



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 24 novembre 2023  
Par le Dr SophieVariclier

**Hospitalisation du médecin-patient en USPS : facteurs de  
vulnérabilité et conséquences professionnelles de la  
décompensation psychique**

Membres du jury :

- Professeur Éric GALAM
- Professeur Jean-Marc SOULAT
- Docteur Béatrice GUYARD - BOILEAU
- Docteur Bénédicte JULLIAN

Année 2023

# **Hospitalisation du médecin-patient en USPS : facteurs de vulnérabilité et conséquences professionnelles de la décompensation psychique**

## **SOMMAIRE**

Introduction	3
Présentation de la clinique et de l'USPS	4
Méthode	6
Analyse des données	7
Illustration clinique	15
Discussion	18
Conclusions	24
Bibliographie	25
Synopsis	27

## Introduction

Psychiatre pendant 19 ans dans un établissement public de santé mentale, chef de service, présidente de CME, j'ai fait l'expérience de l'épuisement professionnel, dépassant les limites de ma santé physique. La perception de ce dépassement m'a fait prendre la décision de changer de mode d'exercice professionnel avant que ma santé psychique soit également impactée.

J'ai eu la chance de pouvoir intégrer un établissement privé et travailler dans une unité dédiée à l'accueil des professionnels de santé.

Je me suis particulièrement intéressée au parcours des médecins hospitalisés à la clinique, afin de déterminer d'éventuels facteurs de vulnérabilité et/ou de protection, d'évaluer l'impact professionnel de la décompensation psychique, et d'imaginer une éventuelle filière d'admission spécifique.

La question des risques psychosociaux et la qualité de vie au travail des soignants est devenue une priorité des autorités de tutelle, avec la publication en 2016 et 2017 de rapports et recommandations. Les réseaux de soutien se multiplient.

La dégradation des conditions de travail des médecins est largement partagée sur les réseaux sociaux (Le Divan des médecins, groupe Facebook réservé aux médecins), avec parfois des messages qui sont de véritables appels au secours. Ayant répondu à plusieurs reprises à des confrères en situation de détresse, j'ai fait le constat de la méconnaissance des réseaux de soins spécifiques.

Les spécificités du soignant malade ont été étudiées entre autres, dans le mémoire de Anne-Lise Beaucher (1) et celles du médecin addict, dans celui de Benedicte Jullian (6). L'une de ces spécificités est une démarche de soins tardive, lorsque toutes les ressources psychiques ont été épuisées.

Comment s'inscrit l'hospitalisation dans le parcours de soin ?

Il nous a paru intéressant de travailler sur ce parcours du médecin-patient, de son entrée en hospitalisation, à sa sortie.

Nous avons souhaité avoir une représentation objective de la manière dont le médecin arrive en hospitalisation et reprend (ou pas) son activité professionnelle à sa sortie de la clinique.

Nous avons fait le choix d'une étude rétrospective, à partir de deux documents, la demande d'hospitalisation et le compte-rendu d'hospitalisation. 19 dossiers-patients ont été évalués.

## Présentation de la clinique et de l'USPS :

La clinique de Chatillon est un établissement de santé privé qui a ouvert en mai 2018. Cet établissement se situe dans une zone semi-rurale, au carrefour des départements de l'Ain, la Savoie, la Haute-Savoie, le Rhône le Jura et l'Isère.

Cette clinique comprend 110 lits d'hospitalisation complète et un hôpital de jour. L'une des quatre unités d'hospitalisation accueille les professionnels de santé.

Les professionnels de santé sont accueillis dans une unité de 40 lits, dont 32 chambres individuelles et 4 chambres doubles. Le service dispose de vastes espaces de circulation, d'un salon offrant une vue panoramique, d'une salle de restauration spécifique (contrairement aux autres unités qui partagent une salle de restauration commune).



Les professionnels de santé accueillis ont accès à un groupe thérapeutique spécifique, ainsi qu'aux autres activités proposées au sein de l'établissement (activités sportives, art-thérapie, danse, théâtre, cuisine, musicothérapie).

Ils sont pris en charge par un psychiatre et un psychologue, au sein d'une équipe soignante.

Les modalités d'admission pour l'ensemble des patients est un courrier d'adressage par un médecin (généraliste, psychiatre, urgentiste, addictologue). Les demandes sont évaluées quotidiennement par l'un des psychiatres de la clinique, avec un délai d'admission qui varie entre 48h et 10j.

L'accueil des professionnels de santé est priorisé, de même que l'accueil des patients adressés par les services d'urgence psychiatrique des hôpitaux de proximité.

Le groupe « professionnels de santé » est un groupe hétérogène (mémoire du Dr Sellier, 7), comprenant 15% de médecins, chiffre toujours d'actualité. Le groupe IDE/ AS représente environ 50% des professionnels de santé.

## Méthode

Nous avons fait le choix d'une étude rétrospective des dossiers de médecins ayant été hospitalisés à la clinique entre 2020 et 2023. Il s'agit d'une étude rétrospective observationnelle uni-centrique.

Nous avons sélectionné 19 dossiers.

La grille d'évaluation comportait les items suivants :

- Modalités d'adressage
- Age à l'entrée.
- Motif(s) d'hospitalisation
- Mode d'exercice
- Environnement social
- Diagnostic
- Modalités de sortie
- Devenir professionnel

Initialement, nous avons envisagé d'étudier un plus grand nombre de dossiers, en sollicitant deux autres USPS, mais nous nous sommes heurtés à des difficultés conjoncturelles (changement de logiciel pour l'une, surcharge de travail pour l'autre). Néanmoins, ces 19 dossiers sélectionnés nous ont permis une analyse représentative des médecins accueillis en USPS.

Nous souhaitons avoir une représentation socioprofessionnelle objective des médecins accueillis, repérer d'éventuels facteurs de vulnérabilité et évaluer l'impact de la décompensation psychique sur la reprise d'une activité professionnelle.

## Analyse des données :

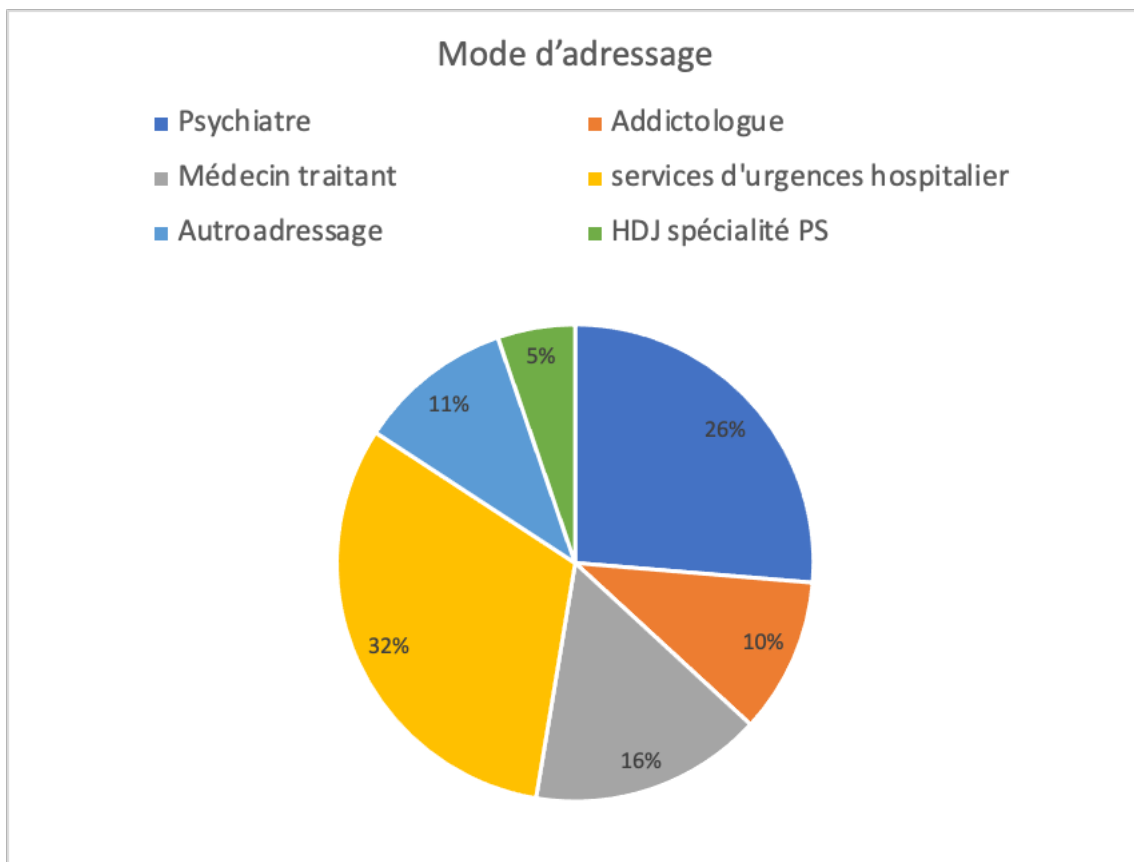
L'âge moyen des médecins hospitalisés à la clinique est de **50 ans** (fourchette 26/ 68). 10/19 hommes / 9 femmes, soit **52% d'hommes**.

Par comparaison, 61% des patients hospitalisés sur la clinique en 2023 sont des femmes ainsi que 83% des professionnels de santé.

L'âge moyen des patients hospitalisés sur la clinique est de 46 ans.

### Mode d'adressage :

- 5/19 psychiatre
- 2/19 addictologue
- 3/19 : Médecin traitant
- 6/19 : service d'urgences hospitalier
- 2/19 : auto-adressage
- 1/19 : HDJ spécialisé PS



Nous faisons le constat que la majorité des médecins (32%) arrivent à la clinique via un service d'urgence. En comparaison, 11% de l'ensemble des patients hospitalisés à la clinique y arrivent via un service d'urgence.

Cette modalité d'hospitalisation prépondérante pour les médecins, vient confirmer que les médecins attendent que leurs ressources psychiques soient épuisées pour consulter. L'autre interprétation de ce chiffre élevé, est que peu d'entre eux ont un médecin généraliste et que certains éprouvent une certaine réticence à aller consulter un psychiatre.

Plusieurs des médecins de cette série ont d'abord essayé une auto-prescription, et ne se sont résolus à se rendre aux urgences que lorsque les idées suicidaires sont devenues envahissantes et qu'ils se sont sentis en « danger de mort ».

L'autre modalité prépondérante d'adressage est une orientation par un psychiatre. Peu de médecins s'autorisent à « s'auto-adresser ».

13/19 ne connaissaient pas le dispositif USPS avant d'y être orientés.



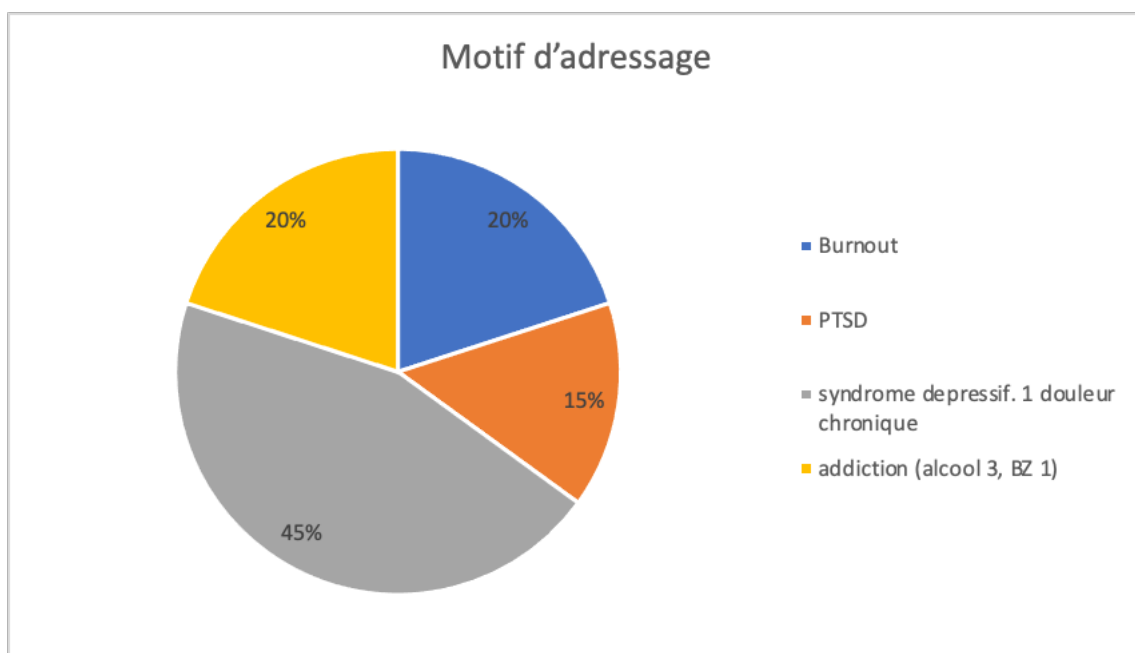
## Motif d'adressage

- 4/19 burnout
- 3/19 PTSD
- 9/19 syndrome dépressif. dont 1/19 présentant une douleur chronique avec errance diagnostique
- 4/19 addiction (alcool 3, BZ 1)

La majorité des médecins sont adressés pour un syndrome dépressif.

- 3/19 font l'objet d'une suspension ordinaire au moment de l'hospitalisation (2/addiction, 1/ mise en examen euthanasie)

Motif d'adressage	nombre	pourcentage
Syndrome dépressif	9	45%
burnout	4	20%
PTSD	3	15%
Addiction	4	20%

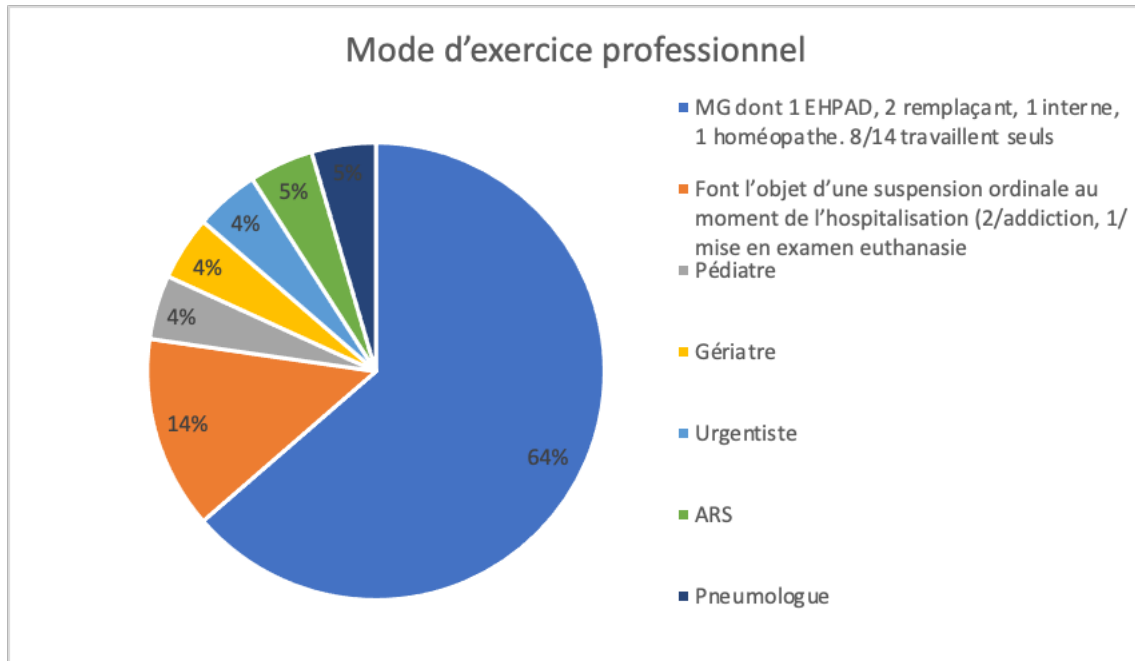


### Mode d'exercice professionnel :

- 14/19 MG dont 1 EHPAD, 2 remplaçants, 1 interne, 1 homéopathe. 8/14 travaillent seuls
- 1 pédiatre/ 1 gériatre/ 1 urgentiste/ 1 ARS/ 1 pneumo

Sans surprise, la grande majorité des médecins hospitalisés sont des médecins généralistes.

57% des médecins généralistes hospitalisés travaillent seuls.

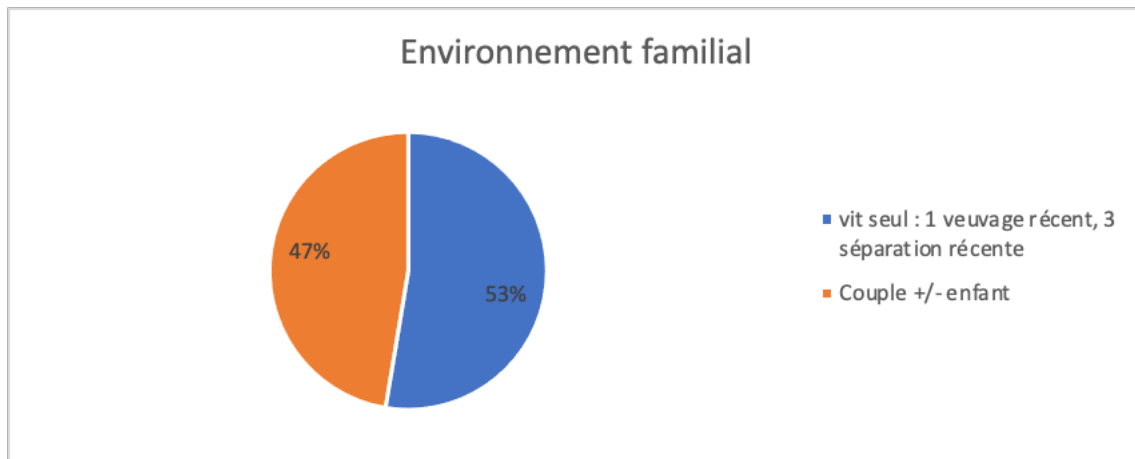


12 médecins sur 19 sont des médecins libéraux (63%), 7 d'entre eux sont des médecins salariés (37%), ce qui peut laisser penser que la charge administrative des médecins libéraux est un facteur de stress générant de la souffrance dans l'exercice professionnel. L'autre explication à cette différence est le fait que les médecins salariés travaillent majoritairement en équipe, ce qui pourrait être un facteur protecteur, en ouvrant la possibilité d'un espace de parole dans une équipe bienveillante (ce qui n'est pas toujours le cas).

### **Environnement familial :**

- 10/19 vivent seul : 1 veuvage récent, 3 se sont récemment séparés
- 9/19 couple+/\_ enfant

La majorité des médecins hospitalisés vivent seuls, dont 4/19 de manière récente et subie.

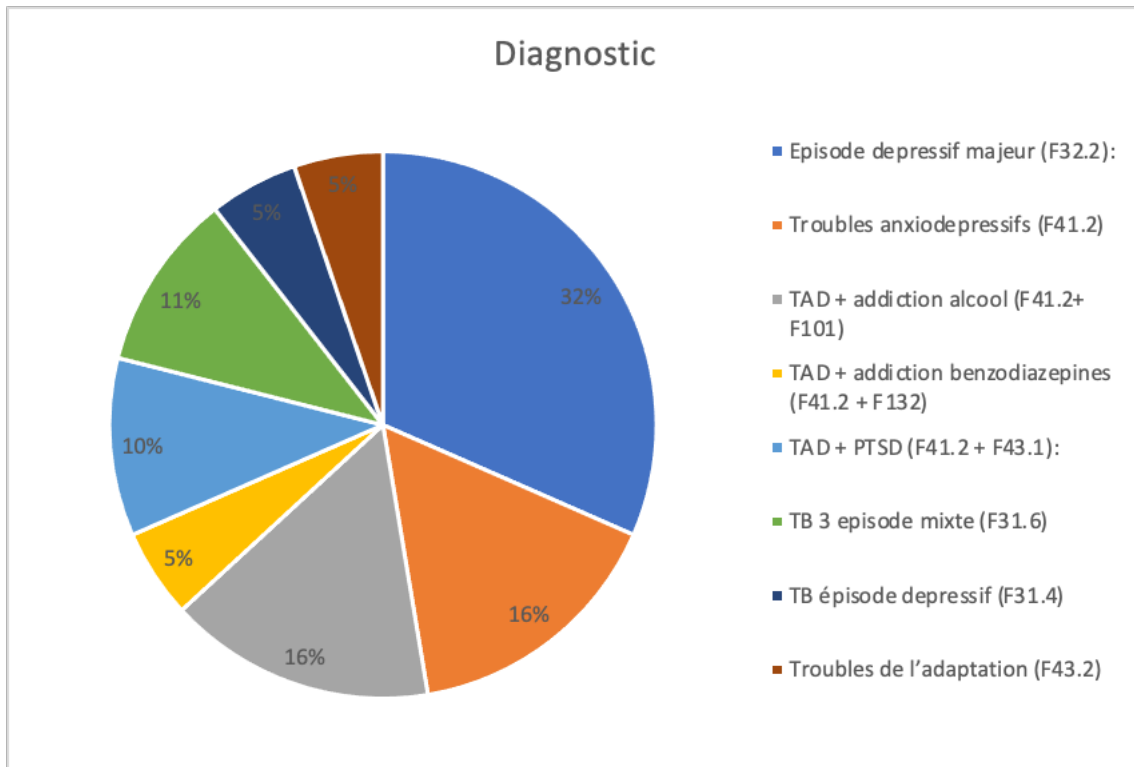


### **Antécédents psychiatriques :**

3/19 des médecins hospitalisés ont déjà eu une ou plusieurs hospitalisations en psychiatrie (2/19 pour épisode maniaque, 1/19 pour dépression récurrente)

### Diagnostic :

- Episode depressif majeur (F32.2): 6/19
- Troubles anxio-depressifs (F41.2): 3/19
- TAD + addiction alcool (F41.2+ F101): 3/19
- TAD + addiction benzodiazepines (F41.2 + F132): 1/19
- TAD + PTSD (F41.2 + F43.1): 2/19
- 3/19 TB : 2/3 episode mixte (F31.6), 1/3 episode depressif (F31.4)
- 1/19 : troubles de l'adaptation (F43.2)



Diagnostic principal (diagnostic associé) CIM10	nombre	pourcentage
F41.2	3	16%
F32.2	6	31%
F41.2 (F132)	1	5%
F41.2 (F101)	3	16%
F41.2 (F43.1)	2	10%
F31.6	2	10%
F31.4	1	5%
F43.2	1	5%

Nous constatons une répartition équilibrée entre les troubles de l'humeur (F30-38) et les dépressions « névrotiques »/ troubles de l'adaptation (F40-49).

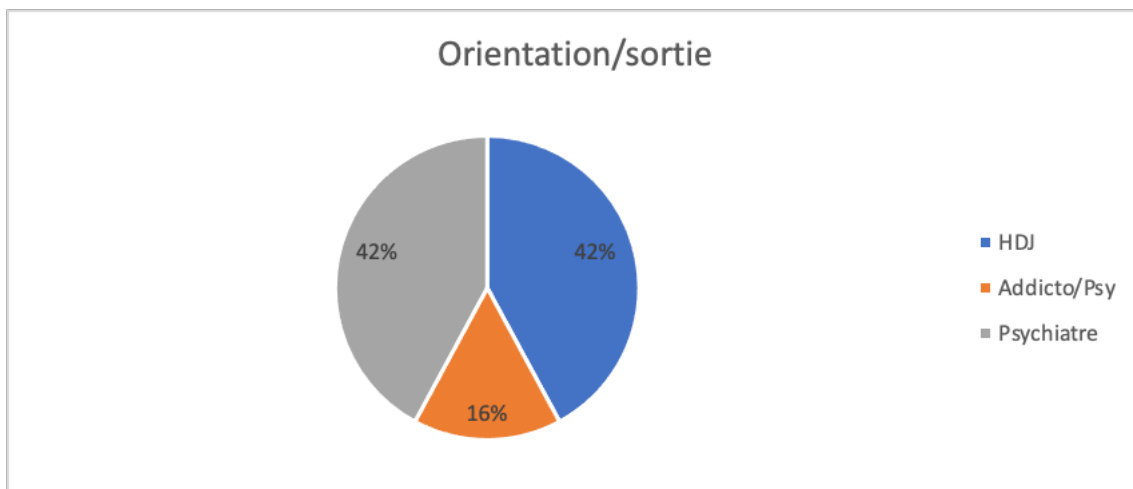
**Durée moyenne de séjour** : 51 jours (de 17 à 70 jours). 4/19 ont fait plusieurs séjours. La DMS sur la clinique est de 41 jours.

Les séjours des médecins hospitalisés sont plus longs, ce qui s'explique par le retard à la prise en charge et une situation clinique dégradée.

**Orientation/sortie :**

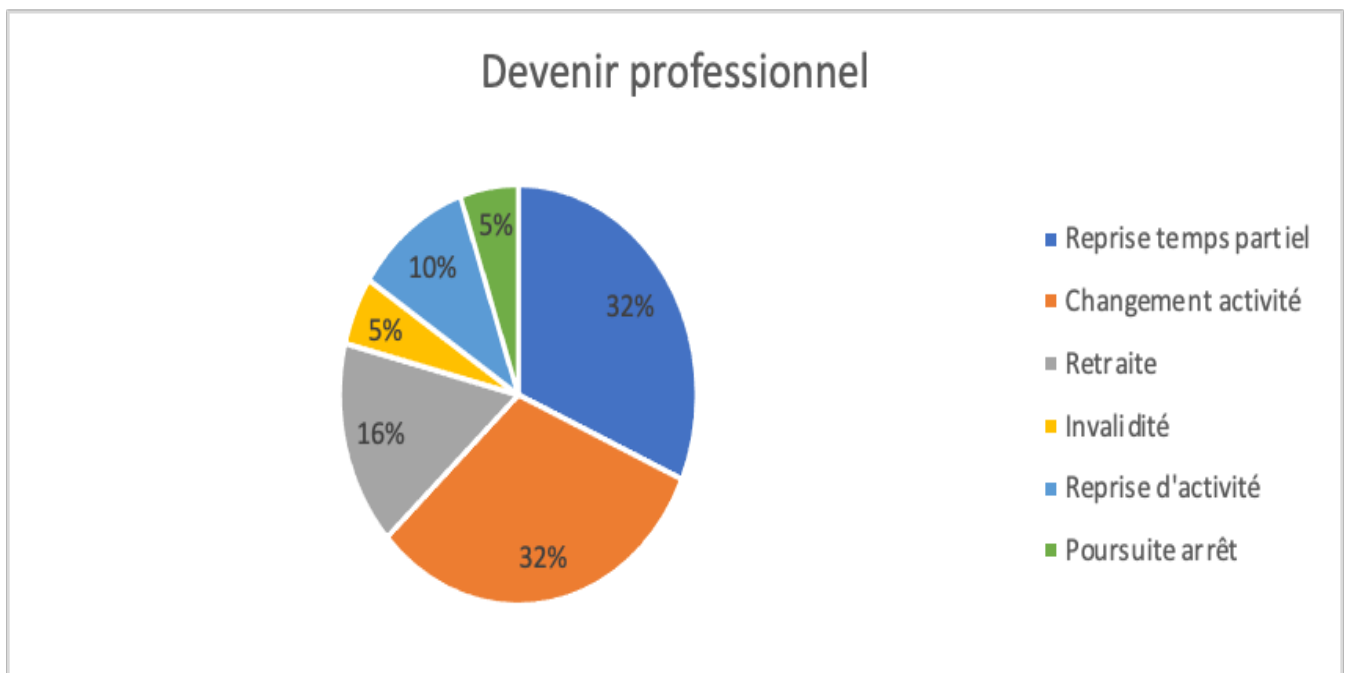
- 8/19 HDJ
- 3 addictologue et psychiatre
- 8/19 psychiatre

Nous faisons le constat d'un nombre important de relai de soins sur l'hôpital de jour, ce qui vient témoigner de la fragilité persistante des médecins sortant d'hospitalisation.



### Devenir professionnel :

- Reprise temps partiel : 6/19
- Changement activité : 6/19
- Retraite :3/19
- Invalidité 1/19
- Reprise d'activité : 2/19
- Poursuite Arrêt : 1/19



Nous faisons le constat de l'impact majeur de la décompensation psychique sur l'activité professionnelle des médecins : seuls 2 sur 19 ont pu reprendre leur activité sans changement.

## Illustration clinique

Mr J. est adressé dans le service par l'un de ses amis, psychiatre, inquiet de son état.

Mr J est âgé de 60 ans, il vit avec sa femme. Ses 4 enfants sont autonomes et ont quitté la maison.

Mr J est installé comme médecin généraliste dans un village d'un département rural depuis trente ans. Il a repris le cabinet du père, lui-même ayant repris celui du grand-père.

Troisième d'une fratrie de sept, il est le seul enfant de sa nombreuse fratrie à avoir « fait médecine », orienté dans ses études par son père, qui l'a désigné comme repreneur de l'histoire familiale médicale. Lui-même aurait voulu être ingénieur agricole.

Le père est décédé en 2004 (Alzheimer), la mère qui présente également une démence est placée en EHPAD, il est son médecin traitant.

Mr J s'est initialement associé avec le successeur du père, avant que la relation ne devienne conflictuelle et conduise à la séparation.

Depuis une dizaine d'années, Mr J travaille seul, est joignable 24h/24. Il a une secrétaire médicale qui travaille jusqu'à 14h, lui-même prenant ensuite le relai pour les appels téléphoniques.

Cette secrétaire est l'ancienne nourrice des enfants, elle fait le ménage à son domicile (ce qui complique pour lui la prise de décision par rapport au cabinet).

Il est bien évidemment connu et reconnu par tout le village, pouvant être interpellé pour des questions médicales à la boulangerie ou au café du coin, répondant aux sollicitations diverses, comme le faisaient son père et son grand-père avant lui.

Il a de nombreux centres d'intérêt (vélo, randonnées, lecture, bricolage), mais il a tout abandonné depuis quelques mois, évoquant la crainte de sortir de chez lui et de devoir répondre aux demandes de ses patients rencontrés. Il évoque également le manque d'envie, l'absence de plaisir.

Il s'est rendu compte récemment qu'il buvait plus qu'habituellement, c'est-à-dire de manière quotidienne (1 bouteille de vin pétillant le soir).

Les relations avec sa femme sont bonnes, bien qu'ils aient fortement réduits leur activité sexuelle, ce dont sa femme se plaint.

Il ne voit plus ses amis, dans la réticence de sortir de son domicile. Il adopte des conduites d'évitement pour ne plus croiser ses patients et va faire ses courses à plusieurs kilomètres de son domicile.

Il ne trouve plus aucun plaisir dans son activité professionnelle, et se rend compte qu'il devient irritable, pouvant manifester sa « mauvaise humeur » en consultation, ce qui produit inévitablement de la culpabilité.

Il se sent dans une impasse et commence à penser au suicide.

Il accepte, encouragé par son entourage familial et amical, l'hospitalisation proposée, d'autant que le service se trouve à plus d'une centaine de kilomètres de son domicile, et qu'il ne risque pas d'y rencontrer ses patients.

L'hospitalisation produit un soulagement immédiat.

Il investit l'accompagnement thérapeutique proposé. La mise à distance géographique et psychique du travail lui permet de réfléchir à l'évolution possible de son activité professionnelle.

Il évoque rapidement l'impossibilité pour lui de reprendre son cabinet et la culpabilité ressentie « j'abandonne mes patients », culpabilité également de devoir licencier sa secrétaire.

Le séjour lui permet une coupure bénéfique, coupure grâce à laquelle il prendra finalement la décision de fermer son cabinet et de prendre une activité de médecin coordonnateur en EHPAD, EHPAD située à une cinquantaine de KM de son domicile.

Nous avons choisi cette vignette clinique car elle nous a paru très enseignante. Mr J a épuisé toutes ses ressources psychiques lorsqu'il arrive en hospitalisation, avec un risque suicidaire majeur s'il avait persisté dans un fonctionnement épuisant et sans issue. La question de la culpabilité « d'abandonner » ses patients est retrouvée chez la très grande majorité des patients médecins, de même que l'impossibilité de fixer des limites lorsqu'elles sont largement débordées, comme s'il était impossible de sortir de l'engrenage qui amène à essayer de répondre à toutes les sollicitations.



Nous retenons l'importance qu'a eu pour ce patient, l'éloignement de la clinique : en effet, la crainte de rencontrer des patients ou des soignants connus au sein de l'établissement peut être un frein à l'acceptation de l'hospitalisation. De même la distance a permis au patient un recul suffisant par rapport à la situation.

Nous avons posé comme règle (règle commune à tous les médecins-patients) qu'il n'accède pas à ses mails professionnels et ne réponde pas à son téléphone en dehors de sa famille et de ses amis (nombreux parmi ses patients avaient son numéro personnel).

Nous avons revu ce patient en consultation six mois après sa sortie, il était ravi de son nouveau poste, retrouvait le plaisir de son métier. Il avait communiqué localement (affichage et presse) sur la fermeture de son cabinet, pouvant s'étonner de certains témoignages de patients qui avaient repéré la dégradation de son état et n'étaient pas surpris de la fermeture du cabinet. Cette situation clinique comme d'autres nous ont fait réfléchir sur la possibilité d'offrir aux médecins une filière d'admission spécifique sur le mode de l'auto-adressage.

## Discussion

La rencontre des médecins-patients à l'USPS nous a conduit à interroger notre pratique et notre position subjective face à un confrère en situation de détresse psychique.

Le constat de situations cliniques dégradées, nous a interrogé sur les réponses possibles pour arriver plus vite en soins et éviter l'épuisement.

Au préalable, relevons les limites de notre étude :

- Échantillon limité : comme nous l'avons évoqué plus haut, il ne nous a pas été possible d'inclure des médecins-patients d'autres USPS, ce qui aurait sans doute complexifié l'analyse des données.
- A posteriori, nous faisons le constat que certaines données auraient pu être intéressantes à recueillir, en particulier sur l'investissement professionnel et sur l'équilibre entre vie professionnelle et vie privée.

Des données recueillies nous retenons principalement :

- Un parcours de soins qui commence trop souvent aux urgences (3 fois plus que l'ensemble des patients hospitalisés à la clinique)
- Le faible recours à l'auto-adressage
- Le rôle de l'instance ordinale et la conséquence de la suspension comme moteur de demande de soin
- Isolement et solitude, sexe masculin, facteurs de vulnérabilité aussi pour les médecins ?
- Les diagnostics se partagent entre troubles de l'humeur et troubles anxio-dépressifs
- La durée de séjour est supérieure de 25% par rapport à l'ensemble des patients de la clinique
- L'hôpital de jour est un relai de soin important pour les médecins.
- La grande majorité des médecins ne reprennent pas leur activité professionnelle dans les mêmes conditions qu'avant l'hospitalisation.

1-Le service des urgences, recours prépondérant du médecin en situation de détresse psychique : comme nous l'avons soulevé dans l'analyse des données, le médecin-patient arrive plus souvent que les autres patients via un service d'urgence.

Les raisons nous paraissent multiples :

- Absence de médecin traitant, « premier recours »
- Tentative d'auto-médication
- Sentiment d'infailibilité
- Sentiment de honte de « ne plus y arriver »
- Culpabilité de s'arrêter
- Difficultés à repérer les signes cliniques inauguraux
- Banalisation voire déni des symptômes
- Perte des ressources psychiques et diminution progressive et insidieuse des temps de loisirs
- Déni des conséquences sur l'environnement familial
- Méconnaissance des structures de soins spécifiques
- Disparition progressive de la limite entre vie privée et vie professionnelle

Lorsque le médecin décide enfin d'accepter de se faire soigner, il a déjà épuisé ses ressources psychiques. C'est parce qu'il se trouve dans une impasse qu'il arrive aux urgences, avec souvent un profond sentiment de honte, à l'origine d'idées suicidaires.

Nous n'avons pas trouvé de communication sur l'accueil des médecins en service d'urgence. La question d'une filière d'admission spécifique pourrait se poser, dans le contexte exposé ci-dessus, de même qu'un travail conjoint avec les équipes d'urgence avec lesquelles nous travaillons.

2- Le faible recours à l'auto-adressement : dans notre échantillon, seuls deux médecins sur dix-neuf se sont autorisés à s'auto-adresser.

Ce chiffre faible, si nous le mettons en relation avec la faible proportion des médecins français à avoir déclaré un médecin traitant, nous questionne. Nous formulons plusieurs hypothèses :

- Méconnaissance du réseau de soins et du dispositif USPS
- Déni de la gravité de la situation clinique
- Honte « d'en arriver là »
- Culpabilité « d'abandonner ses patients »
- Difficulté à penser sa propre clinique et à accepter sa faillibilité
- Peur de rencontrer des patients

C'est dans ce contexte que nous allons travailler sur un projet d'auto-adressement, à destination des médecins avec un appui sur les instances ordinaires.

3- Rôle de l'instance ordinaire et conséquences de la suspension comme moteur de demande de soins :

Dans notre série, 3 médecins faisaient l'objet d'une mesure de suspension ordinaire au moment de leur arrivée dans le service, deux pour des problèmes d'addiction (1 tramadol et benzodiazépines et 1 hypnotiques) et un suite à une plainte pénale pour des faits d'euthanasie.

Dans deux des trois situations, c'est l'électrochoc de la suspension ordinaire qui a conduit le médecin à accepter l'hospitalisation.

Dans l'une des trois situations, c'est le confrère du cabinet de groupe qui a signalé la situation à l'ordre, après mise en danger d'un enfant sous l'emprise de produits.

Ce positionnement de l'ordre n'est pas toujours bien perçu par les médecins. Or dans deux situations de notre série, c'est bien la sanction qui vient mettre un point d'arrêt à un comportement dangereux, à la fois pour le médecin incriminé et pour ses patients, et de ce fait déclenche la demande et l'acceptation des soins.

Le conseil de l'ordre, et le bulletin de l'ordre départemental et national nous paraissent de bons vecteurs de transmission d'information, de repérage et d'orientation.

4- Isolement et solitude, sexe masculin, facteurs de vulnérabilité pour les médecins ?

Sans surprise, vivre seul et travailler seul sont des facteurs fragilisant pour les médecins. Nous sommes plus étonnés par la sur-représentation masculine dans notre cohorte. Notre hypothèse est que les femmes médecins sont plus attentives au respect de l'équilibre entre vie privée et vie professionnelle, et qu'elles ont plus de facilités à poser des limites à leur investissement professionnel.

5- Les diagnostics de syndrome dépressif et troubles anxiodépressifs sont majoritaires, ce qu'avait déjà soulevé dans son mémoire le Dr Sellier en formulant l'hypothèse que l'épuisement professionnel, première plainte émanant des professionnels de santé selon une enquête de 2015 du Centre National des Professions libérales de Santé (CNPS), serait dépassé au moment de l'hospitalisation.

L'analyse des diagnostics CIM10 montre une répartition équilibrée entre troubles de l'humeur (F30-39) et dépressions névrotiques (F40-48), incluant les troubles de l'adaptation, registre nosographique de l'épuisement professionnel et du burnout.

6- Une durée de séjour prolongée de 25% par rapport à l'ensemble des patients hospitalisés à la clinique ;

Nous avons vu précédemment que les médecins arrivent tardivement en soin, et dans des situations cliniques dégradées. Tous les médecins de notre série avaient déjà essayé un traitement, la majorité (15/19) en auto-prescription.

Les médecins hospitalisés mettent plus de temps que les autres professionnels de santé à accepter la prise en charge proposée, à accepter de ne pas garder la maîtrise de leurs soins, à accepter d'être un patient et plus un médecin. Ce retard à l'investissement des soins explique une durée de séjour plus longue.

7- L'hôpital de jour, relai de soins privilégié pour 42% des médecins de notre série. Il s'agit pour moitié d'une orientation sur l'hôpital de jour de la clinique et pour moitié d'une orientation sur un HDJ spécialisé professionnels de santé. Le besoin de poursuivre les soins est nous semble-t-il corrélé à la gravité de la clinique et à l'isolement.

8- Modification du mode d'exercice professionnel à l'issue de l'hospitalisation : seuls 2 médecins sur les 19 de notre série ont pu reprendre leur exercice professionnel dans les mêmes conditions. La crise psychique, quel qu'en soit le diagnostic, a un impact fort sur la pratique professionnelle. Nous faisons l'hypothèse d'une dégradation trop importante de la situation professionnelle au moment de l'hospitalisation, avec une restauration impossible d'un environnement professionnel acceptable à l'issue de celle-ci.

Ce résultat inquiétant à l'heure des déserts médicaux et de la souffrance exprimée des médecins généralistes, en particulier sur les réseaux sociaux doit questionner sur les dispositifs de prévention de repérage et de soins proposés.

L'observation des publications sur le groupe Facebook « le Divan des reconversions » qui compte 5400 membres tous médecins, vient témoigner de l'usure parfois prématurée d'un grand nombre de soignants, avec deux tendances qui se dégagent

- La reconversion professionnelle radicale : autre chose que le soin
- La recherche d'une pratique différente : poste salarié, pratique particulière (esthétique, téléconsultations), changement de spécialité (médecine du travail privilégiée)

Certains témoignages sont assez édifiants : nous souhaitons partager des extraits de l'un d'entre car il nous paraît assez symptomatique des raisons de l'épuisement professionnel d'un médecin généraliste :

*« Je suis médecin et je n'en peux plus*

*Je n'en peux plus d'être traité comme un distributeur de paperasse administrative, de justifier votre maladie de la semaine dernière que je ne verrais jamais, des documents de votre assureur ou de votre syndic. Je n'en peux plus de vos demandes de certificats pour les cours de piano, ou pour moucher un enfant à la crèche. Je n'en peux plus de ceux qui ont lu internet et qui veulent des antibiotiques car çatombesurlesbronches. Je n'en peux plus de vos listes de course à rallonge avec 40 demandes. Je n'en peux plus d'être fliqué par votre caisse d'assurance pour m'obliger à prescrire tel ou tel médicament plutôt qu'un autre. Je n'en peux plus de lire vos commentaires et posts méprisants me traitant de nanti, de corporatiste ou m'accusant de luxure. Je n'en peux plus de ne pas pouvoir payer de secrétaire ou d'assistant. Je n'en peux plus des grèves que j'ai vues chaque année, sans constater la moindre avancée pour mes collègues infirmières, aide-soignantes, secrétaires. Je n'en peux plus de devoir expliquer que non, vous ne m'avez pas payé mes études. Je n'en peux plus d'avoir sacrifié 10 ans de ma vie à apprendre un métier passionnant, pour que 5 ans de pratique aient pourri ma vision à ce point. Je n'en peux plus de faire partie d'une profession avec un risque de suicide aussi élevé, sans que cela n'émeuve quiconque. Je n'en peux plus que des journalistes se croient aptes à juger ma pratique. Je n'en peux plus d'être revenu au mépris d'avant le COVID, malgré 3 ans passés à tenir les murs d'un hôpital qui s'écroulait... Cette année, comme beaucoup de mes confrères, je raccroche ma blouse. Ca m'évitera de rejoindre les confrères suicidés...»*

Ce témoignage est un bon reflet des messages échangés sur le groupe. Malheureusement de nombreux appels à l'aide ont lieu de façon anonyme sur les réseaux sociaux, avec certes beaucoup de bienveillance dans les réponses, des propositions de soutien mais peu de possibilité d'orienter vers une prise en charge spécialisée.

Il est dommage qu'il n'existe pas un registre national des USPS, qui permettrait aux médecins de pouvoir envisager de se mettre à l'abri en choisissant un lieu à distance de leur activité, qui leur garantirait de ne pas croiser des patients.

Notre pratique clinique et ce travail nous questionnent sur l'amélioration possible du parcours de soins du médecin-patient. Comment faire pour que l'ensemble des médecins ait connaissance du réseau de soin ? Comment déstigmatiser l'expression de la souffrance psychique ? Comment repérer et orienter le confrère en situation d'épuisement ? Comment faciliter l'accès aux soins des médecins ?

Ces questions nous amènent à formuler plusieurs propositions :

- Mise en place d'un registre national des USPS, avec dans l'idéal, une interface unique, et d'un registre national des associations de soutien
- Communication nationale via les bulletins départementaux et nationaux du conseil de l'ordre
- Création d'une filière spécifique médecin d'admission en USPS avec encouragement à l'auto évaluation et à l'auto-adressage.

Le principe de l'auto-adressage a pour but de faciliter et d'accélérer la prise en charge du médecin, la majorité des médecins en France n'ayant pas de médecin traitant (s'étant pour la plupart déclarés comme étant leur propre médecin).

- Possibilité d'accéder à un fléchage de réseau de soins sur le site internet du conseil de l'ordre national, à destination des médecins en situation de souffrance psychique :

Le rapport d'enquête du conseil national de l'ordre sur la santé des étudiants et jeunes médecins de 2016 pointait l'ampleur de la souffrance psychique et les difficultés de recours aux soins spécialisés. La grande majorité des jeunes médecins interrogés attendaient une aide de l'ordre en cas de difficultés.

Quand pourra-t-on trouver sur le site du conseil de l'ordre national un onglet supplémentaire, à côté de « je suis médecin » et de « je suis patient » un onglet « je suis médecin-patient » ? La santé psychique des médecins doit être une priorité nationale et l'ordre national devrait être en première ligne pour apporter information et soutien pour les médecins en situation difficile. Il nous semble plus compliqué de solliciter l'ordre départemental, plus stigmatisant pour un médecin implanté dans un réseau de soins, ne permettant pas un « anonymat ». De la même manière que le médecin ne va pas solliciter son confrère psychiatre de proximité pour un problème le concernant, de même, il n'ira pas demander de l'aide au conseil départemental pour une souffrance psychique.

La souffrance psychique reste stigmatisante, plus encore pour les professionnels de santé, a fortiori pour les médecins.

Le repérage et la prise en charge précoce des médecins en situation de souffrance, permettront d'éviter une évolution défavorable, pouvant conduire à une inaptitude temporaire ou définitive.

## Conclusions

Ce travail nous a permis d'avoir une connaissance précise et non plus intuitive, du profil des médecins accueillis en USPS.

Avant de travailler en USPS et d'intégrer le DIU, je ne mesurais pas la prévalence de la souffrance psychique des professionnels de santé, et des médecins en particulier. Les rares médecins que j'avais eu l'occasion de prendre en charge en CHS présentaient principalement des états maniaques nécessitant une mesure de contrainte, ou des états de crise suicidaire avec relai rapide en clinique.

Le contact quotidien des professionnels de santé en souffrance, et des médecins en particulier est un enseignement exigeant.

Écouter la souffrance psychique demande une disponibilité et une capacité de distanciation pour ne pas être pris dans le discours du patient, à fortiori quand il s'agit d'un médecin ayant le même parcours que soi.

Le développement des initiatives (groupe de soutien, formations, missions ministérielles) semble aller dans le sens d'une sensibilité accrue à l'usure des professionnels de santé.

Le dispositif USPS s'intègre dans le réseau de soin. En faciliter l'accès permettrait de pouvoir prendre en charge des situations cliniques moins dégradées, et un accompagnement plus pertinent sur le chemin de la reprise d'une activité professionnelle performante.



## Bibliographie

- 1- Beaucher AL. (2021) *Passer la porte du psy quand on est soignant* Mémoire DIU
- 2- 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.
- 3- Bessière S. *La féminisation des professions de santé en France : données de cadrage* Revue française des affaires sociales 2005/1, pages 17 à 33
- 4- Effectifs 2018 (DREES) médecins : 226 219, infirmiers 700 988, aides-soignants et ASH
- 5- Cuvelier K. (2019) *Prise en charge au sein de la clinique des Orchidées de soignants hospitalisés pour un état d'épuisement professionnel*. Mémoire DIU
- 6- Jullian B. (2018) *Profil et circonstances de l'accès aux soins spécialisés de médecins-patients souffrant d'addiction*. Mémoire DIU
- 7- Sellier C. (2020) *Unité d'hospitalisation pour les soignants : Quels patients ? quelles pathologies ?* Mémoire DIU
- 8- Bayle-Iniguez A. (2016) *Enquête édifiante du CNPS : un médecin sur deux se dit concerné par le burn-out*. Quotidien du médecin 18 janvier 2016
- 9- Canouï P. (2003) *La souffrance des soignants : un risque humain, des enjeux éthiques*. Médecine Hygiène 2003/2 ; vol 8 : 101-104
- 10- Castro-Frenzel K. *Physician-as-Patient—Vulnerabilities and Strengths*. JAMA. 2022;328(23):2303–2304. doi:10.1001/jama.2022.21859
- 11- Galam E. (2015) *Soigner les soignants : La formation implicite des médecins et leurs fragilités*. Médecine 2015 ; 11 288-290
- 12- Galam E. (2017) *Prendre soin de ceux qui nous soignent : une stratégie nationale et un investissement de chacun dans la durée*. Médecine 2017 ; 9 293-296
- 13- Galam E. (dirigé par, 1996) *Infiniment médecins* Editions Autrement
- 14- Léopold Y. (2015) *Suicide et souffrance du médecin*. Médecine 2015 ; 11 : 391-393
- 15- Frajerman A, Deflesselle E, Colle R, Corruble E, Costemale-Lacoste JF. *Santé mentale des médecins libéraux français pendant la deuxième vague de COVID 19* Encephale. 2023 Apr 6:S0013-7006(23)00043-X.

<https://www.lejournaldumedecin.com/info/sante-mentale-des-medecins/article-normal-68879.html>

<https://www.letudiant.fr/etudes/medecine-sante/sante-mentale-deux-etudiants-en-medecine-sur-cinq-ont-des-symptomes-depressifs.html>

<https://www.whatsupdoc-lemag.fr/article/une-enquete-nationale-revele-letat-de-sante-mentale-preoccupant-des-etudiants-en-medecine.html>

## Synopsis

Psychiatre dans une unité recevant des professionnels de santé, je me suis intéressée au parcours des médecins lorsqu'ils deviennent patients.

Le constat de la souffrance exprimée par certains médecins, majoritairement des médecins généralistes, sur le groupe médical d'un réseau social et la méconnaissance des dispositifs USPS, a renforcé mon envie d'explorer ce parcours spécifique, à partir de l'étude rétrospective des dossiers des médecins reçus en USPS depuis 3 ans.

J'ai procédé à un recueil de données à partir de la demande d'admission et du compte-rendu d'hospitalisation de 19 dossiers.

Ces données m'ont permis de repérer certains facteurs de vulnérabilité et d'évaluer l'impact professionnel de la décompensation.

Ce travail a renforcé ma conviction de l'intérêt d'une filière d'admission spécifique pour les médecins.

Psychiatrist in a unit receiving health professionals, I was interested in the journey of doctors when they become patients.

The observation of the suffering expressed by certain doctors, mainly general practitioners, on the medical group of a social network and the lack of knowledge of USPS systems, reinforced my desire to explore this specific journey, based on the retrospective study of records from doctors received in USPS for 3 years.

I collected data from the admission request and the hospitalization report for 19 files.

These data allowed me to identify certain vulnerability factors and assess the professional impact of decompensation.

This work reinforced my conviction of the interest of a specific admission pathway for doctors.