L, Lerner D. Job performance deficits due to depression. *Am J Psychiatry.* 2006;163(9):1569-76.
33. Marzouk M, Ouanes-Besbes L, Ouanes I, Hammouda Z, Dachraoui F, Abroug F. Prevalence of anxiety and depressive symptoms among medical residents in Tunisia: a cross-sectional survey. *BMJ Open.* 2018;8(7):e020655.
34. Peterlini M, Tibério IF, Saadeh A, Pereira JC, Martins MA. Anxiety and depression in the first year of medical residency training. *Med Educ.* 2002;36(1):66-72.
35. Low ZX, Yeo KA, Sharma VK, Leung GK, McIntyre RS, Guerrero A, et al. Prevalence of Burnout in Medical and Surgical Residents: A Meta-Analysis. *International Journal of Environmental Research and Public Health.* 2019;16(9):1479.
36. Petrie K, Crawford J, Baker ST, Dean K, Robinson J, Veness BG, et al. Interventions to reduce symptoms of common mental disorders and suicidal ideation in physicians: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet Psychiatry.* 2019;6(3):225-34.
37. Rosvold EO, Bjertness E. Physicians who do not take sick leave: hazardous heroes? *Scand J Public Health.* 2001;29(1):71-5.
38. Yates SW. Physician Stress and Burnout. *Am J Med.* 2020;133(2):160-4.
39. Shanafelt TD, Balch CM, Dyrbye L, Bechamps G, Russell T, Satele D, et al. Special Report: Suicidal Ideation Among American Surgeons. *Archives of Surgery.* 2011;146(1):54-62.

40. Clough BA, March S, Leane S, Ireland MJ. What prevents doctors from seeking help for stress and burnout? A mixed-methods investigation among metropolitan and regional-based Australian doctors. *J Clin Psychol*. 2019;75(3):418-32.
41. El-Hage W, Hingray C, Lemogne C, Yroni A, Brunault P, Bienvenu T, et al. Health professionals facing the coronavirus disease 2019 (COVID-19) pandemic: What are the mental health risks? *L'Encephale*. 2020;46(3S):S73-S80.
42. Clement S, Schauman O, Graham T, Maggioni F, Evans-Lacko S, Bezborodovs N, et al. What is the impact of mental health-related stigma on help-seeking? A systematic review of quantitative and qualitative studies. *Psychological Medicine*. 2015;45(1):11-27.
43. Wiederhold BK, Cipresso P, Pizzioli D, Wiederhold M, Riva G. Intervention for Physician Burnout: A Systematic Review. *Open Med (Wars)*. 2018;13:253-63.
44. Kadowaki Å, Alvunger AK, Larsen HI, Persdotter A, Zak MS, Johansson P, et al. Education of the primary health care staff based on acceptance and commitment therapy is associated with reduced sick leave in a prospective controlled trial. *BMC Fam Pract*. 2021;22(1):179.
45. Waters CS, Frude N, Flaxman PE, Boyd J. Acceptance and commitment therapy (ACT) for clinically distressed health care workers: Waitlist-controlled evaluation of an ACT workshop in a routine practice setting. *Br J Clin Psychol*. 2018;57(1):82-98.
46. Gaupp R, Walter M, Bader K, Benoy C, Lang UE. A Two-Day Acceptance and Commitment Therapy (ACT) Workshop Increases Presence and Work Functioning in Healthcare Workers. *Front Psychiatry*. 2020;11:861.