

**Dr. T. JAVELOT**  
**Psychiatre**  
**Clinique Le Gouz**  
**Louhans (Bourgogne)**

**Soirée FMC Haguenau**  
**Mercredi 17/02/2021**  
**20h30 Visioconférence**



**Nous prenons soin de vous**

# **LA PRISE EN CHARGE THERAPEUTIQUE DES SOIGNANTS**

# LA DEMANDE EN 5 QUESTIONS

1. Y a-t-il des aspects spécifiques des pathologies des soignants et de leur prise en charge ?
2. Quelles attitudes adopter devant un soignant malade ?
3. Le *burnout* : entité autonome ou masque socialement acceptable de différentes situations cliniques ?
4. La répercussion de la crise sanitaire : résilience, décompensation psychique ou quoi d'autre ?
5. Quelles sont les structures de soins dédiées aux professionnels de santé et comment y orienter le soignant ?

# DU CÔTÉ DE LA SPÉCIFICITÉ...

1. La fréquence des troubles mentaux au sein de la population générale
  - reste élevée chez les actifs (y compris bien insérés, socialement « favorisés » et/ou reconnus),
  - notamment dans les professions au contact de populations en souffrance, et/ou mettant en tension les relations interpersonnelles
  - Et chez les soignants singulièrement :
    - peuvent présenter toutes les pathologies psychiatriques constituées... et les négliger (« **principe du cordonnier** ») ; idem au plan somatique !
    - cumulent les facteurs de risques concernant les problématiques plus spécifiquement professionnelles : *burnout*, état de stress post-traumatique
    - et sont plus particulièrement soumis à des injonctions contradictoires (ex. « aider ceux qui agressent » dans un service d'urgence)

# 2018, ANNÉE D'OUVERTURE DE LA CLINIQUE...



## Santé mentale des actifs en France

### Un enjeu majeur de santé publique

Etude de la Fondation Pierre Deniker

présentée le 26 novembre 2018

Conseil économique, social et environnemental



FONDATION  
Pierre Deniker  
POUR LA RECHERCHE & LA PRÉVENTION EN  
SANTÉ MENTALE



Avec le soutien de :  
FONDATION  
BTP+  
Sous l'égide de la Fondation de France

# 2018, ANNÉE D'OUVERTURE DE LA CLINIQUE...

Données européennes  
sur le *burnout* :

## La France dans le rouge



## Burnout in Europe

Relations with National Economy, Governance and Culture<sup>1</sup>

Version 1.0  
October 2018

Prof. dr. Wilmar Schaufeli

KU Leuven, Belgium

&

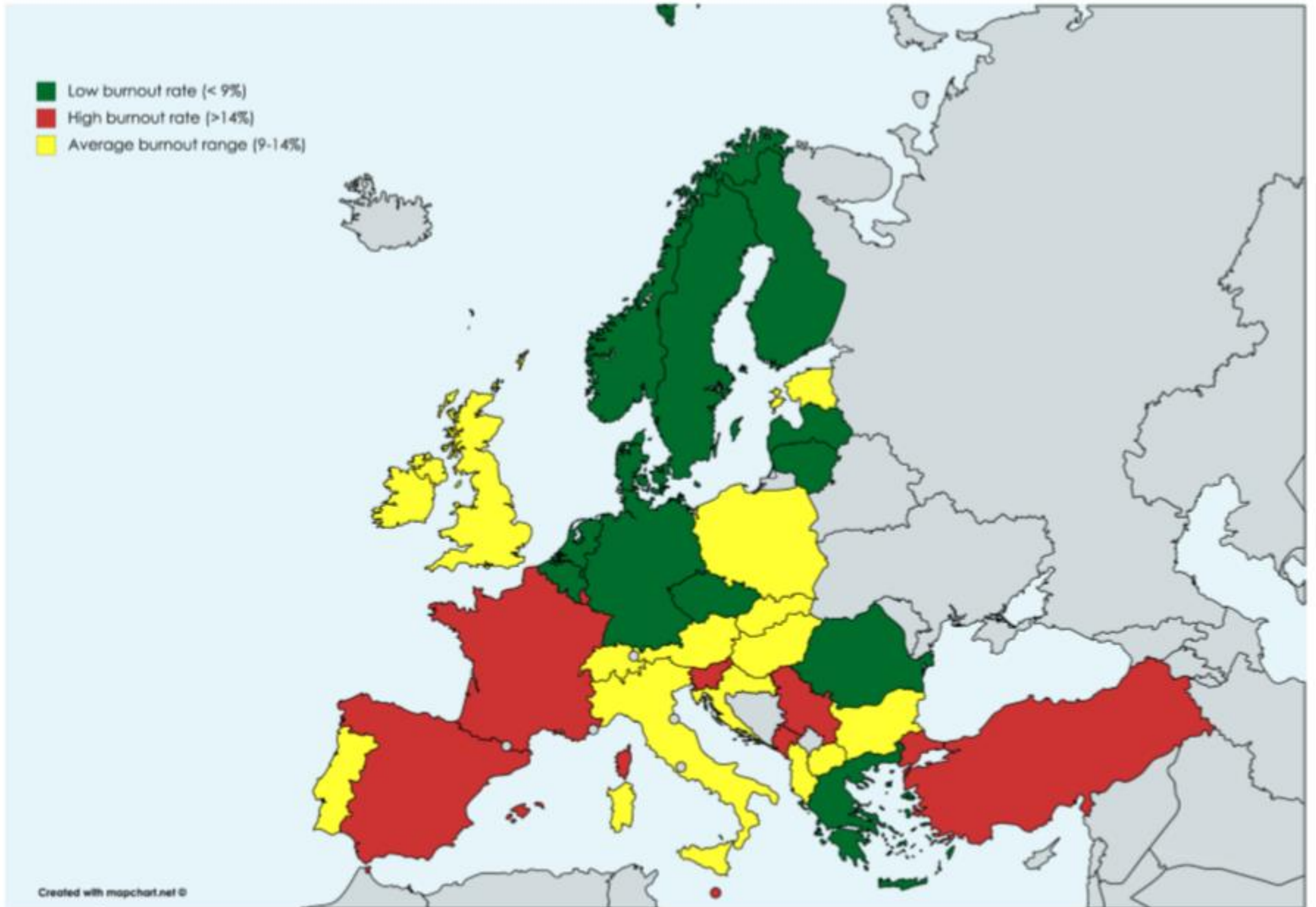
Utrecht University, The Netherlands



<sup>1</sup> Please cite as: Schaufeli, W.B. (2018). *Burnout in Europe: Relations with national economy, governance, and culture*. Research Unit Occupational & Organizational Psychology and Professional Learning (internal report). KU Leuven, Belgium.

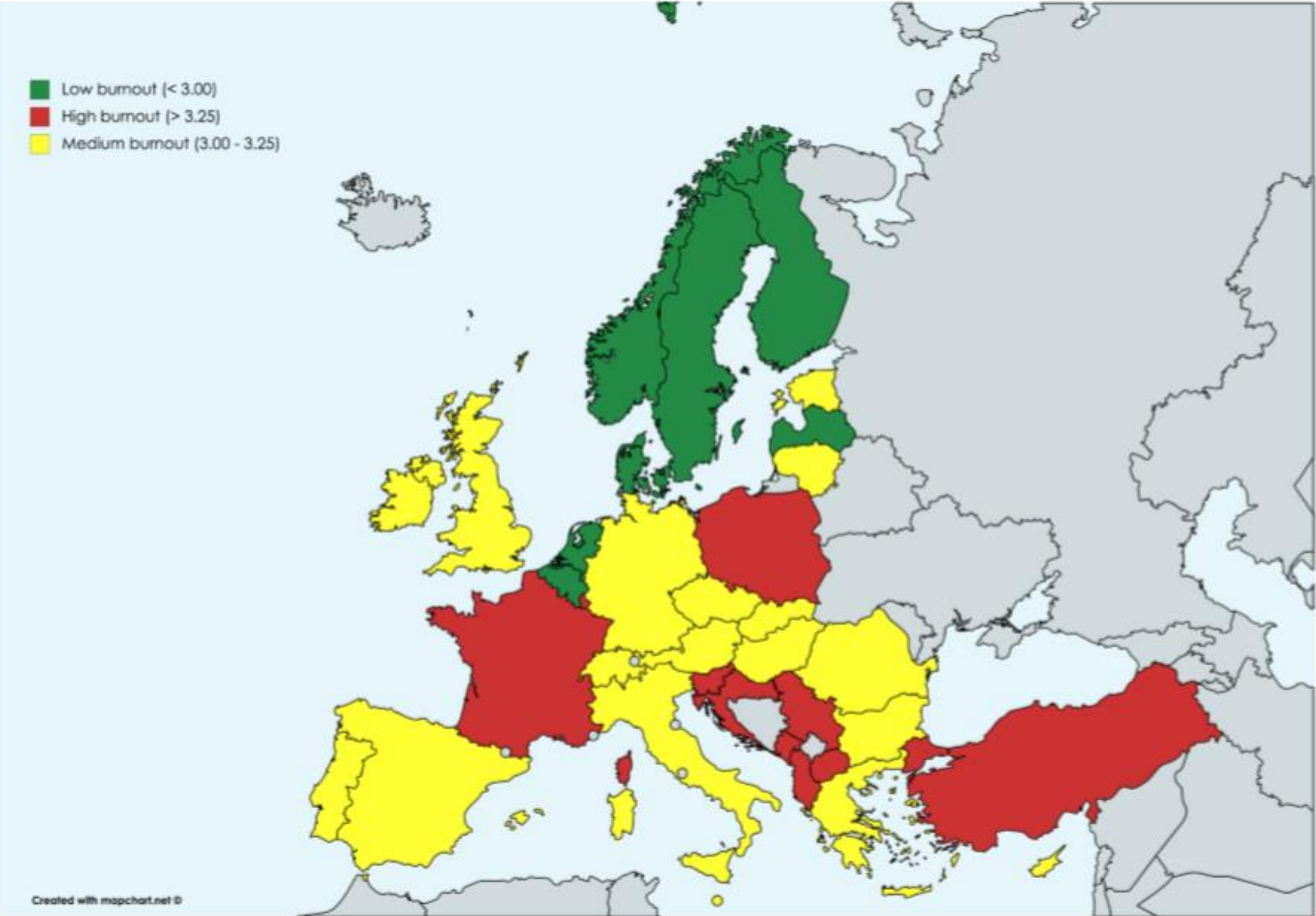


Figure 5: Burnout rates in Europe (%)



Source: 6<sup>th</sup> EWCS - 2015

Figure 3: Levels of burnout in Europe (scale 1-5)



Source: 6<sup>th</sup> EWCS - 2015

# DU CÔTÉ DE LA SPÉCIFICITÉ...

2. Les troubles psychiatriques des soignants constituent un double enjeu de santé publique, du fait :

- de leur gravité particulière chez ces professionnels :
  - accessibilité des substances addictives ou létales,
  - **taux de suicide environ 2 x supérieur** à la population générale (et donc particulièrement inattendu dans des catégories socio-professionnelles globalement favorisées et féminisées)

*Ex. : mars 2014 au CH de Châteauroux, une anesthésiste de 37 ans met fin à ses jours en s'injectant une dose mortelle de produits médicaux utilisés au bloc opératoire.*

- des risques potentiels (peu quantifiés) qu'ils font courir aux patients

*Ex. : septembre 2014 à la maternité d'Orthez, une anesthésiste de 45 ans réalise, en état d'ivresse éthylique, une intubation œsophagienne chez une jeune maman de 28 ans, qui décédera quelques jours plus tard.*



# Ces médecins qui se droguent avec leurs propres médicaments

Avec un travail stressant et des opiacés à portée de main, pas étonnant que certains docteurs deviennent accros aux médocs qu'ils prescrivent à leurs patients.

Partager



Tweet



Cet article a été initialement publié sur [VICE UK](#).

En 2015, Julien Warshafsky était retrouvé inanimé après s'être shooté au fentanyl, un puissant opioïde. Mais Julien n'avait rien d'un héroïnomanie de rue ou d'un psychonaute du dark web. C'était un jeune médecin qui avait fait une surdose sur son lieu de travail, cinq minutes après avoir anesthésié un patient au Medway Maritime Hospital, dans le comté de Kent en Angleterre.

## Drame de la maternité d'Orthez : le centre hospitalier mis en examen pour homicide involontaire



Le 26 septembre 2014, une patiente de 28 ans de la maternité est décédée à la clinique d'Orthez. L'hôpital public a

# Association Nationale Jean Louis Mégnien

## Suicide de Jean-Louis Mégnien: un « homicide involontaire » pour l'inspection du travail

... fin 2015, puis, début 2017, suicide d'un infirmier de 40 ans, revenu sur son lieu de travail pour passer à l'acte, également au CH Georges Pompidou, également par défenestration.

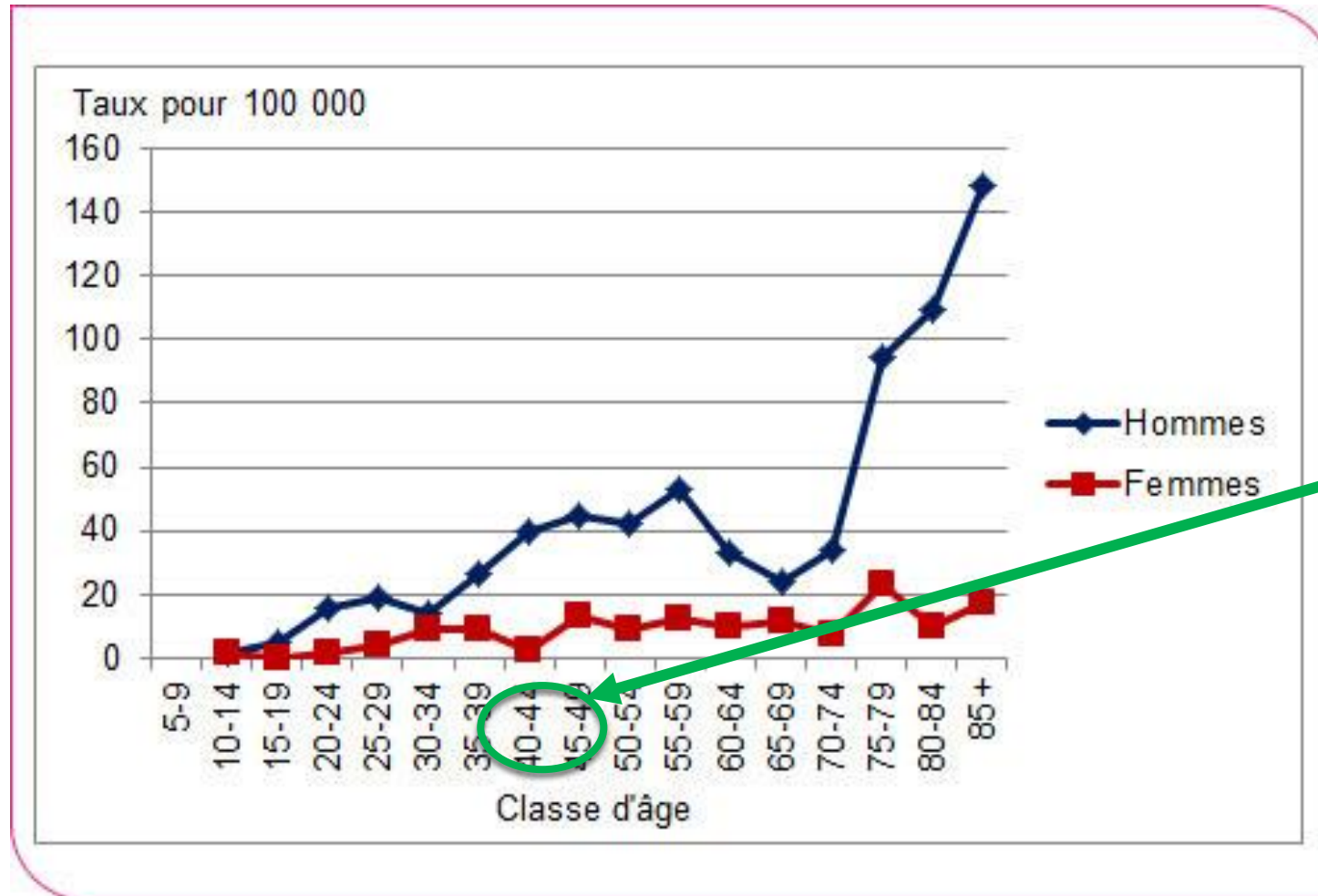
Garder à l'esprit la « contagiosité » suicidaire (effet Werther) possible au sein des institutions ou d'un même corps de métiers :

*en 2019 suicide de deux chirurgiens à un mois d'intervalle :*

- *le 3 février, Pr. Christophe Barrat, 57 ans, AP-HP*
- *le 3 mars, Dr. Nicolas Siegler, 37 ans, CH Bagnols Sur Cèze*

# DU CÔTÉ DE LA SPÉCIFICITÉ :

## UNE ÉPIDÉMIOLOGIE SPÉCIFIQUE DU SUICIDE DES SOIGNANTS ?



Taux de suicide par sexe et par classe d'âge en France en 2012

Risque suicidaire chez une femme de la tranche d'âge 37 à 42 ans faible en population générale, en particulier s'il existe des « facteurs de protection » (vie en couple, statut social favorable) dont disposent le plus souvent les femmes médecins, lesquelles se suicident néanmoins beaucoup.

Facteurs explicatifs : nature du travail lui-même ? Connaissance des moyens létaux ? Troubles psychiatriques (bipolarité type II) non diagnostiqués et/ou automédication hasardeuse (benzodiazépines, antidépresseurs), conduites addictives précipitant le geste ?



# DU CÔTÉ DE LA SPÉCIFICITÉ...

3. Enfin, il existe chez les professionnels du soin une demande de prise en charge spécifique, relayée par les instances ordinales des professions concernées (médecins surtout, infirmiers en second lieu) :

- demande mise à distance géographique
- demande discrétion, confidentialité voire anonymat

Culpabilité et crainte d'une stigmatisation sont à l'œuvre, et constituent les freins majeurs de l'accès aux soins ; les « clichés » (faiblesse morale, etc.) sur les pathologies mentales (et leur prises en charge : psychotropes « lourds », chronicité, etc.) sont identiques chez les soignants...

... l'enjeu est également de ne pas croiser les professionnels auxquels on adresse ses propres patients, ni ses patients eux-mêmes.

Demande d'autant plus légitime que des données étrangères montrent une meilleure efficacité des soins en unités dédiées (ex. : diminution de plus de la moitié taux de rechute pour les addictions aux opiacés aux USA)



# DU CÔTÉ DE L'ATTITUDE À ADOPTER...

1. ... *A priori* / en premier lieu, la même que pour tout autre patient !
  - s'il vient consulter, c'est qu'il a « franchi un cap » (au moins un, celui d'une éventuelle réticence à consulter, à renforcer positivement donc : « c'est bien que vous puissiez m'en parler ») ;
  - et mener ensuite la consultation « conformément à vos habitudes ».
  
2. ... en gardant à l'esprit les risques spécifiques :
  - risque suicidaire élevé (y compris en présence de facteurs de protections personnels « théoriques » ; enquête à mener du côté de suicides dans l'institution ou l'entourage professionnel),
  - automédication (y compris chez les paramédicaux qui se « servent » dans les services),
  - troubles psychiatriques dissimulés voire « socialement instrumentalisés » (« hyperactivité », « hyperinvestissement professionnel », etc. : à traduire souvent par hypomanie du trouble bipolaire type II),
  - addictions (psychotropes, alcool, antalgiques opiacés)

# DU CÔTÉ DE L'ATTITUDE À ADOPTER...

3. ... et les « clichés » / stéréotypes stigmatisants de la maladie mentale et de son traitement, identique cette fois à ceux de la population générale ;

4. Il faut donc en dernier lieu explorer les réticences prévisibles à la prise en charge : vous auriez du mal à prendre un traitement psychotrope ? Vous ne seriez pas à l'aise en consultant un confrère / psychologue / psychiatre proche de chez vous ? Vous pensez ne pas avoir suffisamment de temps à consacrer à des soins ? Etc., selon votre perception de la situation.

5. Travail « motivationnel » vis-à-vis du soin (suivi psychologique, traitement psychotrope éventuel)

6. Information sur les dispositifs d'écoute dédiés aux professionnels en santé (ordres, associations) et les structures hospitalières dédiées

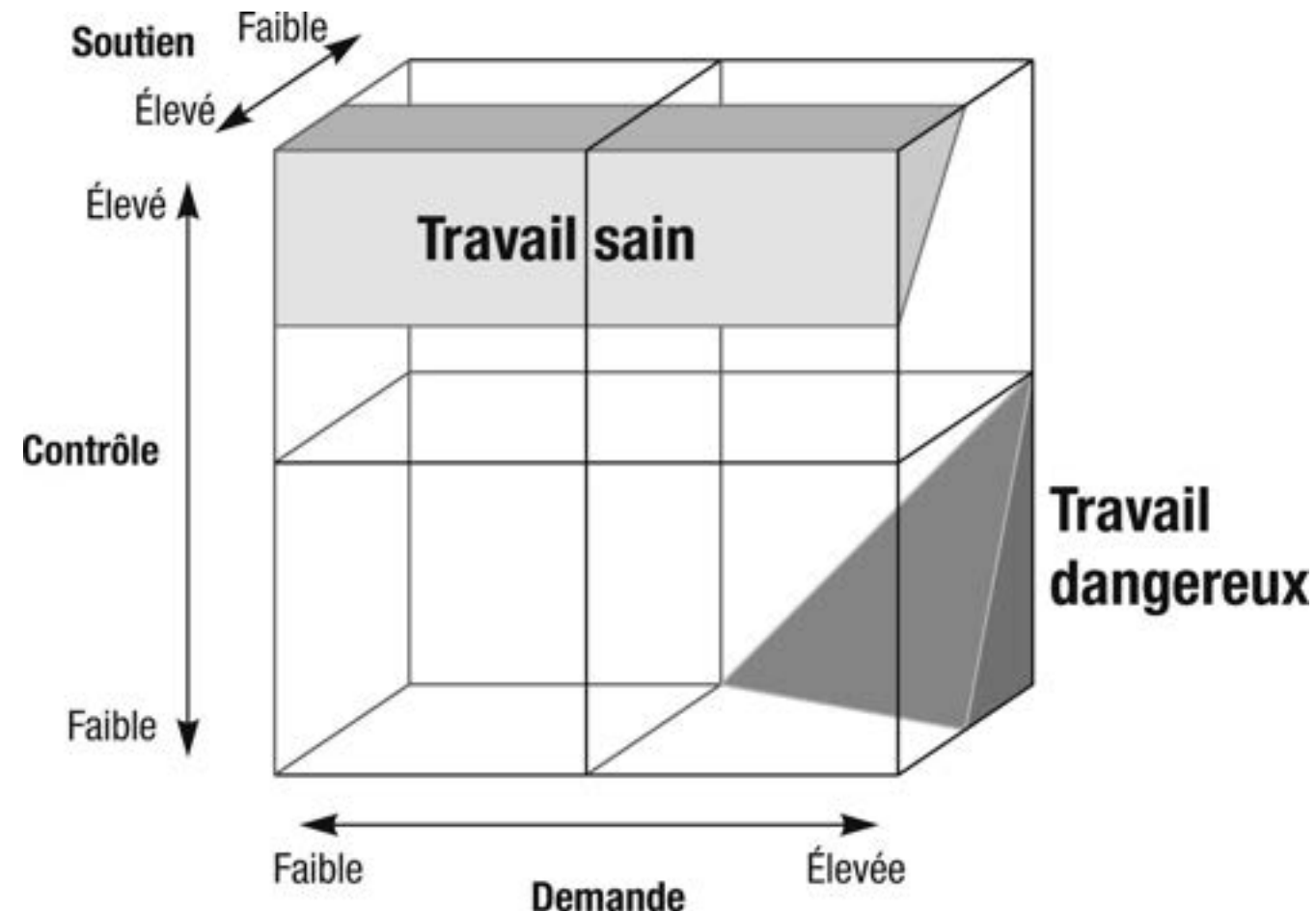
# DU CÔTÉ DE L'ATTITUDE À ADOPTER...

Si la souffrance s'exprime du côté d'un mal être (prédominant) au travail, l'explorer par trois questions, portant sur :

- le vécu **d'un soutien** (par les collègues, la hiérarchie, etc.) ;
- le vécu **d'un contrôle** sur les tâches à réaliser (organisation, priorisation, etc.) ;
- de l'importance **de la demande** (charge de travail, exigences élevées du côté de la rapidité, de la polyvalence, etc.).

En cas de perception simultanée :

- d'un faible soutien,
  - d'une perte de contrôle,
  - d'une demande élevée,
- arrêt de travail à envisager.



*Modèle de Karasek « étendu »*

# DU CÔTÉ DU *BURNOUT*...

- Genèse d'un concept : des années 30 aux années 60
  - convergence de conceptions biologiques, médicales, psychologiques, sociales de l'adaptation à la contrainte environnementale :
  - **stress chronique** et « syndrome général d'adaptation » (H. Selye, 1936),
  - années 50-60 : **dépression d'épuisement** comme forme de dépression réactionnelle à un excès de « conscienciosité » chez les sujets ayant des responsabilités professionnelles (*vécues comme*) importantes,
  - approche diachronique de la dépression d'épuisement (P. Kielholz, 1959) avec phase prodromique hyperesthésique (anxiété, irritabilité, hyper-réactivité émotionnelle) – asthénique, **phase d'état psychosomatique puis fléchissement thymique et dépression caractérisée.**
- Apparition du terme *burnout* (H. B. Bradley, 1969)
- Description clinique précise du syndrome (H. Freundberg, 1974) identifié chez des soignants investis auprès de jeunes toxicomanes
- Délimitation nosographique et identification de 3 dimensions symptomatiques (C. Maslach, 1976) explorés par le *Maslach Burnout Inventory* (MBI)



# DU CÔTÉ DU *BURNOUT*...

Ces 3 axes ainsi décrits *pourraient* correspondre à trois dimensions indépendantes :

- **L'épuisement émotionnel** (auquel le *burnout*, en tant qu'aboutissement d'un processus évolutif, devrait se réduire pour certains auteurs),
- La **déshumanisation** des relations interpersonnelles (parfois retranscrit par *dépersonnalisation* ou *cynisme* avec des ambiguïtés sémantiques),
- La **perte d'accomplissement personnel au travail** (parfois retranscrit par *désinvestissement professionnel*, de manière là encore imprécise).

La validité de cette description est largement remise en cause, de même que l'utilisation du MBI comme outil exclusif de dépistage. Néanmoins...

# DU CÔTÉ DU *BURNOUT*...

HAS

HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

FICHE MÉMO

Repérage et prise en charge cliniques  
du syndrome d'épuisement  
professionnel ou *burnout*

RAPPORT D'ÉLABORATION

Mars 2017

# DU CÔTÉ DU *BURNOUT*...

Problème récurrent du repérage nosographique, diagnostic différentiel et comorbidité,

Notamment, dans une perspective étiopathogénique, vis-à-vis d'une dépression *réactionnelle* à un stress professionnel chronique,

dont le *burnout* pourrait, au moins dans certains des cas, n'être que l'annonciateur en cas de poursuite de l'exposition.

**En pratique clinique environ 50 % des patients en *burnout* sont déjà déprimés** lorsqu'ils consultent un spécialiste.

Quelle attitude adopter ? **L'arrêt de travail comme test thérapeutique** s'il existe des arguments en faveur d'un travail stressant : perception simultanée = faible soutien + perte de contrôle + demande élevée.

# DU CÔTÉ DU *BURNOUT*...

Outre la comorbidité dépressive, on note une grande fréquence :

- des traits de personnalité possiblement favorisants vis-à-vis du *burnout*, mais ayant aussi pu favoriser l'engagement vers les professions du soin ;
- de troubles mentaux caractérisés, évolutifs *et non diagnostiqués*, pouvant participer à l'épuisement (ex. trouble bipolaire) tout en restant « ajusté » dans certains cas aux « attentes sociétales » vis-à-vis de la profession concernée (médecins en particulier).
- des conduits addictives et des conduites d'automédication pouvant là encore compliquer le diagnostic.

Enfin, le *burnout* est, de fait, un syndrome « à la mode », socialement bien plus acceptable que la plupart des diagnostics psychiatriques ; au sein de la clinique Le Gouz, le *burnout*, annoncé comme motif d'hospitalisation pour environ 30 % des patients, n'est retenu comme diagnostic principal que chez 25 % d'entre eux (soit au final moins de 10 % du total des hospitalisés).



# DU CÔTÉ DE LA CRISE SANITAIRE...

Deux étapes phases d'admission observées à la clinique Le Gouz en lien avec la pandémie :

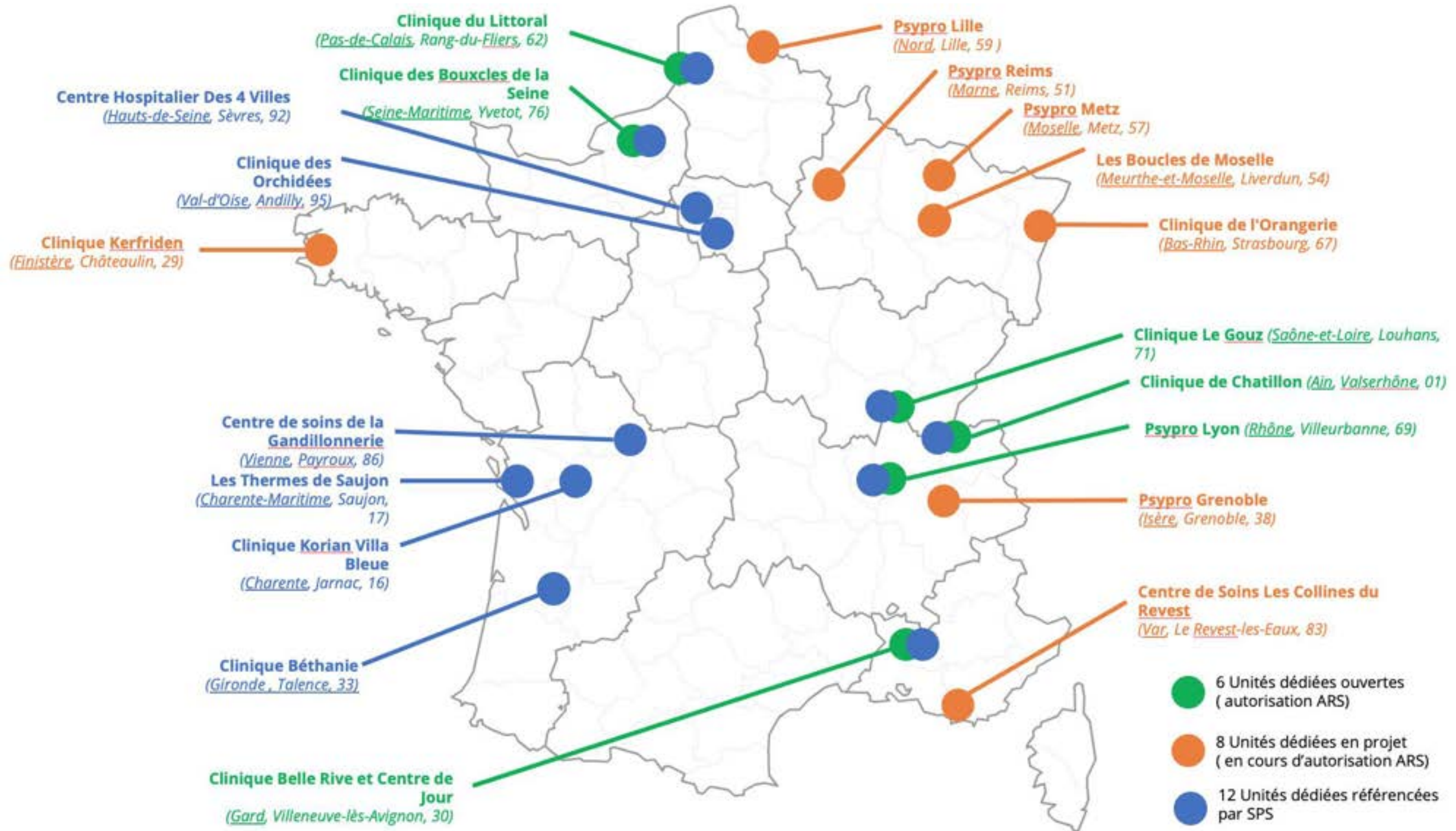
- 1<sup>ère</sup> phase, 1<sup>ère</sup> vague : (presque) rien de vraiment « spécifique » mais des décompensations de pathologies antérieures, connues ou méconnues, et de conduites addictives ; résilience +++, soutien social et sociétal, applaudissements et promesses *pour-que-plus-jamais-ça...*
- petit répit (pour certains) : *burnout*, états de stress post-traumatiques
- 2<sup>ème</sup> phase, 2<sup>ème</sup> vague (pour certains, 1<sup>ère</sup> « réelle » pour d'autres), et la suite : *burnout*, « COVID long » sous forme (neuro)-psychiatriques (asthénie diurne, insomnie, inversion du cycle, céphalées, manifestations psychosomatiques / neurovégétatives), manifestations phobiques et refus « d'y retourner » (soignants d'EHPAD) ; vécu de manque de reconnaissance, attentes déçues...

# DU CÔTÉ DES DISPOSITIFS DE SOINS...

Deux grands types de dispositifs d'écoute et d'orientation :

- Les entre-aides ordinales (médecins et infirmiers) : **0800 288 038**
- Les associations : Association SPS (Soins aux Professionnels de Santé) à laquelle la Clinique Le Gouz est adhérente, et disposant :
  - d'un site internet : [asso-sps.fr](http://asso-sps.fr) avec une carte des structures dédiées
  - d'une plate-forme d'écoute (numéro vert, 7/7, 24/24) : **0805 232 336**
  - d'une application smartphone avec une liste de psychologues écoutants
- La Clinique Le Gouz, établissement *entièrement dédié* aux professionnels de santé (les autres établissements intégrant des unités au sein de cliniques de psychiatrie générale, et/ou d'unité de psychopathologie du travail).

# DU CÔTÉ DES DISPOSITIFS DE SOINS...



# DU CÔTÉ DES DISPOSITIFS DE SOINS...



[clinique-le-gouz@ramsaygds.fr](mailto:clinique-le-gouz@ramsaygds.fr)

15 route de Sornay, 71500 Louhans

**Dr. Thierry Javelot | Médecin coordinateur  
Psychiatrie adulte – Addictologie clinique**

+33 (0)3 85 76 39 00

+33 (0)6 07 30 12 85

[t.javelot@ramsaygds.fr](mailto:t.javelot@ramsaygds.fr)



# LA RÉPONSE À LA DEMANDE...

1. Y a-t-il des aspects spécifiques des pathologies des soignants et de leur prise en charge ? **Oui ! Risque suicidaire élevé, risque pour les patients, demande légitime (car plus efficace) d'une prise en charge en établissement dédié**
2. Quelles attitudes adopter devant un soignant malade ? **La même qu'avec un autre patient, en ayant à l'esprit les risques spécifiques, les facteurs professionnels (soutien, contrôle, demande), l'existence de dispositifs dédiés**
3. Le *burnout* : entité autonome ou masque socialement acceptable de différentes situations cliniques ? **Les deux !**
4. La répercussion de la crise sanitaire : résilience, décompensation psychique ou quoi d'autre ? **Tout cela, *burnout* et états de stress post-traumatique**
5. Quelles sont les structures de soins dédiées aux professionnels de santé et comment y orienter le soignant ? **Cf. carte de l'association SPS !**

**Merci de votre attention !**