BURN OUT

DOSSIER ÉLABORÉ SELON LES CONSEILS SCIENTIFIQUES DE Mme MARIE PEZÉ,
Réseau de consultations « souffrance et travail », Levallois-Perret
www.souffrance-et-travail.com
mmpeze@gmail.com

M. Pezé déclare n'avoir aucun lien d'intérêts.

© ADOBE STOCK/BRIAN JACKSON

Ce dossier est consacré au *burn out*, à la place essentielle que les médecins traitants occupent dans la prise en charge des patients concernés. Sans leur suivi attentif, leur connaissance des antécédents, sans la confiance que les patients leur accordent, nombre d'entre eux seraient poussés au passage à l'acte suicidaire tant ils se sentent enfermés dans une situation d'impasse.

La prise en charge du *burn out* est complexe, elle se situe aux confins des nouvelles méthodes de management, du droit, de la médecine, de notre système médico-administratif. Les savoirs pluridisciplinaires et croisés nécessaires à sa prise en charge ne peuvent être tenus par un clinicien seul. Lui-même en butte à l'intensification de son travail, à la charge administrative et procédurale, au contrôle de son travail, le médecin fait avec ses outils : l'écoute, limitée par le temps, l'arrêt maladie, limité dans le temps, les médicaments, limités dans leurs effets.

Ce dossier a pour seule vocation d'informer les praticiens sur les outils existants, éprouvés, efficaces, de leur donner des réponses pragmatiques, de les sortir aussi de leur isolement.

Marie Pezé

SOMMAIRE

P. 892 Qu'est-ce qu'un *burn out* ? **P. 896** Signes d'alerte, diagnostic précoce
P. 905 Bilan neuropsychologique **P. 906** Prise en charge tardive : quel pronostic ?
P. 910 *Burn out* des soignants **P. 912** Les ressources **P. 913** Les 10 messages

TOUS DROITS RESERVES - LA REVUE DU PRATICIEN

Qu'est-ce que le *burn out* ?

Le lien avec le travail est essentiel

CATHERINE THIERY
Centre d'accueil psychiatrique, Nice, France.
thiery.c@chu-nice.fr

C. Thiery déclare n'avoir aucun lien d'intérêts.

Le *burn out* (ou syndrome d'épuisement professionnel) n'est pas actuellement référencé comme « maladie » dans les systèmes nosographiques internationaux, mais figure au chapitre 21 de la 10e version de la Classification internationale des maladies (CIM-10), rubrique des « Facteurs influant sur l'état de santé et motifs de recours aux services de santé » sous le code Z73.

Nourri de recherches en psychologie sociale, à partir des années 1970, initialement dans le milieu soignant, puis dans d'autres sphères, ce concept souffre d'un manque de consensus dans sa définition. Le terme de « *burn out* » est largement répandu dans le langage courant sous des acceptions les plus diverses, ce qui entretient une certaine confusion. Il peine à s'individualiser car d'autres entités peuvent entretenir un lien avec le travail, par exemple la dépression avec laquelle il partage de nombreuses caractéristiques.[1] Mais dans le cas du *burn out* le lien avec le travail est essentiel.

Quelques repères chronologiques

Les années 1970 représentent pour ce concept une période charnière, à la fois pour lui fournir une assise scientifique (dans la lignée des travaux de recherche sur le stress*) mais aussi pour le lier à la notion d'une dégradation du rapport subjectif au travail.[2] Les travaux les plus importants ont été réalisés par Freudenberger puis Maslach, à la suite d'observations dans les métiers du soin. Ils ont donné lieu à un modèle tridimensionnel et séquentiel**, résultant d'un stress cumulatif en lien avec l'activité, et à un outil d'évaluation encore le plus couramment utilisé de nos jours dans les enquêtes épidémiologiques : le *Maslach Burnout Inventory* (MBI).

À partir des années 1980, le *burn out* est décrit et étudié dans d'autres sphères que les métiers du soin et s'est peu à peu étendu à toutes les catégories professionnelles, soulevant de nombreuses interrogations quant à la validité de ce concept dans un champ élargi.

Changement de perspective dans les années 1990 avec la psychodynamique du travail,[3] qui postule que la souffrance au travail ne se résume pas à un simple effet cumulatif lié aux contraintes inhérentes à l'activité (renvoyant plutôt au concept de « pénibilité ») mais découle de la mise en échec des mécanismes de défense personnels et collectifs (non pathologiques) habituellement mis en place pour « faire avec » l'activité (*v.* encadré 1). Ces mécanismes seraient mis à mal en raison de bouleversements trop rapides et délétères de l'organisation du travail, nuisibles à la coopération et à la qualité des collectifs de travail, repérés ici comme facteurs protecteurs de la santé mentale des travailleurs.

Des modalités défensives plus radicales (répression, déni de perception, clivage…) sont parfois convoquées pour « tenir » malgré la baisse du sentiment d'accomplissement dans son activité et la perte de sens, menaçant l'intégrité psychique et somatique du sujet. Souvent renforcées par des procédés « auto-calmants » tels que l'activisme ou la consommation de substances, elles entraînent malheureusement le sujet dans une spirale négative, dégradant davantage son rapport à l'activité et l'isolant du collectif.

Qu'observe-t-on en clinique ?

Voir le tableau 1.

Un ensemble de troubles fonctionnels non spécifiques, dont il faut noter le caractère inhabituel, eu égard au tempérament du sujet, susceptibles d'apparaître simultanément ou successivement, d'aggravation progressive, touchant les sphères affective, cognitive, comportementale et physiologique.

Une rupture dans son rapport subjectif à l'activité professionnelle, en référence à un état antérieur.

Des modalités évolutives caractéristiques au regard de l'activité.

Complications évolutives

Elles vont surgir en cascade en l'absence de repérage précoce et soins appropriés :
– conflits au sein du collectif, passages à l'acte violent auto- ou hétéro-agressifs, désignation en bouc émissaire, licenciement pour faute… ;
– retentissement dans la sphère familiale (rupture du couple, épuisement du conjoint, maltraitance des enfants…) ;
– accidents de santé (accident de travail, de trajet-travail, accès hypertensif, accident vasculaire,[4] chute brutale et massive du tonus, addictions, décompensations

* Pour mémoire, le stress est considéré comme un déséquilibre entre les exigences environnementales et les ressources pour y faire face. Voir les travaux de Selyes.

** Triade classique : épuisement émotionnel, cynisme vis-à-vis du travail, diminution de l'accomplissement personnel au travail.

TOUS DROITS RESERVES - LA REVUE DU PRATICIEN

QUELQUES CLÉS DE COMPRÉHENSION DU *BURN OUT* SELON LA PSYCHODYNAMIQUE DU TRAVAIL

Nous ne ferons que citer le concept de centralité du travail développé par Christophe Dejours pour rappeler l'importance de l'activité dans la construction identitaire d'un sujet (armature de la santé mentale) tout au long de son existence.[3, 7]

Il est évident que le choix d'un métier et d'un collectif n'est pas le fruit d'un pur hasard mais s'enracine dans l'histoire du sujet, son éducation, les valeurs qui le structurent... S'accomplir au travail résulte d'un fragile équilibre construit pas à pas autour de différentes notions qu'il est impossible de détailler ici, telles que « travailler », « coopérer » mais aussi « vivre ensemble »... Les gestes de métier, les savoir-faire acquis par des années de pratique, « incorporés » contribuent à façonner en retour notre identité, avec de nombreuses implications dans la sphère personnelle, familiale.[9]

La souffrance au travail résulte d'une baisse du sentiment d'accomplissement à son travail, conjuguée néanmoins à la nécessité de « tenir » à son poste, pour des raisons économiques évidentes mais aussi parce qu'il n'est parfois pas aisé de renoncer à tout ce que l'on a pu mettre en jeu dans l'activité, sans risquer d'amorcer un processus de crise majeure au plan identitaire.

En santé psychique au travail, le *burn out* est référencé parmi les « pathologies de surcharge ».

Pour canaliser cette tension psychique croissante qui ne peut plus s'écouler selon les modalités habituellement mises en œuvre dans l'activité, le sujet doit intensifier ses stratégies de défense habituelles, voire recourir à d'autres beaucoup plus coûteuses pour la santé (répression des affects, déni de perception des signaux émis par le corps et l'environnement, clivage...). Celles-ci représentent une véritable menace pour son intégrité psychique (mais aussi physique) et contribuent à dégrader encore davantage son rapport à l'activité et à l'isoler du collectif.

De véritables procédés « auto-calmants », comme s'il s'agissait d'éviter à tout prix l'éclosion de la crise, visent à faire barrage à la douleur psychique, conjurer la peur de perdre son poste ou le sentiment d'insécurité induit par la perception de ressources insuffisantes pour faire face :
– activisme : sorte de fuite en avant qui ne permet plus l'ajustement aux autres dans l'activité, altérant les processus de coopération, négligeant les besoins corporels... ;
– consommation de substances (alcool, médicaments...).

REPÈRES CLINIQUES DU *BURN OUT*		
Symptômes fonctionnels	Sphère affective	Détachement, froideur, indifférence ou au contraire hypersensibilité, irritabilité, hypervigilance...
	Sphère cognitive	Troubles de la concentration, de la mémoire, difficultés à traiter des tâches complexes, indécision...
	Sphère comportementale	Inhibition, retrait, passivité, soumission, scrupulosité extrême ou au contraire activisme, vérifications excessives, prises de risque inconsidérées, impulsivité, comportements agressifs
	Sphère physiologique	Symptomatologie neurovégétative (tremblements, bouche sèche, palpitations, hypersudation...), algies diverses, troubles du transit, troubles évoquant une baisse des défenses immunitaires (infections à répétition, certaines dermatoses...), fatigue intense ne cédant pas au repos, insomnie ou hypersomnie, prise ou perte de poids...
Altération du rapport subjectif à l'activité	Cynisme, perte de croyance dans le sens du travail, désengagement, froideur, distance, doute quant à la valeur ou l'utilité de l'action, ou quant à ses propres capacités à mener à bien sa tâche, désintérêt inhabituel, voire véritable dégoût concernant son travail, sentiment de manque de ressource voire d'impasse, ressentiment vis-à-vis des collègues, sentiment d'insécurité, peur de la faute, de sanctions, sentiment de culpabilité ou, au contraire, attitude de projection sur autrui des problèmes, radicalisation des postures professionnelles témoignant d'une perte de confiance en soi et les autres...	
Critères évolutifs au regard de l'activité	Lien essentiel avec le travail subodoré par la mise en perspective de l'historique de l'organisation du travail et celle de la dégradation de l'état de santé À la phase d'état : – résistance de la fatigue à la coupure quotidienne ou du week-end contrairement à la fatigue ordinaire ou à la simple surcharge d'activité – lors d'un repos plus prolongé (congé, arrêt de travail), trois phases possibles : • sentiment de vide, de désarroi • récupération • réapparition des symptômes dès la reprise, voire les jours qui précèdent, si rien n'a été modifié au niveau de l'organisation du travail	

Tableau 1.

TOUS DROITS RESERVES - LA REVUE DU PRATICIEN

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL DU *BURN OUT*			
Diagnostic	**Descriptif**	**Sens donné à l'activité**	**Évolution**
Stress chronique	Stress prolongé auquel l'organisme est incapable de répondre efficacement	Conservé	Peut évoluer vers un *burn out*
Dépression	Perte de l'élan vital (noyau dur) concernant toutes les sphères de l'existence	+/- altéré, pas seulement dans la sphère travail	Complique parfois un *burn out*
Trouble de l'adaptation	Symptômes émotionnels ou comportementaux en réponse à un stress identifiable, les critères de la dépression, des troubles anxieux ou de l'état de stress post-traumatique n'étant pas réunis	Conservé L'altération du vécu subjectif n'est pas spécifiquement liée à l'activité professionnelle, qui ne perd pas son sens pour le sujet	Trouble anxieux ou dépressif caractérisé possible
État de stress post-traumatique	Dans les suites d'un évènement provoquant effroi et sidérant les capacités d'un sujet à l'intégrer Syndrome de répétition, hyperréactivité, stratégies d'évitement	Conservé	Comorbidité possible avec le *burn out*
Workaholism	Addiction au travail Notion renvoyant davantage à une disposition personnelle qu'à un processus réactionnel à des difficultés organisationnelles	Conservé	Peut évoluer vers un *burn out*

Tableau 2.

somatiques ou psychiatriques diverses non spécifiques en fonction de sa structure...)

À toutes les étapes du processus, le risque suicidaire doit être évalué avec soin, même en l'absence de dépression caractérisée car la situation, vécue comme une impasse, peut pousser le sujet qui veut juste que ça s'arrête au rap-tus imprévisible. Le sujet s'en défend fréquemment, il faut donc être attentif à ses meilleurs prédicteurs comme la difficulté de projection dans un avenir proche, le sentiment de désespoir, de douleur insupportable, d'isolement...

Diagnostic différentiel

D'autres troubles psychiques sont observés en médecine professionnelle (*v.* tableau 2) dont les modalités de déclenchement et l'évolutivité ne sont pas superposables au *burn out*, mais peuvent le compliquer ou vice versa.[5]

Quelle cause ?

Le lien avec l'activité de travail est essentiel mais ne se résume pas à une exposition prolongée à des facteurs de risque. Il apparaît dans les suites d'un changement significatif dans l'organisation du travail. La méthodologie spécifique d'entretien développée dans les consultations spécialisées de souffrance professionnelle[5] qui cherche à mettre en perspective l'historique de l'organisation du travail et celle de la dégradation de la santé met en lumière « un avant et un après » dans le rapport subjectif que le sujet entretient avec son activité, avant que les premiers signes de dégradation de sa santé n'apparaissent.

L'apparition de nouvelles organisations du travail (à un rythme accéléré dans les années 1980-1990, dépassant les capacités d'adaptation), les diverses déclinaisons du « *lean management* »***, du concept de « qualité totale », des évaluations individualisées de performance, boostées par l'explosion des technologies de l'information, ont été étudiées pour leurs effets pathogènes sur les collectifs de travail (conflits de rôle, perte de contrôle, ruine de la coopération, altérations du vivre ensemble…) en rendant inopérants les mécanismes de régulation habituels.[7]

Facteurs de risque, facteurs de protection

Facteurs de risque liés au travail (risques psychosociaux)

Le rapport[8] Gollac les a regroupés en six rubriques considérées comme des indicateurs pertinents de suivi en entreprise (*v.* encadré 2).[#]

Facteurs de risque individuels

Des antécédents de dépression, des accidents ou traumatismes antérieurs sont repérés comme des facteurs de vulnérabilité. En revanche, la trajectoire sociale, les ressources extra-professionnelles, les traits de personnalité sont plus délicats à interpréter : ils peuvent représenter, selon les sujets et le contexte, des facteurs de vulnérabilité ou d'adaptabilité. Il est d'ailleurs souvent repéré dans les situations cliniques que certaines dispositions subjectives mises au service de l'activité et initialement valorisées, façonnant le style personnel et parfois le talent, véritables moteurs de l'engagement, deviennent *a contrario* des facteurs de vulnérabilité à la faveur de réorganisations significatives de l'activité.[9]

*** Tente de rationaliser au plus près les moyens de production et de les ajuster en temps réel aux lois et fluctuations du marché, le « toujours plus, toujours mieux » étant le mot d'ordre des organes chargés de la rentabilité et de la qualité.

Rapport du Collège d'expertise sur le suivi des risques psychosociaux au travail, faisant suite à la demande du ministre du Travail, de l'Emploi et de la Santé.

TOUS DROITS RESERVES - LA REVUE DU PRATICIEN

Facteurs protecteurs

Bien sûr, il faut citer la qualité du collectif de travail et notamment : la préservation des espaces de délibération sur les critères d'exécution du travail[##],[10] la qualité des régulations institutionnelles qui garantissent la cohérence du système de production, la protection des travailleurs et préservent les postures éthiques… Mais aussi le soutien social, au sein du collectif de travail notamment entre pairs, comme dans la sphère personnelle…

Quelques repères épidémiologiques

Il ne peut s'agir que d'approximation, en l'absence de consensus sur la définition et les modalités de repérage. Selon un programme français dont les données sont recueillies par les services de santé au travail[###] :[11] la souffrance psychique en lien avec le travail arriverait en deuxième position, après les troubles de l'appareil locomoteur et son taux de prévalence a augmenté pendant la période d'étude. La probabilité de signalement d'une souffrance psychique en lien avec le travail augmente avec l'âge, avec la catégorie sociale (plus élevée chez les cadres), le secteur d'activité jouant, lui, un rôle moins important.

Pour l'interprétation des résultats, il faut tenir compte de la médiatisation croissante du *burn out*, d'une meilleure sensibilisation des acteurs au repérage mais aussi d'une dégradation constante des conditions de travail. Concernant le cas précis du *burn out*, on peut s'attendre à une sous-estimation du fait de la posture de déni intrinsèque au phénomène.

QUESTIONNER SUR LE TRAVAIL

Le repérage du *burn out* est souvent tardif, au stade des complications. Il est évident qu'il ne faut guère espérer de la part du sujet, dans le déni des risques encourus, une demande d'aide spontanée en amont de l'effondrement. De fait, le repérage est délicat en visite de routine de la médecine professionnelle. L'entourage professionnel ou personnel a donc un rôle majeur à jouer dans l'incitation à consulter. Mais du côté des professionnels de santé, penser à questionner systématiquement le travail, même devant une situation de crise dans la sphère personnelle, ne va pas encore de soi.

Au vu du caractère protéiforme et non spécifique de la symptomatologie, un entretien clinique classique ne permet pas de poser de manière certaine le diagnostic mais peut établir des hypothèses pour orienter le patient vers les professionnels dont il aura besoin dans son parcours de soins, indispensables pour prévenir la chronicisation et les impasses administratives qui en découlent souvent.

Enfin, il faut rappeler que dans la mesure où le *burn out* n'est pas référencé dans le système nosographique, il n'est pas recommandé d'utiliser cette terminologie dans les certificats et les formulaires d'arrêt maladie mais plutôt des formulations génériques comme « trouble de l'adaptation » ou « trouble anxio-dépressif ».

LES SIX INDICATEURS DE SUIVI DES RISQUES PSYCHOSOCIAUX EN ENTREPRISE.

D'après le rapport Gollac, la réf. 8.

- **Intensité et complexité du travail :** rythmes, objectifs irréalistes, flous, polyvalence, responsabilités, instructions contradictoires et interruption d'activité, sous-qualification, nouvelles technologies, facteurs d'ambiance matérielle.
- **Temps de travail :** durée, organisation, conciliation travail-hors travail.
- **Exigences émotionnelles :** relations avec le public, contact avec la souffrance, devoir cacher ses émotions, peur.
- **Autonomie :** autonomie dans la tâche, prévisibilité du travail, développement culturel, monotonie.
- **Rapports sociaux :** intégration, justice, reconnaissance, relations avec les collègues, avec la hiérarchie, avec l'extérieur, violences internes.
- **Conflits de valeurs :** conflits éthiques, qualité empêchée, travail inutile.
- **Insécurité de la relation de travail :** sécurité de l'emploi, soutenabilité, changements.

MOTS-CLÉS
burn out, syndrome d'épuisement professionnel, souffrance professionnelle, risque psychosocial, stress professionnel.

KEYWORDS
burn out, mental suffering, psychosocial factors, work-related stressors.

RÉSUMÉ QU'EST-CE QUE LE *BURN OUT* ?
Cette mise au point précise les caractéristiques cliniques et évolutives du *burn out*. La compréhension de sa genèse et la connaissance de ses particularités évolutives sont indispensables tant pour les efforts en matière de prévention primaire que pour un repérage le plus précoce possible, gage d'un pronostic clinique plus favorable et d'une prévention de la rupture en termes d'insertion professionnelle.

SUMMARY WHAT IS BURN OUT?
This article provides an overview of the clinical and evolutionary features of burn out. The understanding of its genesis and the knowledge of its evolutionary peculiarities are essential for the efforts in primary prevention as well as for the earliest possible identification, guarantee of a more favorable clinical prognosis and a prevention of the rupture in term occupational integration.

Expression des conflits de critères d'exécution du travail, pour ne pas assumer seul les contradictions inhérentes à l'activité (P. Davezies).

Le programme de surveillance des maladies à caractère professionnel.

TOUS DROITS RESERVES - LA REVUE DU PRATICIEN

RÉFÉRENCES

1. Privitera MR. Is burnout a form of depression? Medscape 2018. www.medscape.com ou https://wb.md/2QBm4kd
2. Schaufeli WB, Leiter MP, Maslach C. Burnout: 35 years of research and practice. CDI 2009; 14:204-220. www.wilmarschaufeli.nl ou https://bit.ly/2D7S5xu
3. Dejours C. Travail, usure mentale. 4e édition augmentée. Paris : Bayard Éditions, 2015.
4. Slopen N, Glynn RJ, Buring JE, Lewis TT, Williams DR, Albert MA. Job strain, job insecurity, and incident cardiovascular disease in the Women's Health Study: results from a 10-year prospective study. PLoS One 2012;7:e405122.
5. Ragot A, Guiho-Bailly MP, Tanguy M, Gohier B, Garré JB, Roquelaure Y. Troubles psychiatriques rencontrés en consultation de psychopathologie du travail au centre hospitalier universitaire d'Angers. Santé publique 2013;25:729-36.
6. Pezé M. Principes de l'expertise en psychopathologie du travail. Ann Med Psychol 2016;174:598-601.
7. Dejours C, Gernet I. Travail, subjectivité et confiance. Nouv Rev Psychosociol 2012;1:75-91.
8. Gollac M, Bodier M. Mesurer les facteurs psychosociaux de risque au travail pour les maîtriser. Paris : DARES, Ministère du Travail et de l'Emploi, 2011. www.anact.fr ou https://bit.ly/2xuydhV
9. Pezé M. Corps et souffrance au travail. Corps 2009;1:15-21.
10. Davezies P. La santé au travail, une construction collective. Santé et Travail 2005;52:24-28.
11. Khireddine I, Lemaître A, Homère J, et al. ; Groupe MCP 2012. La souffrance psychique en lien avec le travail chez les salariés actifs en France et 2012, à partir du programme MCP. Bull Epidemiol Hebd 2015;23:431-8.

Signe d'alerte de *burn out* et diagnostic précoce

Prendre en charge à temps

MARIE PEZÉ
Réseau de consultations « souffrance et travail », Levallois-Perret
www.souffrance-et-travail.com
mmpeze@gmail.com

M. Pezé déclare n'avoir aucun lien d'intérêts.

Comment faire le diagnostic précoce d'un syndrome protéiforme, dont les symptômes sont loin d'être figés dans le marbre comme ceux du syndrome de stress post-traumatique ? Comment établir ce diagnostic alors que les premiers signaux d'alerte sont soigneusement enfouis dans la vie professionnelle, dans la vie familiale, rendant leur dépistage difficile au décours d'une consultation d'une quinzaine de minutes ? Signaux d'alerte visibles de l'extérieur pour l'entourage mais déniés par le patient qui veut « tenir » à tout prix, par peur de perdre son travail et qui ne vient consulter que trop tard ?

Syndrome de désadaptation à des organisations du travail devenues redoutablement pathogènes, d'une accélération frénétique de nos fonctionnements neurophysiologiques, le *burn out* est de surcroît dans une phase de récupération médiatico-sociale qui écrase la possibilité de faire un diagnostic nuancé. D'autres tableaux cliniques liés au travail existent mais sont méconnus, au profit d'intitulés venus d'ailleurs, *bore out*, *brown out*, alors qu'ils sont plus fréquemment reconnus en maladie professionnelle devant le Comité régional de reconnaissance des maladies professionnelles (trouble anxieux généralisé, dépression, stress post-traumatique). Le *burn out* nécessite d'atteindre 25 % d'incapacité permanente partielle (IPP), état clinique lourd. L'indemnisation par la caisse « accidents du travail-maladies professionnelles » (AT-MP) n'est que forfaitaire, donc loin d'être la meilleure solution pour un salarié qui bénéficie d'une prévoyance compensant ses pertes de salaire s'il reste dans le cadre de l'Assurance maladie. Cette ingénierie médico-administrative doit être maîtrisée car c'est un outil thérapeutique à part entière qui soigne la peur et l'anxiété du patient mieux que les médicaments ou les psychothérapies. Ainsi, les malaises survenant sur le lieu du travail dans les suites d'un fait accidentel précis (agression physique ou verbale, altercation, entretien d'évaluation punitif…) peuvent être déclarés en accident du travail (*v.* tableau 1), sous l'intitulé « état de stress aigu », procédure plus simple* que pour la maladie professionnelle. En 2016, d'après la CNAM, 10 000 lésions psychiques liées au travail ont été reconnues en A.T.

Cet article a donc pour but de donner au clinicien des outils de repérage et de prise en charge précoce qui ne font pas partie de son arsenal thérapeutique habituel.

Impact sur la santé des nouvelles formes d'organisation du travail

Pour comprendre la décompensation de son patient, le praticien doit comprendre l'impact sur la santé des nouvelles formes d'organisation du travail.

L'envahissement

Celui qui réussit de nos jours n'est plus comme autrefois le plus intelligent ou le plus fort, mais le plus rapide. Les nouvelles organisations du travail, leur puissante procéduralisation des tâches avec l'aide des technologies du numérique génèrent des contraintes corporelles, sensorielles, cognitives, psychologiques sans précédent, aboutissant à un envahissement. S'y ajoute la norme d'être au top, performant en permanence, le moindre sentiment de fatigue étant perçu comme un signe d'insuffisance personnelle, comme un risque de mise au ban, de déchéance sociale à venir.

Le travail en mode dégradé, terreau de l'épuisement professionnel

L'organisation scientifique du travail influe directement

* www.souffrance-et-travail.com ou https://bit.ly/2D7tngB

TOUS DROITS RESERVES - LA REVUE DU PRATICIEN

DÉCLARATION EN ACCIDENT DU TRAVAIL
Présomption d'imputabilité
Lésion survenant dans un temps voisin du fait accidentel
Tribunal des affaires de Sécurité sociale de Côte-d'Or, 17 décembre 2002 (dossier Marie/Roland SA)
Motif évoqué par reconnaissance en accident du travail d'une décompensation dépressive *« Comme en matière d'accident atteignant l'intégrité physique déjà usée par les gestes professionnels d'un salarié, un accident atteignant son psychisme peut revêtir le caractère de soudaineté lié à un événement précis du travail alors même que l'apparition d'une pathologie psychique est progressive. »*

Tableau 1.

sur la qualité du travail, y compris d'ailleurs celle du médecin :
– procéduraliser à outrance le travail asphyxie le travailleur sous des tâches de traçabilité, de reporting ;
– travailler de façon trop séquencée, sans vision du produit fini, entraîne une perte de sens de son travail ; cette taylorisation a envahi tous les métiers ;
– travailler à la limite du « mal faire » et de l'illégalité, sans les moyens, le temps, les effectifs, génère des souffrances éthiques surtout lorsque la sécurité du client, du patient est impliquée ;
– donner trop de travail permet d'obtenir un surcroît de productivité mais place le travailleur dans une hyperactivité compulsive qui l'empêche de penser.

La prise en charge d'un patient en épuisement professionnel nécessite, du fait de sa complexité, la mobilisation de savoir-faire médicaux, psychologiques, médico-administratifs, juridiques, organisationnels qu'aucun clinicien ne peut, seul, maîtriser. La prise en charge est de fait pluridisciplinaire et chronophage.

Les facteurs de protection au travail

Ils sont connus mais de plus en plus absents :
– faire un travail de qualité dans lequel on peut se reconnaître ;
– dans un collectif de travail soudé qui partage les mêmes valeurs d'exécution du travail ;
– avec une hiérarchie qui arbitre de manière équitable et qui vient en appui dans les difficultés.

Une prise en charge au cas par cas

La prise en charge du *burn out* se fait au cas par cas, patient par patient, car c'est un tableau clinique complexe.

Les cliniciens déploient beaucoup d'efforts pour identifier les personnalités fragiles, toxiques, perverses, masochistes, hyperactives, ce qui tend à psychologiser le syndrome d'épuisement professionnel et risque d'en faire un problème à traiter individuellement, en minimisant ses causes organisationnelles et sa dimension sociale et collective. Si la connaissance des structures psychiques et de leur ligne de faille apporte un précieux socle diagnostique, la méconnaissance des conséquences de l'assujettissement des corps dans l'organisation du travail peut être lourde de conséquences :
– peut-on dire à l'ouvrière qui souffre des 27 bouchons qu'elle visse par minute que, du fait de sa structure psychique, elle ne mérite que les postes non qualifiés où le geste est pauvre et qu'elle est donc responsable de son canal carpien, de sa tendinite et de son épuisement ?
– peut-on dire à la personne harcelée qui s'effondre à son poste qu'elle s'est prêtée à cette maltraitance et qu'elle aurait pu partir plus tôt, alors que démissionner lui ferait perdre tous ses droits sociaux ?
– les Françaises apporteraient-elles leur consentement pulsionnel à être payées 20 à 25 % de moins que les hommes à poste égal, tout en assumant encore majoritairement la prise en charge des travaux ménagers et de la garde des enfants ?

Le patient épuisé est pris dans les rouages de sa culpabilité et a besoin d'entendre que l'organisation scientifique du travail vient chercher son besoin de reconnaissance, que le présentéisme est une manie française considérée comme de l'incompétence dans les pays où l'équilibre vie privée/vie professionnelle est fondamental, que les objectifs inatteignables qu'on lui prescrit le placent en situation de « faute prescrite ».

Pour dépister, chercher des signes discrets et non spécifiques

Le praticien doit remonter son curseur clinique vers des signaux infraliminaires appartenant à la sphère comportementale, éducative, éthique de ses patients et qu'il faut rechercher par un entretien semi-directif. Un questionnaire** d'auto-évaluation sur l'épuisement professionnel est disponible sur notre site internet « souffrance-et-travail ».

Nous donnons ci-dessous quelques exemples de questions illustrant les phases de l'épuisement professionnel.

DES SIGNAUX FAIBLES

Le risque d'épuisement, c'est d'abord une manière de travailler, en rien pathologique, sauf à penser que la conscience professionnelle est devenue une pathologie : c'est dans le besoin de reconnaissance, d'être utile au monde par son travail que s'ancrent l'efficacité de la productivité demandée et le piège de l'épuisement.

« Les valeurs du travail bien fait, de l'engagement, de l'utilité sociale sont ancrées en vous par votre éducation

** https://bit.ly/2pitLPR

TOUS DROITS RESERVES - LA REVUE DU PRATICIEN

MONSIEUR R., DIRECTEUR D'UN ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ ET ANCIEN SYNDICALISTE, EN CONTRADICTION AVEC SES VALEURS

Monsieur R., 60 ans, est directeur d'un établissement de santé. Il travaille dans la structure depuis 15 ans, à différents postes, sans jamais mesurer son temps de travail, très investi dans les missions de l'établissement mais aussi en tant que syndicaliste de longue date.
Son excellente insertion, sa progression de carrière ont largement récompensé son implication, de même que la participation à une œuvre commune. Le passage à la tarification à l'activité (T2A) a, comme dans tous les établissements, entraîné une profonde modification de l'organisation des soins et du travail. La logique même du soin s'en est trouvée modifiée. L'établissement, connu pour la qualité de ses prestations médicales, se voit pris en tenaille entre sa réputation humaniste et les injonctions de productivité.
Monsieur R. commence à être gêné dans ses valeurs. Les changements dans le travail, tant en termes d'organisation que de règles morales, l'écartèlent. Il est moins à l'aise au travail, doit sans cesse expliquer à ses équipes les fondements d'une réforme de la tarification qu'il n'approuve pas vraiment, la logique financière qu'il ne partage pas vraiment. Les frictions sont fréquentes dans cet établissement très syndicalisé.

Une nouvelle gouvernance a bien sûr été mise en place, et l'association-mère qui regroupe plusieurs sites est devenue un groupe. Ces changements d'intitulés ne sont pas neutres quant à l'organisation du travail. Ils ont abouti à la classique « mutualisation des moyens » sur les quatre établissements et à la mise en place d'indicateurs chiffrés : sous la poussée des instances officielles, il faut diminuer le nombre de lits, raccourcir les séjours et réduire les quatre directions d'origine à une seule avec un directeur général, un directeur administratif et un responsable qualité. L'intensification du travail est valable pour tous mais, pour monsieur R., elle se double, étant donné son rôle de directeur, du statut de « cible » des critiques, des plaintes, des revendications.
La reconnaissance du travail se perd tant du côté des usagers – les patients qui, au lieu d'être traités comme autrefois de façon très personnalisée, se retrouvent dans un système – que du côté des collaborateurs qui n'ont plus le temps de se parler, de délibérer du travail, aux prises avec des tableaux de bord, des *reportings* incessants. Sans oublier une direction centrale jamais satisfaite des objectifs d'optimisation des procès atteints !

Monsieur R. va travailler sans élan, traverse des couloirs où les regards du personnel sont pleins de reproches, va à des réunions de direction où rien n'est jamais suffisant. Si sa posture de syndicaliste lui donne encore des velléités de prise de parole pour défendre ses règles de métier, sa conception du soin, le mépris et le silence qui suivent ses prises de position finissent par le décourager. Le monde lui paraît avoir changé ; quand il écoute les positions de la nouvelle gouvernance, il ne s'y retrouve pas, se sent vieux, dépassé.

Un audit est réalisé en 2013, qui aboutit à un nouveau plan de préconisations avec, entre autres, la mise en place d'une nouvelle direction médicale. Monsieur R. se dit contraint de « débarquer » le médecin coordonnateur, le responsable administratif et financier, le cadre responsable de la logistique, tous là depuis des années et compétents. On lui impose d'imposer des ruptures conventionnelles, des négociations de départ arbitraires et même, pour l'un, un licenciement pour faute grave sur la base d'un faux témoignage de harcèlement sexuel monté de toutes pièces.
Il est dans un état de souffrance éthique majeure, ces nouvelles méthodes, malpropres, étant en contradiction complète avec son passé de militant syndical, avec ce qui était la philosophie des établissements avant qu'ils ne deviennent un groupe. Il s'exécute car il a peur pour son emploi.

Sans doute considéré comme pas assez zélé dans l'exécution de ces départs, il devient bientôt lui aussi la cible. Lors de l'entretien annuel d'évaluation, il fait l'objet d'intenses reproches de la part de la direction générale qui lui reproche une gestion peu rigoureuse et de nouvelles économies à faire. Deux mois plus tard, on lui supprime sa délégation de pouvoir. Au décours des réunions de l'établissement qu'il préside encore, la direction générale se déplace pour le remettre en cause, publiquement bien sûr, et le délégitimer devant ses équipes. Elle lui retire bientôt tous ses dossiers et ne le convoque plus aux réunions de tutelles.
On a déshabillé son poste classiquement, dans un processus de harcèlement stratégique le poussant vers la sortie. Il dort mal la nuit, va travailler la peur au ventre, a des troubles cognitifs, dit ne plus rien « imprimer », la tête vide. Il vient consulter pour un *burn out* et au terme d'un long entretien comprend qu'il souffre surtout de la perte des valeurs de son établissement, d'une direction devenue totalement financière et capable de pratiques douteuses pour remplacer les anciennes équipes récalcitrantes par des nouvelles plus dociles.

Le concept de *burn out* a bon dos et ne suffit pas pour expliciter sa situation dans ses différents aspects : moraux, psychiques, professionnels, juridiques. Il est temps de voir un avocat et de s'arrêter mais monsieur R. ne s'y résout pas et dit vouloir tenir encore. La prise de conscience du patient est souvent décalée par rapport à la réalité de la situation. Mais les temporalités humaines sont ainsi, on ne peut pas forcer les choses. Le temps de la prise de conscience psychologique n'est pas celui de l'entreprise, ni d'ailleurs non plus le temps de l'action juridique ou judiciaire quand on s'y engage. Peu de jours après il est convoqué par la direction générale, qui lui demande tout simplement de démissionner ! Au mépris de ses droits, de la perte de ses indemnités, de son droit au chômage !
Il sort de cet entretien bouleversé, apeuré mais aussi en fureur et, alors qu'il rentre chez lui en vélo comme à son habitude, il fait une chute grave ! Fracture maxillaire et orbitale complexe, nécessitant une intervention chirurgicale lourde, la pose de plusieurs plaques de métal.

Arrêté 3 mois, il va très vite s'effondrer psychologiquement dans un épisode dépressif aux causes multiples que le terme de *burn out* ne suffit pas à expliciter : l'accumulation d'années de surcharge de travail, certes, mais compensées jusque-là par la forte reconnaissance de ses compétences, son sentiment d'utilité et de participation à une œuvre collective. La mise à mal progressive, jusqu'à l'entretien final, de ses valeurs, de son engagement syndical, de sa défense du droit du travail, d'un travail exécuté dans les règles de métier. La participation par peur et par posture de cadre aux vilaines méthodes managériales utilisées pour se débarrasser d'une équipe de direction rétive.

Ce patient devra faire un long travail de déconstruction pour surmonter l'effondrement dépressif devant les changements du travail sur son lieu professionnel, récupérer de son épuisement certes, mais surtout de l'ébranlement de ses valeurs devant les nouvelles pratiques managériales en vigueur, du cynisme avec lequel on s'est comporté avec lui, jusqu'à lui demander de démissionner, en le privant de ses droits sociaux. Après quelques mois d'arrêt maladie, il sera déclaré inapte à tout poste dans l'établissement et obtiendra un licenciement légal.

TOUS DROITS RESERVES - LA REVUE DU PRATICIEN

familiale. Vous êtes considéré comme un bon petit soldat car vous participez au travail collectif de l'entreprise ou de l'institution. »

LA PÉRIODE DE SURCHAUFFE

À ce stade, lorsqu'un salarié est averti de ses droits et de ses devoirs, il va voir les membres du « comité social et économique » (fusion des délégués du personnel et du comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail), son supérieur hiérarchique (N+1) si on peut lui parler et, surtout, outre son médecin traitant, son médecin du travail car cette surcharge de travail qui s'éternise doit être surveillée par les acteurs de prévention de l'entreprise. À ce stade, les mesures correctrices ne demandent que du bon sens. Mais la France pratique peu la prévention primaire, et les salariés sont rendus mutiques par la peur de perdre leur travail.

« Vous savez que depuis quelque temps vous manquez d'effectifs, de moyens et de temps pour faire votre travail, mais vous faites avec.

Vous essayez, quand c'est trop difficile, de faire remonter vos difficultés auprès de votre encadrement mais ils vous répondent que c'est temporaire, un simple coup de collier à donner… que c'est comme ça et qu'on ne peut pas faire autrement.

Comme cela dure, vous en reparlez et là on vous répond que vous devez mieux définir vos priorités, hiérarchiser vos tâches.

Avec le discours qu'on vous renvoie, vous avez l'impression de ne pas être à la hauteur de ce qu'on attend de vous. Vous vous dites que c'est vous qui n'en faites pas assez, ou pas assez bien.

Vous travaillez chez vous le soir, les week-ends. Mais même avec tous ces efforts, vous n'arrivez plus à vous mettre à jour. »

À ce stade, le médecin traitant prescrit souvent à son patient un traitement médicamenteux léger car il doit « tenir ». Tenir ne sera pas possible sur le long terme. Envoyer son patient vers le médecin du travail permet à ce dernier de se mobiliser collectivement par une alerte « risque psychosocial » ou individuellement, par une étude de la charge de travail, du poste, par un suivi renforcé.

AU BOUT DE 6 MOIS, LE STRESS CHRONIQUE

Le patient arrive au stade où le stress chronique, l'anxiété, la culpabilité, la fatigue, les douleurs constituent des symptômes qu'il faudrait traiter et qui pourraient se résorber rapidement. Mais il est déjà prisonnier du rythme, de la cadence, de la peur.

« Votre capacité d'attention et de concentration est saturée, vous n'imprimez plus tout ce que vous devez retenir.

Vous avez du mal à trouver le sommeil quand vous vous couchez car vous surfonctionnez tellement pendant la journée que, le soir, vous ne redescendez pas. »

À ce stade, le médecin traitant doit impérativement prendre en charge la fatigue qui se chronicise, le sommeil qui se perd et les atteintes cognitives. Le bilan neuropsychologique (*v.* focus, p. 905) s'impose car il permet de mettre en évidence les conséquences de la surcharge de travail sur l'intelligence. Le médecin du travail peut s'en emparer pour renvoyer l'employeur à son obligation de protection de la santé physique et mentale du salarié (article L4121 du code du travail). Le bilan peut devenir une pièce maîtresse de la reconnaissance en maladie professionnelle.

L'ENGRENAGE

À ce stade, tous les cercles vicieux se sont mis en route ! Le besoin d'être reconnu au travail et de gagner sa vie « scotche » le salarié dans une situation où son état de santé attaqué le rend de plus en plus incompétent, aggravant son sentiment de culpabilité et sa peur de perdre son travail. Tout chez lui tourne en rond, son intelligence, son endurance, ses compétences. Le stade de la récupération est dépassé !

« Vous vous réveillez en pleine nuit et vous êtes assailli par tout ce que vous n'avez pas fait, tout ce que vous avez encore à faire.

Vous démarrez toutes vos journées avec un sentiment de faute, de culpabilité puisque vous n'êtes pas à jour.

Vous êtes pris dans un engrenage : vous êtes fatigué donc moins performant. Vous travaillez de manière compulsive. Vous vous auto-accélérez.

Vous faites des erreurs, vous vous trompez de mots, vous vérifiez mal, vous laissez passer des procédures, vous vous en apercevez puis, bientôt, vous ne vous en apercevez plus. »

À ce stade, le médecin traitant doit consacrer une consultation longue à son patient pour le persuader de s'arrêter, de se soigner, de voir le médecin du travail et un clinicien spécialisé afin de faire le point sur la situation. Test de propagation du *burn out*, liste des techniques de management pathogènes, informations sur le bilan de compétences et la formation possibles pendant l'arrêt maladie, contrat de prévoyance sont les soutiens à mettre en œuvre.

LA DÉSOCIALISATION

À ce stade, le salarié comprend qu'il doit se soigner car ce n'est pas ça, la vie, juste « tenir » jusqu'au lendemain.

« Vous n'allez plus prendre un café à la machine ni de déjeuner à la cafétéria, d'abord ça vous fait perdre du temps et puis écouter vos collègues vous agacent.

Vous ne sortez plus car vous n'en avez plus l'énergie.

Pendant les vacances, vous vous connectez pour continuer à suivre votre travail.

Vous avalez vite fait un sandwich sur le coin de votre bureau.

Vous n'avez plus le temps d'aller courir.

Vous n'avez plus le temps de faire vos courses. »

À ce stade, le médecin traitant doit prendre le temps de poser des questions précises au patient (qui lui dit que tout va bien) et de lui expliquer les bénéfices de l'arrêt maladie, du traitement, pour rebondir sur un nouveau poste une fois prêt en ayant fait une formation ou un bilan

TOUS DROITS RESERVES - LA REVUE DU PRATICIEN

AURÉLIE, CLOUÉE AU LIT UN MATIN

Aurélie est embauchée en contrat à durée indéterminée (CDI) dans une grande banque et semble évoluer sans difficulté. De chargée d'accueil, elle devient conseillère clientèle privée. Aurélie a des traits de personnalité perfectionniste sans être pathologique pour autant. Elle aime bien faire les choses, c'est un trait de personnalité, pas une maladie. De milieu modeste, Aurélie a toujours été soucieuse d'avancer socialement et n'a jamais ménagé son énergie et son temps. Aurélie décrit un management très pesant et stressant, lié au comportement de sa directrice d'agence, en particulier avec les jeunes femmes : interdiction de boire du café, il faut le prendre en « cachette » dans les toilettes ; interdiction de sortir fumer : il faut attendre qu'elle soit en rendez-vous pour sortir discrètement de l'agence ; interdiction de fermer la porte de son bureau… mais réprimande si la porte reste ouverte… ; interdiction de rester travailler après la fermeture de l'agence, considéré comme de l'inorganisation.

En 2008 s'opère un changement de l'équipe d'encadrement. Le nouveau supérieur hiérarchique (N+1) d'Aurélie lui annonce que seuls les résultats à venir seront considérés et que dorénavant elle n'est plus « connue » et doit donc faire à nouveau ses preuves ! Désormais, il ne sera plus toléré de sortir fumer à plusieurs (les allées et venues seront contrôlées *via* les caméras du sas d'entrée et en particulier le soir afin de savoir qui reste travailler). D'être trop souvent en congé (alors qu'il y a 20 jours de récupération du temps de travail [RTT] et 26 jours de congé annuel [CA] par an), de s'arrêter en cas de maladie (certaines personnes sont traitées « d'éclopées »). Le travail au quotidien est compliqué par la mise en place de nouvelles procédures administratives et commerciales. Ses compétences sont minimisées et son travail jugé négativement devant ses collègues.

Fin février 2010, elle annonce sa grossesse. Très vite, la N+3 tente de lui faire dire, lors d'un entretien en présence de sa directrice, que ses résultats ne sont pas bons parce qu'elle est enceinte et moins performante. À son retour, elle doit reprendre un poste équivalent à l'ancien, car on ne lui permet pas d'accéder à un niveau plus important malgré ses 5 ans d'expérience. Elle va décompenser en 6 mois et un matin ne pas arriver à poser le pied par terre. La prise en charge par une consultation spécialisée lui permet de négocier son départ et une formation pour rebondir sur un nouveau poste.

Pour dépister le *burn out* le plus en amont possible, le médecin traitant doit avoir en tête des marqueurs cliniques ne relevant pas de sa formation : une femme qui reprend son poste après une grossesse est souvent déclassée dans sa carrière. Les changements de direction et d'organisation transforment les salariés en novices éternels. La rigidité managériale, intentionnellement ou pas, peut s'avérer maltraitante. L'épuisement professionnel n'est donc pas seulement dû à la surcharge de travail mais aussi à son incohérence, à sa mauvaise organisation et surtout à l'impossibilité, faute de moyens et de temps, de faire du beau travail.

de compétences pendant cet arrêt, et l'intérêt du conseil juridique pour négocier sa sortie de l'entreprise.

LES TROUBLES ET LES LÉSIONS

Le salarié n'est plus capable de prendre la décision rationnelle de s'arrêter. Il n'est plus qu'anxiété, peur, soucis de santé multiples.

« Torticolis, lumbagos, névralgies de tous ordres, palpitations cardiaques, malaises, vertiges, prise ou perte de poids, cholestérol, triglycérides augmentés, otites, angines, psoriasis… »

À ce stade, le médecin traitant est dans son domaine habituel mais doit avoir une vision à moyen et long terme, en mobilisant le médecin du travail et un clinicien spécialisé car la prise en charge va nécessiter une ingénierie médico-sociale complexe.

L'ISOLEMENT

La solitude aggrave la peur. Le patient se sent dans un piège, incapable d'en sortir.

« Les gens du bureau ne vous disent plus bonjour de toute façon, déjà parce que plus personne n'a le temps mais aussi parce que vous vous êtes isolé, éloigné et que, vous ne le savez pas, mais ils ne comprennent pas votre attitude.

Vous êtes allé voir votre médecin traitant qui voulait vous arrêter mais vous avez dit non, ce n'est pas possible.

Si vous vous arrêtez, personne ne fera le travail, ça va s'accumuler et quand vous reviendrez, ce sera l'enfer.

Si vous vous arrêtez, votre hiérarchie le prendra mal.

Si vous vous arrêtez, vos collègues le prendront mal.

Finalement, vous décidez de vous arrêter trois jours par-ci, trois jours par-là, en espérant que ça ne se verra pas trop. »

À ce stade, le médecin traitant est « la » personne de confiance encore présente dans l'entourage du patient, c'est dire si ses conseils vont être fondamentaux. S'il s'avère difficile d'attendre de lui qu'il maîtrise tous les rouages de ces prises en charge, il est important qu'il puisse dire à son patient qu'ils existent et sont protecteurs du poste ou du devenir professionnel.

LE RECOURS AUX EXPÉDIENTS

Suivant les tribus professionnelles, produits licites et/ou illicites deviennent les béquilles incontournables pour doper un corps-machine.

« Votre médecin vous a prescrit de quoi dormir, calmer votre anxiété, être moins fatigué.

À la pharmacie, en achetant vos médicaments, vous avez aussi acheté des vitamines, le dernier produit anti-quelque chose exposé sur le comptoir ou celui qu'une amie vous a conseillé.

TOUS DROITS RESERVES - LA REVUE DU PRATICIEN

Vous fumez, vous prenez un petit verre en préparant le dîner. Puis deux, puis trois. Un petit joint sur le canapé pour décompresser.

Une boisson dynamisante dans la matinée pour tenir, ou une ligne de quelque chose puisque tout le monde le fait, ou des amphétamines…

Un calmant, quand vous vous couchez pour casser le surrégime du moteur.

Malgré les produits, la fatigue est de retour. »

À ce stade, l'interrogatoire du médecin traitant doit être directif pour prendre la mesure de la situation. Le patient a basculé dans la phase compulsive de la fatigue, il ne s'arrêtera pas seul. Il faut l'arrêter.

L'EFFONDREMENT

Il se traduit par des signes divers.

« Ce matin, vous n'arrivez pas à poser le pied par terre.

Sur le trajet vers le travail, la panique vous serre comme un étau, vous êtes en sueur, votre cœur bat à tout rompre.

Sur le quai du métro, vous entendez la rame arriver et vous vous dites : "Si je me jette, tout va s'arrêter, je vais pouvoir me reposer."

Vous éclatez en sanglots pendant la réunion devant votre équipe.

Vous vous évanouissez dans le couloir.

Vous renversez votre bureau et votre ordinateur, pris d'une rage intense.

Votre N+1 parle mais vous ne l'entendez plus, vous êtes obsédé par la fenêtre ouverte derrière lui. »

Cette liste d'états psychologiques et physiques montre à quel point le *burn out* est un processus progressif, souvent imperceptible pour celui qui s'y enfonce surtout quand il est entouré de collègues dans le même état. Toutes ces situations cliniques peuvent être déclarées en accident du travail selon la procédure de la lettre réseau AT-MP.*

Le devenir du syndrome dépend de plusieurs facteurs

Il dépend de :
– la sévérité du tableau lorsque le patient se décide à consulter ;
– la rapidité de la prise en charge ;
– la qualité du soutien professionnel et des mesures de prévention primaire, secondaire et tertiaire mises en place dans l'entreprise ;
– l'environnement familial ;
– les antécédents personnels.

Que faire le plus en amont possible, dans le temps de consultation ?

Se souvenir que travailler, ce n'est pas seulement produire, c'est se transformer soi-même

L'importance du travail dans notre construction identitaire est primordiale pour comprendre la décompensation de celui qui travaille. Lorsque le choix d'un métier est conforme aux besoins du sujet et que ses modalités d'exercice permettent le libre jeu du fonctionnement mental et corporel, le travail est central pour la préservation de la santé. Pour beaucoup encore, l'adage se vérifie. En contrepartie de la contribution qu'il apporte à l'organisation du travail, le sujet attend une rétribution ; pas simplement un salaire mais aussi de la reconnaissance. La reconnaissance de la qualité du travail accompli est « la » réponse aux attentes subjectives quant à l'accomplissement de soi. Alors les doutes, les difficultés, la fatigue s'évanouissent devant la contribution à l'œuvre collective et la place que l'on a pu se construire parmi les autres.

SIGNAUX SPÉCIFIQUES PRÉCOCES À RECHERCHER SYSTÉMATIQUEMENT (VOIRE À AFFICHER DANS LA SALLE D'ATTENTE)
Une fatigue indéracinable, un repos qui ne repose plus
Une perte du plaisir à aller travailler
Le recours aux « produits » softs ou durs, pour « tenir »

Tableau 2.

Réhabiliter la fatigue comme mécanisme protecteur

La fatigue, avec son cortège de symptômes, constitue un mécanisme protecteur qui engage à ralentir ou interrompre la dépense d'énergie. Elle n'a qu'un but : conserver l'équilibre de la vie, nous permettre de vivre des intérêts sans toucher à notre capital santé. Le travail de l'homme obéit aux mêmes lois de la thermodynamique et va s'ajouter à la dépense d'énergie nécessaire au maintien des fonctions vitales. La fatigue est l'échec temporaire ou permanent de l'effort d'équilibrer les forces du sujet avec les contre-forces de son milieu. Si la période de récupération ne succède pas à la dépense d'énergie, le bilan énergétique devient rapidement déficitaire et peut aboutir à l'apparition de lésions irréversibles.

LES 4 STADES D'ÉVOLUTION DE LA FATIGUE À L'ÉPUISEMENT PROFESSIONNEL

Stade 1 : la réponse de l'organisme reste dans les limites physiologiques. Les fonctions respiratoire, circulatoire, le catabolisme sont momentanément augmentés, mais la fatigue disparaît avec le repos.

Stade 2 : lorsque l'effort se prolonge ou se répète à une cadence telle que les mécanismes de récupération ne peuvent que s'amorcer, le sujet évolue vers le surmenage.

Stade 3 : l'évolution pathologique provoque l'apparition de troubles digestifs, de douleurs diffuses, d'un amaigrissement, d'une irritabilité, de dépression, de troubles du sommeil, de lassitude au réveil, de recours au coup de fouet des stimulants pour tenir.

Stade 4 : au stade de l'épuisement, l'organisme capitule devant les facteurs d'agression ; c'est la destruction des mécanismes régulateurs, et l'apparition de dommages irréversibles.

TOUS DROITS RESERVES - LA REVUE DU PRATICIEN

UN DIRECTEUR QUALITÉ DANS LE SECTEUR AUTOMOBILE EN *BURN OUT*

« J'ai intégré un groupe industriel automobile de taille internationale mi-juillet 1994, mon poste de responsable qualité étant fait sur mesure en regard de mes compétences. Dans le secteur automobile comme bien d'autres secteurs du domaine industriel, les congés d'été démarrent à la mi-juillet pour prendre fin la troisième semaine du mois d'août. Pendant cette période, les chaînes industrielles s'arrêtent et les presses, les outillages sont ouverts pour leur maintenance annuelle. Le personnel part en congé, seul le personnel de maintenance et un dirigeant sont présents. Seul au sein de la direction qualité groupe, je consulte les manuels, procédures et différents documents qualité pour intégrer l'organisation et le fonctionnement des processus de chacun des services des différents sites composant le groupe (à l'époque, environ 15 000 personnes sur une vingtaine de sites industriels en Europe).

Cela dure deux jours. Le troisième jour, un appel téléphonique retentit : notre plus gros client exige (le mot est faible) de parler au directeur qualité. Il faut régler le retard de 400 kits de systèmes d'automobiles qui auraient dû être livrés avant les congés. Je regarde autour de moi, je constate que je suis seul dans le bureau. Aucun bruit, et pour cause, tout le personnel était en congé... Pire que ça, toutes les lignes de production et outillages de presse étaient ouverts pour la maintenance.

Je dois remettre en production chacun des sous-ensembles de ces kits afin de pouvoir livrer au plus tôt notre client, et bien sûr en le tenant informé au jour le jour de la situation. Je passe les quatre semaines suivantes à faire remettre en service des outillages, à motiver du personnel pour qu'il revienne de congé et à assurer des tâches opérationnelles, à coordonner des équipes sur des sites différents, à informer le client chaque matin du planning de la journée et chaque soir pour l'informer du respect du planning, à informer le directeur général de l'état d'avancement !

Sorti de ce programme, je dois prendre en charge le fameux programme innovant appelé dans le milieu automobile « le programme de tous les dangers », c'est dire ce qui m'attend... Ce programme intègre plusieurs défis industriels très audacieux. L'équipe qui m'a été confiée est réduite au minimum. Les relations avec le client se durcissent. Tous les courriers envoyés au client sont validés par un juriste. La tension des relations était à son paroxysme. Notre équipe, heureusement très soudée, fait face aux difficultés. Assez souvent, j'oublie de prendre un déjeuner, tellement pris dans les analyses et décisions à prendre, ma collaboratrice me reprend sur ce fait et m'apporte régulièrement un sandwich. Sans parler des problèmes de dos qui persistent et commencent à m'handicaper sérieusement. D'autant que les déplacements en voiture (70 000 km par an pendant toute la durée du projet) n'arrangent rien. Je faisais fi également de mes problèmes d'estomac qui occasionnent plusieurs fibroscopies et biopsies. Plusieurs membres de mon équipe ont également des symptômes de fatigue et d'usure, des problèmes de dos, fument plus que jamais, perdent le sommeil. Toute l'équipe est en alerte, usée par ces tensions. J'écourte mes congés, il m'est fréquent de revenir avec une partie de l'équipe travailler le week-end. À deux reprises, il faut que je mette ma démission en jeu. Trois architectes produits se succèdent dans mon équipe, trois contrôleurs financiers et huit ingénieurs commerciaux devant ces difficultés relationnelles incessantes, je suis le seul à conserver la mémoire continue de toute la durée du programme sur les difficultés commerciales et économiques, et il faut donc que j'assure.

Puis un jeudi en fin d'après-midi, très fatigué, je décide de rentrer chez moi me reposer. Le soir, ma femme vient me voir pour me proposer de partager le dîner. Je lui réponds que je suis très fatigué et que j'ai besoin de me reposer. Je reste ainsi couché sans être capable de me lever jusqu'au dimanche après-midi où ma femme insiste pour m'accompagner aux urgences, vu mon état. Elle me porte jusqu'à la voiture. Je suis incapable de me tenir debout et d'ouvrir les yeux avec toujours cette phrase : « je suis fatigué, je suis fatigué... ». Arrivés aux urgences de Fontainebleau, la salle d'attente est pleine. Là, je comprends que je dois avoir une sale tête, car à ma vue l'interne mobilise une dizaine de membres du personnel médical, on m'allonge sur une table. Un médecin me demande où j'ai mal. Je réponds toujours avec les yeux fermés : « je suis fatigué, je suis fatigué ». On mesure ma pression artérielle, puis plusieurs infirmières s'activent autour de moi avec des appareils, seringues... C'est le seul moment qui me reste en mémoire. Je ne me souviens plus de la semaine qui suivit. Je me souviens seulement d'une consultation une dizaine de jours plus tard avec le médecin urgentiste qui me dit que j'étais en train de partir par épuisement total, mes batteries étant complètement à plat et que j'avais fait un sérieux *burn out*.

De retour dans ma société, je prends contact avec le médecin du travail qui avait été informé de mon état et m'explique que je ne peux retourner à mon poste en l'état et qu'il se voit contraint de me considérer comme inapte au poste. Ma hiérarchie, consciente de ce que j'avais vécu tout au long de ce programme, m'invita à prendre du repos. On m'octroya même ce jour-là une augmentation salariale de 30 %. Nous étions à cette époque trois directeurs de programme, l'un d'entre eux a démissionné au bout de deux années de pilotage de son programme, le deuxième a subi en urgence une grave opération cardiaque liée au stress, et le troisième, moi, en épuisement professionnel complet. »

TOUS DROITS RESERVES - LA REVUE DU PRATICIEN

À RETENIR POUR FAIRE LA DIFFÉRENCE AVEC LA FATIGUE LIÉE À LA DÉPRESSION

Il faut souligner que les symptômes de la dépression peuvent être comparables avec ceux du *burn out*/épuisement professionnel :
– tristesse quasi permanente ;
– perte d'intérêt ou de plaisir pour toute activité ;
– troubles de l'appétit ;
– troubles du sommeil (insomnie ou hypersomnie) ;
– agitation ou ralentissement flagrant ;
– fatigue excessive ;
– sensation de culpabilité inappropriée ;
– difficultés de concentration ;
– « idées noires »…

Mais, arrêté précocement, le patient en *burn out* peut récupérer rapidement son énergie et reprendre ses activités sportives, associatives ou autres. On le pense alors rétabli et on le renvoie au travail, ce qui, les mêmes causes produisant les mêmes effets, déclenchera sa rechute. Le *burn out* ne concerne donc que l'activité professionnelle (voire seulement telle tâche), là où la perte de l'élan vital touche l'ensemble des activités professionnelles et personnelles dans la dépression.

Le praticien doit se souvenir que la femme travaille, en France, dans une organisation exigeant du présentéisme peu compatible avec la gestion de la sphère familiale, contrairement aux autres pays européens. Sa fatigue est à surveiller de près.

LES PRINCIPALES ÉVOLUTIONS POSSIBLES DU *BURN OUT*

Ce sont :
– l'effondrement physique majeur, l'impossibilité un lundi matin de se lever pour aller travailler ;
– la décompensation d'un organe impliqué dans le circuit des hormones de stress, pancréas (diabète), cœur (accident cardiaque et/ou cardiovasculaire massif, karoshi*), cerveau (troubles cognitifs importants avec séquelles résiduelles définitives), muscle et squelette (troubles musculo-squelettiques, douleur chronique, syndrome de fatigue chronique, fibromyalgie.)

Mais aussi :
– une crise de panique à l'idée de prendre la ligne de métro conduisant au travail, l'évolution vers une décompensation psychiatrique (état dépressif majeur, trouble anxieux généralisé, addictions) ;
– une crise de nerfs sur le lieu de travail ou une crise agressive violente contre le matériel, un collègue, un supérieur ;
– un raptus suicidaire dont les « incidents voyageurs » de transports en commun de plus en plus nombreux rendent compte, ou les suicides dédicacés au travail.

Le premier signe clinique à traiter est la peur

Dans les consultations spécialisées, quelle que soit la pathologie présentée, *burn out* ou autres, ce que les salariés expriment massivement, c'est la peur :
– peur de parler de ce qui ne va pas dans le travail et de s'entendre répondre : *« Vous ne savez pas vous débrouiller et hiérarchiser vos tâches ! »* ;
– peur de passer pour un salarié incompétent, insuffisant, fragile, faible, manquant de dynamisme ;
– peur que cela ait des conséquences sur l'entretien annuel d'évaluation et donc sur l'avancement, les primes, les bonus, le poste lui-même ;
– peur de s'entendre répondre que c'est comme ça et qu'il faut faire avec, ce qui renvoie à l'impuissance, puis au désespoir… ;
– peur de parler aux collègues de bureau qui ont l'air de s'en sortir, eux, et qui risqueraient de mettre à l'écart.

UN MÉDECIN TRAITANT AUX PREMIÈRES LOGES

Le médecin traitant est désormais aux premières loges d'une pathologie d'origine sociale. Les solutions doivent être élaborées dans le cadre d'une coopération entre les différents acteurs (médecin du travail, médecin traitant, psychiatre, psychologue), coopération essentielle pour une prise en charge optimale du patient. Ces situations cliniques chronophages et complexes nécessitent souvent des regards croisés. Adresser le patient aux services de pathologies professionnelles ou aux consultations spécialisées de souffrance au travail peut être nécessaire pour le suivi médico-administratif**.

L'arrêt maladie doit être un temps de coordination des acteurs de soins. C'est un temps nécessaire pour que le patient se repose, qu'il prenne le temps de comprendre ce qui lui arrive et, avec ses médecins, de réfléchir à l'avenir.

Le médecin traitant prescrit un traitement médicamenteux et un suivi psychothérapique. Être arrêté, médicamenté et suivi atteste de la gravité de l'état du patient vis-à-vis du médecin-conseil de la Sécurité sociale et éventuellement, si le salarié entame une action juridique, vis-à-vis de la justice. La seule approche médicamenteuse ne peut suffire. Elle est utile dans un premier temps car elle aide à tamponner la souffrance, de la même façon que le repos aide à recharger la batterie à plat. Mais ni les médicaments ni l'arrêt maladie ne vont régler les problèmes du retour au travail, de la charge de travail excessive, de la mauvaise ambiance, de l'incompréhension de la hiérarchie, bref de tout ce qui se passe au travail.

Le médecin du travail doit voir le patient pendant son arrêt, dans le cadre de visites de préreprise, pour l'aider à mieux comprendre la dégradation de la situation de travail et évaluer le retour possible ou pas sur le même poste, sur un autre poste, et le plus souvent la nécessaire coupure du lien réel et symbolique avec l'entreprise, par le biais de l'inaptitude à tout poste.

Pris en charge à temps, la grande majorité des patients renouent un rapport positif au travail sur un autre poste, dans le même domaine ou dans un domaine touchant au bien-être, dans un statut assurant leur autonomie. Les plus jeunes mettent en place un nouveau rapport au travail, avec des stratégies de désengagement, d'investissement de la vie privée, des activités professionnelles, stratégies avec lesquelles les entreprises vont devoir faire.

* Si on s'attache aux sinogrammes qui le composent, le terme japonais de karoshi se traduit de différentes façons : mort par excès de travail, mort par trop de travail, mort par surmenage au travail, mort par surtravail.

** www.souffrance-et-travail.com ou https://bit.ly/1N52lke

TOUS DROITS RESERVES - LA REVUE DU PRATICIEN

RÉFÉRENCES

1. Dejours C. Observations cliniques en psychopathologie du travail. Paris : Presses universitaires de France, 2010.
2. Gomez PY. Le travail invisible. Enquête sur une disparition. Paris : François Bourin Éditeur, 2013.
3. Pezé M. Le burn out pour les nuls. Paris : First éditions, 2017.

MOTS-CLÉS
burn out, diagnostic précoce.

KEYWORDS
burn out, early diagnosis.

RÉSUMÉ SIGNE D'ALERTE DE *BURN OUT* ET DIAGNOSTIC PRÉCOCE

Syndrome de désadaptation à des organisations du travail devenues redoutablement pathogènes, d'une accélération frénétique de nos fonctionnements neurophysiologiques, le *burn out* est de surcroît dans une phase de récupération médiatico-sociale qui écrase la possibilité de faire un diagnostic nuancé. Sa prise en charge relève de protocoles médico-administratifs et juridiques complexes. Cette ingénierie médico-administrative doit être maîtrisée car c'est un outil thérapeutique à part entière qui soigne la peur et l'anxiété du patient mieux que les médicaments ou les psychothérapies. Ces outils de repérage et de prise en charge précoces ne font pas partie de son arsenal thérapeutique habituel. Le médecin traitant suit son patient depuis longtemps, connaît ses antécédents médicaux, physiques et psychiques, et saura déterminer si son intense épuisement est en lien avec un épisode dépressif, une maladie physique non diagnostiquée, ou s'il est consécutif au travail. Il est souvent le seul capable de lui faire entendre les arguments de sagesse et de protection de sa santé.

SUMMARY ALERT SIGN OF BURN OUT AND EARLY DIAGNOSIS

The syndrome of mis-adaptation to toxic work organisations and of a frantic acceleration of our neuro-physiological functions, the concept of burn-out is being appropriated by the media and social sphere, rendering nuanced diagnostics impossible. Handling a burn-out requires complex administrative, judicial and medical protocols. This administrative and medical engineering must be mastered, as it's a therapeutic tool that assuages a patient's fear and anxiety better than drugs or therapy. These tools of identification and early care are not part of their usual therapeutic arsenal. The referring physician has been following his patient for a long time, is aware of his medical, physical and psychological history, and will know how to determine if their intense exhaustion is due to a depressive episode, an undiagnosed physical illness, or their work conditions. Often, only he is able to convey the proper arguments of wisdom aiming at the protection of the patient's health.

Données pour exercer

30 €

Frais de port inclus
Offre valable jusqu'au 31/12/2018

BON DE COMMANDE
À renvoyer sous enveloppe non affranchie à :

Global Média Santé
Libre réponse n°63052
92219 Saint-Cloud Cedex

Je complète les informations me concernant : ❑ M. ❑ Mme
Nom : _____ Prénom : _____
N° : ____ Rue : _____
Code postal : _____ Ville : _____
Tél. : _____
E-mail : _____
Spécialité : _____

Données pour exercer, les dernières données scientifiques internationales pour vous aider dans votre pratique

Je règle par :
❑ chèque à l'ordre de Global Média Santé
❑ carte bancaire (sauf American Express)
N° _____
Expire fin : _____
Merci d'inscrire les 3 derniers chiffres figurant au dos de votre carte bancaire _____
Date et signature obligatoires

CNGE

J'accepte de recevoir des offres de La Revue du Praticien :
■ Librairie ■ DPC, formation ■ Abonnement

TOUS DROITS RESERVES - LA REVUE DU PRATICIEN

FOCUS

Bilan neuropsychologique d'un patient en *burn out*

ELSA MERLE*
MARIE PEZÉ**
* Centre médico-social de l'OSE, Paris, France
** Réseau de consultations « souffrance et travail », Levallois-Perret
www.souffrance-et-travail.com
mmpeze@gmail.com

E. Merle et M. Pezé déclarent n'avoir aucun lien d'intérêts.

La mission du bilan neuropsychologique est de mettre en évidence de façon quantitative les troubles cognitifs qui apparaissent chez les patients : troubles qui ont émergé à la fin de la période de travail mais aussi ceux liés à la prise en compte de la situation : stress vis-à-vis de l'avenir, gestion de dossiers difficiles, questionnement, perte de confiance, d'estime de soi, perte de ses capacités.[1]

On note qu'il apparaît de façon systématique chez tous les patients une triade de troubles cognitifs, psychiques, physiques (*v.* tableau).

Les troubles cognitifs sont majoritairement des troubles de l'attention et de la concentration, avec des scores obtenus aux épreuves inférieurs à ce qui est attendu compte tenu du niveau d'études.

Les degrés d'atteinte cognitive et/ou de souffrance psychique vont être différents selon les personnes, ce qu'elles ont traversé (surcharge de travail, harcèlement, humiliations), selon le soutien de l'entourage, selon la personnalité prémorbide.[2, 3]

La régression des troubles est fonction de la précocité et de la qualité de la prise en charge, qui se doit d'être pluridisciplinaire : psychologue-psychothérapeute, psychiatre, traitements, relaxation, sophrologie… Dans la majorité des cas, les troubles vont régresser très progressivement avec le temps avec parfois des paliers qui peuvent être longs. Dans quelques cas on se retrouve face à une décompensation psychiatrique ou somatique.

BURN OUT : DES TROUBLES COGNITIFS, PSYCHIQUES ET PHYSIQUES
Troubles de l'attention
Troubles de la concentration, inattention, au premier plan
Distractibilité
Troubles de la récupération
Difficultés à hiérarchiser, à nuancer, à prendre des décisions, à faire plusieurs tâches à la fois
Ralentissement psychomoteur,
État de stress, d'inquiétude vis-à-vis de l'avenir, anxiété, crises d'angoisse
Tristesse, dévalorisation, dépression, idées noires
Troubles du sommeil, fatigue majeure
Situations rappelant le travail qui sont insurmontables
Tensions musculaires, maux de tête, vertiges

Tableau.

Le cas de madame D

Madame D. 47 ans, était cadre supérieur dans une société avec beaucoup de responsabilités, et très investie dans son travail qui la passionnait. Elle est adressée pour un état anxiodépressif sévère réactionnel à un *burn out* (éléments insidieux de chantage et de harcèlement à son encontre pendant environ 5 ans ; deux malaises cardiaques sur son lieu de travail dont le dernier a entraîné l'arrêt de travail).

Madame D. avoue *« ne plus être capable de rien »*, chaque acte de la vie quotidienne est devenu un effort incommensurable et une contrainte. Elle ressent une fatigue extrême et passe beaucoup de temps à dormir. Elle ne sort plus de chez elle. Elle ne peut plus aider sa fille pour ses devoirs, gérer ses papiers, faire ses comptes, faire des courriers, lire, suivre un film tant la concentration est défaillante. Elle ne peut plus voir un smartphone, un ordinateur, une voiture du même modèle que sa voiture de fonction sans être prise de panique.

Son bilan neuropsychologique fait état d'un fléchissement de son fonctionnement cognitif global. *Mini mental state* MMS à 27/30. Rappel libre en mémoire épisodique bas. Empan endroit (mémoire immédiate) limite (5), empan envers (mémoire de travail) fragile (4). Recherche du mot juste, expression ralentie. Dysfonctionnement exécutif franc. Incapacité à maintenir son attention sur la tâche demandée. BREF à 14/18. Contrôle inhibiteur défaillant. Sensibilité à l'interférence. TMT B inférieur au centile 10. Ralentissement idéomoteur majeur. Fluences verbales très abaissées tant sur le plan littéral que sémantique.

Le tableau cognitif qui s'accompagne de céphalées vient rompre avec le fonctionnement antérieur et les habiletés signalées par la patiente.

Des épreuves attentionnelles plus spécifiques pourraient être proposées en complément du bilan. Leur intérêt est à discuter lorsque des épreuves de base permettent de mettre en évidence la difficulté et entraînent déjà suffisamment de fatigue, d'efforts, de mise en échec.

RÉFÉRENCES

1. Grebot E. Stress et *burn out* au travail : identifier, prévenir, guérir. Paris : Eyrolles, 2008.
2. Ferreri F, Peretti C S, Mattei PO. Stress et cognition. Act Med Int – Psychiatrie, décembre 2004;10.
3. Maslach C, Leiter MP. *Burn out* : le syndrome d'épuisement professionnel. Paris : Les Arènes, 2011.

VOIR AUSSI

Pezé M. Ils ne mouraient pas tous, mais tous étaient frappés. Paris : Flammarion, coll. Champs - Actuel, 2008.

TOUS DROITS RESERVES - LA REVUE DU PRATICIEN

Devenir et pronostic des patients en *burn out* pris en charge tardivement

Coordonner autour du patient une équipe de soins, parfois pendant des années

PHILIPPE BOUHOURS
Paris, France
philippe.bouhours@wanadoo.fr

P. Bouhours déclare n'avoir aucun lien d'intérêts (hormis des actions du groupe Johnson & Johnson).

Le syndrome d'épuisement professionnel, ou *burn out*, affecte autant les femmes que les hommes dans toutes les catégories de métiers. Nous envisagerons ici la situation où il est découvert tardivement, souvent après plusieurs années d'évolution et ce que cela implique pour sa prise en charge et les stratégies médico-administratives qui en découlent.

Pour que le patient puisse avoir les meilleures chances d'en guérir, il est nécessaire que se constitue autour de lui, de manière coordonnée, une équipe de soins capable de communiquer entre elle et d'agir sur une période qui peut durer plusieurs années, et où d'emblée le médecin traitant doit occuper une place centrale. Cela requiert pour le praticien la constitution d'un réseau de professionnels et du temps pour la gestion, notamment administrative, de la situation du patient.

Recueil de l'anamnèse

En tout premier lieu, il convient de qualifier les conditions du *burn out* et de son évolution.

Depuis les travaux originaux d'Herbert Freudenberger en 1974 et Christina Maslach en 1976, le syndrome d'épuisement professionnel est compris comme un processus de dégradation du rapport subjectif au travail en fonction de trois dimensions caractéristiques : l'épuisement professionnel, le cynisme vis-à-vis du travail ou dépersonnalisation (déshumanisation, indifférence), la diminution de l'accomplissement personnel au travail ou la réduction de l'efficacité professionnelle.[1]

Au cours de l'anamnèse, il est nécessaire d'apprécier certains facteurs associés propres à la psychopathologie du travail : le travail du sujet est-il pathogène ou structurant pour sa santé mentale ? De cette question, pour un individu donné, dans certaines circonstances particulières, dépend l'appréciation du syndrome de *burn out*. C'est pourquoi souvent le premier mot utilisé par les patients pour décrire la nature de leur rapport au travail est celui de souffrance.

Quand les mécanismes de défense intrapsychiques s'effondrent, que disparaissent l'accomplissement de soi ou la créativité du sujet face au travail et que l'intensification du travail s'accroît, apparaissent les pathologies de surcharge telles que des troubles musculo-squelettiques pour l'un, un syndrome de *burn out* pour l'autre.[2]

Le repérage par le médecin des dimensions pathogènes du travail est essentiel à la prise en charge du patient.[3] Il permet de se recentrer sur l'origine de la pathologie et d'établir un lien circonstancié avec le patient autour du mécanisme causal. Il est fréquent que cette évocation du passé pour le patient soit difficile, parfois impossible, tant il a dû répéter ce discours sans être entendu dans sa souffrance ou tout simplement parce qu'il ne l'a jamais clairement formulée. C'est un des enjeux de la prise en charge tardive de ces pathologies. La narration est indispensable, mais peut se révéler, au moins en première intention, très anxiogène pour le patient et l'objet de confusions dans le récit et sa chronologie.

D'autres éléments importants du parcours du patient sont repérables au cours de l'anamnèse.

Les conditions de travail sont spécifiques, en particulier s'il existe un harcèlement managérial ou moral. La nature des troubles impose de réfléchir au risque suicidaire, à la possibilité d'actes médico-légaux si le patient est en décompensation et si son jugement est altéré. Il n'est pas rare de devoir procéder en urgence à l'hospitalisation en milieu psychiatrique, afin de protéger le patient et de permettre la prise en charge médicamenteuse qui s'impose.

Un point particulier sera fait sur les éléments de biographie du patient pouvant signifier l'existence d'une vulnérabilité au préalable du déclenchement du *burn out*, notamment des critères portant sur la personnalité. L'existence d'un neuroticisme, un perfectionnisme, une addiction au travail, une difficulté face au stress sont autant de facteurs qui peuvent entrer en ligne de compte dans l'apparition d'un *burn out*.

Étape diagnostique

L'étape diagnostique est complexe : le syndrome de *burn out* ne fait pas partie des classifications usuelles pour les

TOUS DROITS RESERVES - LA REVUE DU PRATICIEN

troubles mentaux de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) [10e révision de la Classification internationale des maladies ou CIM-10] et ne figure pas dans la 5e édition du *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (DSM-5). Toutefois, la prochaine classification CIM-11, qui vient d'être publiée sur le site internet de l'OMS et qui sera finalisée et définitivement utilisable en 2022, donne une définition du *burn out* tout à fait superposable aux critères développés par Maslach. Il y figure dans la section 24 des *« Facteurs influençant l'état de santé ou les contacts avec les services de santé »*. Pour l'Académie nationale de médecine dans son rapport de 2016, *« l'expansion du terme de burn out est une source de confusion en raison des limites imprécises de cette réalité »*.[4]

En pratique quotidienne, toutefois, il est possible de repérer la constitution progressive du *burn out* jusqu'à sa confirmation. Il semble qu'un processus se déclenche, allant d'un travail excessif au désinvestissement des relations et des activités.

Dans le cadre de cet article qui traite du diagnostic tardif, tous les états cliniques initiaux sont dépassés, et le trouble est constitué, il est marqué le plus souvent par un état de stress post-traumatique, un état dépressif majeur caractérisé ou un trouble anxiodépressif, des troubles cognitifs et des manifestations somatiques.

Les symptômes sont bruyants, invalidants et durables. Dans son hétérogénéité, le syndrome peut être déconcertant pour le clinicien, d'autant que chaque patient y exprime ses propres représentations, et cela souvent dans un contexte conflictuel avec un employeur, ce qui teinte son discours d'agressivité, d'injustice, de culpabilité ou de honte.

Position psychologique du patient

Si nous nous intéressons au discours du patient et à son vécu, il existe des points de repère qui caractérisent la pathologie. Un des points cardinaux est la fatigue extrême exprimée par le patient. Un épuisement physique et psychique global, sans que le repos compensateur ne soit efficace. Le repos est souvent impossible tant le patient, y compris en arrêt de travail, est incapable d'inverser son rythme de vie et son surmenage. Le repos est culpabilisé et objet de dévalorisation. La fatigue est un des premiers symptômes à apparaître et un de ceux qui va persister le plus longtemps, souvent plusieurs années. De plus, il existe de nombreux symptômes, en particulier des troubles du sommeil, insomnie d'endormissement, réveils nocturnes ou précoces, teintés de cauchemars marqués par des rappels des situations professionnelles anxiogènes. Dans la journée dominent les troubles cognitifs, troubles de la mémoire (immédiate et de travail) et de l'attention, ralentissement idéatoire et moteur, dysfonctionnement exécutif. Ces troubles cognitifs entraînent beaucoup de détresse chez un sujet qui auparavant fonctionnait normalement et conditionnent une peur de ne jamais pouvoir récupérer. Là encore, les temps de soins et de suivi médical sont essentiels, afin de protéger le patient par un étayage constant.

Suivi médical et thérapeutique

Le clinicien doit s'attacher dans cette phase de soins à rechercher les éléments psychologiques et physiques constitutifs du *burn out*.

Tout d'abord, la dépression ; il existe de nos jours un débat scientifique qui suggère que le *burn out* est une forme de dépression plutôt qu'une forme différenciée d'un type de pathologie spécifique.[5] Il n'en demeure pas moins que si la dépression est déclenchée, elle doit être prise en charge de manière adaptée. La discussion n'est pas close par cet article et il paraît peut-être plus logique de s'intéresser au continuum temporel entre l'émergence d'un *burn out* et la constitution d'une dépression que de chercher à en faire un diagnostic différentiel ou d'exclusion entre les deux.

La dépression se manifeste par des symptômes usuellement décrits : humeur triste, perte d'intérêt ou de plaisir, perte ou gain de poids, insomnie ou hypersomnie, agitation psychomotrice ou ralentissement, fatigue ou manque d'énergie, sentiment d'inutilité ou de culpabilité, difficulté de concentration, pensées de mort ou idées suicidaires.

Le *burn out* peut être classé dans les troubles de l'adaptation, comme une réponse émotionnelle et comportementale inadaptée face à des facteurs de stress identifiables. Dans la situation décrite dans cet article, il est fréquent de voir un patient en état de stress post-traumatique avec son cortège de symptômes allant des répétitions liées à l'événement (réminiscences, *flashbacks*, cauchemars) aux évitements phobiques et à la présence de signes d'hyperactivité dont l'hypervigilance.[6]

Le syndrome ainsi constitué associe une dépression et un état de stress post-traumatique évoluant vers la chronicité.

Le bilan médical est complété par le dépistage des troubles cardiovasculaires et métaboliques.

Une étude multicohorte récente[7] montre une augmentation substantielle du taux de mortalité chez les hommes ayant une maladie cardiométabolique à l'inclusion et un travail stressant, y compris après ajustement sur des variables classiques liées au mode de vie (tabac, alcool, activité physique…).

Le patient en *burn out* a souvent négligé son état de santé et son suivi médical. De nombreux symptômes somatiques sont observés, dont l'exploration doit être systématique. Le bilan neuropsychologique est très important, les tests permettant de mieux caractériser les troubles cognitifs.

Le choix des traitements médicamenteux résulte des aspects symptomatiques, une place particulière étant réservée aux psychotropes, antidépresseurs et anxiolytiques, et dépend de l'habilité du clinicien à les prescrire, sachant qu'aucune classe pharmacologique ne domine sur une autre en termes de réponse thérapeutique.

TOUS DROITS RESERVES - LA REVUE DU PRATICIEN

La pratique de la psychothérapie est prépondérante dans la prise en charge. En dehors de la psychothérapie classique ou d'inspiration analytique, les thérapies comportementales et cognitives y trouvent une fonction centrale. Aujourd'hui, en raison de l'évolution et de la sophistication des méthodes, un programme de soins « sur mesure » peut être proposé au patient : un entraînement aux habilités sociales, à l'assertivité et à l'affirmation de soi, afin de mieux gérer la relation aux autres, la méditation de pleine conscience pour la réduction du stress, les *techniques eye movement desensitization and reprocessing* (EMDR) applicables en cas de stress post-traumatique ou l'*acceptance and commitment therapy* (ACT) pour le *burn out*.[8,9]

Une équipe pluridisciplinaire au service du patient

La constitution d'un réseau de soins autour du médecin traitant est importante pour que le traitement de ce patient confronté à de nombreux écueils médicaux, sociaux et administratifs soit efficace.[10] Le médecin coordonnateur doit pouvoir faire appel à ses correspondants et en tout premier lieu à un psychiatre et/ou un psychologue clinicien spécialisé dans le domaine des risques psychosociaux et de la souffrance au travail. Le psychiatre détermine la conduite à tenir en fonction de la psychopathologie (choix des traitements et indication d'hospitalisation, si la situation du patient l'exige en raison de la dépression ou d'un risque suicidaire). Il conduit aussi le suivi en psychothérapie ou peut facilement orienter le patient vers un psychologue. La qualité de la relation entre le médecin traitant et le psychiatre conditionne pour partie la réussite de la prise en charge du patient.

En effet, si nous décrivons la condition la plus usuelle, le patient est en arrêt de travail pour une période plus ou moins longue, de quelques semaines à quelques mois, au moment du début du suivi psychiatrique ambulatoire. En fonction de l'intensité et de la gravité des symptômes psychiatriques, le psychiatre informe le médecin traitant de la nécessité de poursuivre l'arrêt de travail ou prend à son compte la prolongation. Il est fréquent de voir dans les pathologies sévères la prolongation de l'arrêt de travail sur une période de deux à trois ans. Les diagnostics motivant l'arrêt de travail portent sur la dépression et le stress post-traumatique, l'aggravation de maladies chroniques ou l'apparition de nouvelles maladies très invalidantes (cancers, pathologies cardiaques). Le patient accepte souvent difficilement le principe d'un arrêt de travail de longue durée. Il est ressenti comme dévalorisant ou comme un abus vis-à-vis de la société et des bien-portants. L'arrêt de travail en lui-même ne résout rien, mais il permet de mettre en sécurité et au repos un sujet en grave souffrance psychique. Il constitue un temps nécessaire aux soins et à l'amélioration de l'état de santé du patient.

Dans la continuité de la prise en charge, une interface essentielle se constitue avec le médecin-conseil de la Caisse primaire d'assurance maladie. Il faut tenir compte de la sensibilité et de la réactivité du patient qui peut, au moment de la consultation avec ce dernier, se trouver en état de détresse, de sidération et être incapable d'expliquer sa situation médicale et sociale. Un courrier d'accompagnement précisant les conditions pathologiques est indispensable. Il est au demeurant factuel, simple, informatif et centré sur la description sémiologique. Du médecin-conseil dépendent de nombreuses décisions : évaluation de la régularité médicale de l'arrêt de travail, attribution de l'affection de longue durée, mise en invalidité. À chacune de ces étapes, le patient doit pouvoir se sentir écouté, protégé et respecté.

Le rapport avec le médecin du travail est tout aussi essentiel, il est souvent le premier à référer au médecin traitant le patient en situation de souffrance au travail. Il va aussi pouvoir à la demande du patient lui communiquer son dossier médical, le revoir en visite de (pré)-reprise ou au contrainte pour déclarer l'inaptitude temporaire ou définitive au travail, notamment en cas d'invalidité.

Avec le temps et la qualité des relations professionnelles s'établit un réseau de soins plus ou moins formel où chaque intervenant trouve sa place. Le médecin traitant est la cheville ouvrière de ce dispositif.

Le suivi du patient s'organise dans tous les secteurs administratifs qui sont hors du champ médical. En particulier le recours à un avocat est nécessaire selon la gravité du *burn out* et les conditions de travail qui l'ont engendré. Dans certaines circonstances, il peut exister un harcèlement managérial ou moral caractérisé de la part de la hiérarchie vis-à-vis d'un salarié. Toutes les professions sont touchées, et la condition d'un salarié n'est pas la seule, ces situations sont observées dans les professions libérales, artisanales où les protections sociales ne sont pas aussi sécurisantes.

L'appel à l'avocat se fait dans un temps où le patient est fragile, bien incapable de formaliser les épreuves subies ; or de la qualité de son récit et des preuves matérielles apportées dépend la constitution d'un dossier juridique solide. Bien trop souvent, il est indispensable de réagir en urgence face aux problèmes engendrés par la situation du patient : arrêt de versement des indemnités journalières, non-versement des salaires, prévoyance non déclenchée dans les délais, licenciement pendant l'arrêt de travail, contexte administratif de reconnaissance d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle. Beaucoup de situations deviennent contentieuses et inextricables. Elles provoquent inexorablement l'aggravation de la maladie comme autant d'événements de vie vis-à-vis desquels le patient se sent impuissant.

La prise en charge des patients par un réseau de soins a pour objet d'améliorer la rapidité du diagnostic et d'activer l'intervention de l'équipe pluridisciplinaire. Plus l'intervention est rapide, plus la possibilité d'une amélioration clinique est envisageable dans un délai maîtrisé qui se compte souvent en mois.

TOUS DROITS RESERVES - LA REVUE DU PRATICIEN

Le temps de soin médical est différent du temps psychologique ou cognitif qui lui-même est différent du temps juridique ou administratif. L'ancrage doit se faire en premier sur le traitement de la dépression dont la guérison conditionne les capacités de rebond du patient.

En revanche, dans une prise en charge tardive et en raison de la gravité intriquée des pathologies, le pronostic global est moins bon. Il est difficile de chiffrer quel est le pourcentage des patients qui guérissent – *restitutio ad integrum* –, probablement un faible pourcentage et selon un délai de plusieurs années. La grande majorité des patients qui peuvent reprendre un travail le font en choisissant une formation nouvelle, une orientation professionnelle différente de leur métier d'origine et ne réintègrent pas leur entreprise ou leur fonction initiale. Enfin, la plupart des patients qui gardent des séquelles définitives sont protégés socialement, ce qui permet un suivi s'inscrivant au long cours.

UN RÉSEAU DE SOINS AUTOUR DU MÉDECIN

Comprendre et traiter le *burn out* dans les conditions de diagnostic tardif nécessitent pour le praticien, de nos jours, des compétences qui sont bien plus vastes que l'approche médicale traditionnelle. Plus que jamais, agir afin de traiter un patient souffrant de *burn out* implique des connaissances biologiques, psychologiques et sociales. La constitution d'un réseau de soins autour d'un médecin coordinateur s'avère une méthodologie à encourager au bénéfice du patient et de la société en son ensemble.

RÉSUMÉ DEVENIR ET PRONOSTIC DES PATIENTS EN *BURN OUT* PRIS EN CHARGE TARDIVEMENT

Aujourd'hui, en France, le *burn out* peut être considéré comme un fléau médical et social. Dans ses formes de prise en charge tardive, il se présente régulièrement sous les aspects cliniques de la dépression et du stress post-traumatique, accompagné de nombreux troubles psychologiques, somatiques et de maladies chroniques, tout en s'inscrivant dans le parcours professionnel d'un individu. Son tableau clinique est complexe en raison de sa diversité symptomatologique et de l'hétérogénéité des facteurs qui le déclenchent. Le patient doit être placé au centre du dispositif de soins et sa plainte reconnue. Le médecin traitant assure la coordination des soins et pilote une équipe pluridisciplinaire afin de gérer la difficulté du suivi médical, social et administratif.

SUMMARY PATIENTS' BURN OUT: EVOLUTION AND PROGNOSIS IN CASE OF DELAYED SUPPORT

In France burn out can be considered as a medical and social scourge. In his late care, it is regularly associated with depression, post-traumatic stress, psychological and somatic burden and chronic diseases. The clinical aspects are complex based on its symptomatic diversity and causal heterogeneous factors. Patient's care is central and his/her suffering should be recognized. The general practitioner needs to coordinate the treatment and drives a multidisciplinary team able to address the difficulty of the medical, social and administrative follow-up.

MOTS-CLÉS

burn out, dépression, stress post-traumatique, médecin traitant, coordination des soins, équipe pluridisciplinaire.

KEYWORDS

burn out, depression, post-traumatic stress, general practitioner, care coordination, multidisciplinary team.

RÉFÉRENCES

1. Schaufeli WB, Tadeusz M, Maslach C (ed). Professional burnout: Recent developments in theory and research. London and New York. Routledge library editions, Taylor and Francis Group, 2017 (vol. 33).
2. Gernet I. Psychopathologie en clinique du travail. EMC psychiatrie, sous presse, EM consulte 2018.
3. Haute Autorité de santé. Repérage et prise en charge cliniques du syndrome d'épuisement professionnel ou burn-out. Fiche mémo HAS, mars 2017:1-148.
4. Olié JP, Légeron P. Le *burn-out*. Académie nationale de médecine, 2016.
5. Bianchi E. Schonfeld IS. Laurent E. Burnout et dépression, entre normal et pathologique ? Histoire d'une différenciation hasardeuse. In : E. Laurent & P. Vandel (Eds.), De l'humeur quotidienne à la dépression sévère : Manuel pluridisciplinaire de la thymie. Louvain-la-Neuve : De Boeck, 2016:75-93.
6. Zawieja P. Le burn out. Paris : Presses universitaires de France, Coll « Que sais-je ? » 2015 : n° 4017.
7. Kivimäki M. Pentti J. Ferrie JE, et al. Work stress and risk of death in men and women with and without cardiometabolic disease: a multicohort study. Lancet Diabetes Endocrinol 2018;6:705-13.
8. Boudoukha AH. Burn-out et stress post-traumatique. Paris ; Dunod, 2016.
9. Seznec JC. ACT : applications thérapeutiques : Anxiété, phobies, TCA, image de soi, dépression, burn-out, TOC, thérapies de couple... Dunod, Paris 2015.
10. Pezé M. Le *Burn-out* pour les nuls. Paris : First Editions, 2017.

TOUS DROITS RESERVES - LA REVUE DU PRATICIEN

FOCUS

Burn out des soignants

RICHARD TORRIELLI
Spécialiste des Hôpitaux, ancien PH au CHU de Bordeaux, France
richard.torrielli@orange.fr

R. Torrielli déclare n'avoir aucun lien d'intérêts.

« Tous les jours, mains moites, boule au ventre, sur le trajet de l'hôpital ou du cabinet. Angoisse diffuse et sans objet d'avoir à se confronter aux patients et à leurs problèmes, gérés jusque-là sans souci. Et ce mal au dos persistant, ces palpitations incongrues, cette fatigue au petit matin, qui pousse à ralentir, comment faire avec, sans déserter le terrain et abandonner ses collègues ?

Gérer la maladie, la souffrance, la mort, c'est mon métier. En être blindé ? Voire... Connaître "théoriquement" la nécessité de mettre à distance les affects pour préserver son intégrité psychique, sa vie familiale. Être sur le point de renoncer à bien faire son travail, se contenter de remplir les cases des check-lists et des évaluations. Faire ce qui est recommandé par les procédures, la supposée bonne pratique, et pas davantage, point final. Être envahi par le dégoût de soi, devenu un professionnel si éloigné de l'idéal qui m'avait conduit au choix de ce métier de dévouement et de don de soi. Épuisé par les exigences de productivité de la hiérarchie, éreinté par les journées sans fin, déboussolé par les bouleversements du planning, mécanisé par la technicité omniprésente.

Et ces patients vulnérables, eux-mêmes soucieux d'une immortalité autrefois pensée comme un au-delà, aujourd'hui phantasmée comme possible ici-bas ! Des patients peu à peu passés d'une confiance exagérément aveugle aux soignants, à une défiance encline à saisir la justice à la moindre défaillance ! Seraient-ils ingrats ? Et leurs familles, ne voient-elles pas qu'on fait le maximum ?

Ma colère surgit à la moindre occasion ! En arriver à comprendre pourquoi ce collègue a mis fin à ses jours dans la chambre de garde, pourquoi cette compagne de promotion est arrêtée depuis plus de six mois pour dépression, pourquoi cet autre a arraché ses gants en quittant le bloc opératoire au milieu de l'intervention. Ne même plus pouvoir en parler avec les collègues, plus le temps, il est interdit d'aller prendre un café, le local fumeurs est supprimé. De quoi aurait-il l'air s'il allait se plaindre au syndicat ? Plutôt prendre un petit tranquillisant dans la pharmacie du service, ou taper dans les échantillons laissés au cabinet par les labos. Revendiquer, ce n'est pas son genre, me plaindre non plus. C'est son problème à lui, rien qu'à lui. Comment tout mettre sur le dos de l'organisation du travail, comme ces enragés d'éternels protestataires, ou sur l'exigence de la pratique libérale ? Ni lui ni moi n'aimons jouer la victime... Il n'est plus à la hauteur, voilà tout, moi non plus... Il n'est plus capable, il a la tête ailleurs et l'accident le guette, l'erreur fatale, et ça, il ne le supporterait pas. Il deviendrait victime à son tour, à son corps défendant !

Il y a bien la médecine du travail, mais ils sont submergés, ils te gardent cinq minutes, et encore, une fois tous les dix ans... Il y a bien ce Numéro Vert gratuit, peut-être va-t-il appeler, si c'est anonyme. Il se sent si seul... »

C'est le miroir de sa propre condition humaine que le soignant côtoie au fil des jours. De sa fragilité et de sa finitude. Pourtant, il se doit d'incarner la force, la sérénité, la certitude, dans une relation singulière avec un patient, quelles que soient les médiatisations techniques et complémentaires qui s'interposent entre les deux êtres, soignant et soigné. Plus que tout autre professionnel, il se sent investi d'une mission vis-à-vis de ses semblables. Il sait le caractère relationnel, impliquant, indispensable à un soin de qualité digne de ce nom.

En France, dans l'univers hospitalier, le *burn out* est parfois présenté comme une pathologie de la relation d'aide, singularité épistémologique qui semble écarter d'un revers de manche toute explication trop poussée par les facteurs organisationnels ou sociologiques. Comme si la souffrance au travail était un prix à payer par l'individu, dont seules les conséquences seraient prises en charge par les institutions (« les psychologues sont sur place »), mais sans en traiter les causes sur les conditions de travail et sa surcharge, au nom de la productivité et des économies financières.[1-3]

Des ressources

La mise en perspective psychosociologique dans les organisations, à la suite de travaux comme ceux de Christophe Dejours et de l'expérience clinique de Marie Pezé avec la mise en place de consultations souffrance et travail et du site correspondant (*v.* p. 910), a servi de point d'appui dans le domaine de la santé aux organisations syndicales, associations, collèges professionnels, et au Conseil national de l'Ordre des médecins (CNOM) qui ont initié des outils d'assistance et de recherche.[4-6]

En 2009, le Syndicat national des praticiens hospitaliers anesthésistes-réanimateurs élargi (SNPHAR-E) inaugure un Observatoire de la souffrance au travail (OSAT). Il collige tous les cas de déclaration de souffrance à l'hôpital, et apporte une réponse personnalisée à celle ou celui qui demande à être contacté(e). La réponse est syndicale : rappel des règlements, de la législation, de la conduite à tenir vis-à-vis des hiérarchies, propositions d'aide directe par courrier ou déplacement d'une personne sur place. Le dialogue qui s'installe concerne aussi la santé de l'appelant, que son altération soit la conséquence et/ou la cause d'un dysfonctionnement ou d'une dégradation des conditions de travail. Des conseils simples de sauvegarde sont prodigués. Des invariants émergent : abus de pouvoir, mise au placard, désaveu, disgrâce, harcèlement, dysfonctionnements et désorganisations des conditions de travail. L'OSAT est mis en œuvre aujourd'hui par l'intersyndicale Action praticien hôpital (APH) qui regroupe quatorze syndicats professionnels.

La commission Santé des médecins anesthésistes-réanimateurs au travail (SMART) du Collège français des anesthésistes-réanimateurs (CFAR) a élaboré un service intégré où les professionnels en souffrance psychique ou physique ont accès à un Numéro Vert

TOUS DROITS RESERVES - LA REVUE DU PRATICIEN

gratuit (écoute par un psychologue diplômé 24 h/24, 7 j/7), à des autotests pour repérer un *burn out*, évaluer sa dépendance à l'alcool, mesurer sa fatigue, à une aide bibliographique thématique et une documentation en ligne, à un réseau addictologie.*

D'autres initiatives similaires ont été prises. Plusieurs organisations sont réunies par le Programme aide solidarité soignants (PASS)**. De son côté, l'association Soins aux professionnels de santé (SPS)*** a l'ambition de rassembler tous les experts et toutes les actions dans cette optique : pour le repérage, l'orientation et la prise en charge, SPS propose elle aussi un Numéro Vert gratuit d'écoute ouvert 24 h/24, 7 j/7, un blog (expressionsdesoignants.fr), et des modules gratuits de formation dans toute la France en partenariat avec souffrance-et-travail. Elle soutient un réseau territorial de psychologues, généralistes et psychiatres capables d'accompagner les professionnels en santé en souffrance dans toutes les régions et, pour les cas les plus difficiles, des unités dédiées d'hospitalisation dans chaque région.

Un médecin traitant pour chaque médecin

Last but not least, Max-André Doppia# a initié la campagne « Dis doc, t'as ton doc ? » afin que chaque médecin ait son propre médecin traitant. Cette campagne, véritable révolution culturelle levant le tabou du médecin omniscient et indestructible (80 % d'entre eux pratiquent autodiagnostic et automédication), est relayée par une quarantaine de partenaires en France et à l'étranger (dont le ministère de la Santé et le CNOM).##

Burn out, épuisement professionnel, souffrance au travail chez les médecins et les soignants sont aujourd'hui suffisamment documentés pour affirmer la nécessité de prendre au plus tôt dans la vie professionnelle les systèmes de prévoyance les plus protecteurs possibles. La prévention primaire du *burn out* est le meilleur garant d'un soin de qualité par un professionnel heureux dans son métier.[7-8]

* https://cfar.org/sante-au-travail-smart/

** Le PASS, constitué en partenariat avec le CNOM, regroupe les associations suivantes : Association d'aide professionnelle aux médecins et aux soignants (AAPMS), Association pour les soins aux soignants (APSS), Association régionale d'entraide du Nord-Est (ARENE), le réseau Aide pour les soignants en Rhône-Alpes (ASRA), Association santé des soignants de Poitou-Charentes (ASSPC), Entraide régionale des médecins de Bretagne ERMB), Médecin organisation travail santé (MOTS).

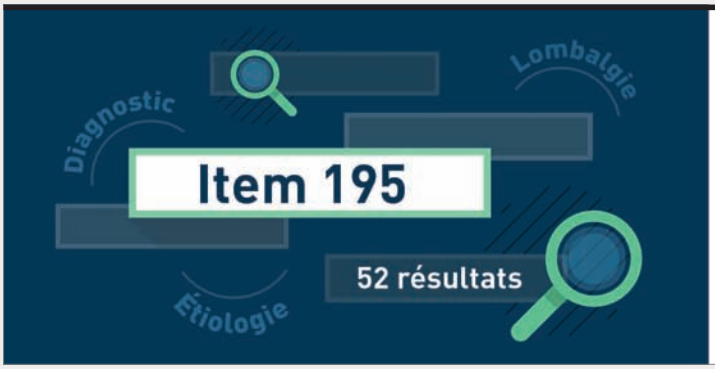
*** http://www.asso-sps.fr/association.html

Max-André Doppia (1953-2017), praticien hospitalier anesthésiste-réanimateur au CHU de Caen, a présidé la commission SMART, a été secrétaire général adjoint du Collège français des anesthésistes-réanimateurs, et a présidé Avenir hospitalier (AH).

« Dis doc, t'as ton doc ? » : http://solidarites-sante.gouv.fr/ ou https://bit.ly/2OyNIwF

RÉFÉRENCES

1. Privitera MR. Is burnout a form of depression? It's not that simple. Medscape Psychiatry 2018, May 16.
2. Mion G, Doppia MA. Prise en charge des professionnels souffrant de burnout. Prat Anesth Reanim 2014;18:193-200.
3. Dyrbye LN, West CP, Satele D, et al. Burnout among U.S. medical students, residents, and early career physicians relative to the general U.S. population. Acad Med 2014;89:443-51.
4. Myhren H, Ekeberg O, Stokland O. Job satisfaction and burnout among intensive care unit nurses and physicians. Crit Care Res Pract 2013;2013:786176.
5. Scheen AJ. « Workaholism » : la dépendance au travail, une autre forme d'addiction. Rev Med Liege 2013;68:371-6.
6. Galam E, Komly V, Le Tourneur A, Jund J. Burnout among French GPs in training: a cross-sectional study. Br J Gen Pract 2013;63:e217-e224.
7. Doppia MA, Estryn-Béhar M, Fry C, Guetarni K, Lieutaud T ; comité de pilotage de l'enquête SESMAT. Enquête comparative sur le syndrome d'épuisement professionnel chez les anesthésistes-réanimateurs et les autres praticiens des hôpitaux publics en France (enquête SESMAT). Ann Fr Anesth Reanim 2011;30:782-94.
8. Desprès P, Grimbert I, Lemery B, et al. Santé physique et psychique des médecins généralistes. Paris : DRESS, Études et Résultats 2010:731.



DOC DOC! LA REVUE DU PRATICIEN

Rendez-vous sur : larevuedupraticien.fr/docdoc

TOUS DROITS RESERVES - LA REVUE DU PRATICIEN

FOCUS

Souffrance et travail : les ressources

MARIE PEZÉ
Réseau de consultations « souffrance et travail », Levallois-Perret
www.souffrance-et-travail.com
mmpeze@gmail.com

M. Pezé déclare n'avoir aucun lien d'intérêts.

La création du site souffrance-et-travail.com et du réseau des 150 consultations souffrance et travail est une réponse de la société civile aux évolutions profondes des organisations du travail, à la spécificité des pathologies qu'elles génèrent, à l'impasse des moyens classiques, à la construction des outils nécessaires à cette clinique de la complexité.

Figure 1.

Le site souffrance-et-travail.com

Il a été créé en 2010 par Marie Pezé, sous l'égide de l'association Diffusion des connaissances sur le travail humain (DCTH), dont les membres sont médecins, médecins du travail, médecins inspecteurs du travail, psychiatres, inspecteurs du travail, magistrats, sociologues. Il vise à informer de ses droits et de ses devoirs tous les « travailleurs » par la mise en ligne en temps réel des connaissances scientifiques sur la souffrance au travail, ses conséquences médicales, administratives, juridiques. La section « outils de formation » propose des vidéos d'enseignement et des présentations au format PowerPoint téléchargeables sur tous les tableaux cliniques. Le site contient la liste des 150 consultations souffrance et travail disponibles en France.

Figure 2. Page d'accueil du site.

Un certificat de spécialisation

Le premier certificat de spécialisation en psychopathologie du travail est créé au Conservatoire des arts et métiers en 2008 à la demande de Christophe Dejours, sous la responsabilité pédagogique de Marie Pezé. Il a pour but d'articuler les données théoriques de diverses spécialités (médecine, psychiatrie, psychodynamique du travail, psychanalyse, psychosomatique, droit) aux outils pragmatiques de la prise en charge de terrain.

Un réseau de consultations spécialisées

Les consultations sont soit hospitalières (le plus souvent adossées aux services de pathologies professionnelles), soit libérales. Le champ des professionnels qui y ont recours s'est élargi : médecins (généraliste ou spécialiste, du travail), avocats, caisses d'assurance retraite et de la santé au travail (Carsat), inspection du travail, encadrement, représentants du personnel, bouche-à-oreille et le site santé-et-travail. Ces consultations peuvent être prescrites comme « examen complémentaire » par le médecin du travail, et prises en charge par le service de médecine du travail. Certaines mutuelles remboursent désormais une dizaine de séances de psychothérapie par an.

Les fondamentaux des prises en charge

– un travail de coordination des dossiers et surtout des acteurs de soins dans un pragmatisme médico-administratif qui est un outil thérapeutique à part entière ;
– un entretien spécifique, prolongé, outillé qui, au-delà des écrits qui en découlent (certificats, expertises), est centré sur la reconstitution d'une double chronologie, celle de la dégradation des conditions de travail, celle de la dégradation de l'état de santé ;
– le rappel à la loi, au droit à la dignité, à la santé ;
– une pluridisciplinarité qui n'est pas de façade. Les consultations spécialisées ont des carnets d'adresses riches et réactifs ;
– nous défendons l'existence de tableaux cliniques spécifiques : pathologies de surcharge, pathologies de la solitude, syndrome de stress post-traumatique dans les situations de harcèlement, paranoïa situationnelle, épuisement professionnel, conflits éthiques, suicides dédicacés, karoshi*, somatisations au niveau de la sphère gynécologique chez les femmes en situation de harcèlement sexuel ;
– nous prenons le temps de donner du temps (plusieurs heures), pour laisser la pensée du patient souvent sidérée se remettre en route et parce que les protocoles de prise en charge sont chronophages.

* karoshi : si on s'attache aux sinogrammes qui le composent, le terme japonais de karoshi se traduit de différentes façons : mort par excès de travail, mort par trop de travail, mort par surmenage au travail, mort par surtravail.

TOUS DROITS RESERVES - LA REVUE DU PRATICIEN

À RETENIR

Burn out : les 10 messages clés

MARIE PEZÉ
Réseau de consultations « souffrance et travail », Levallois-Perret
www.souffrance-et-travail.com
mmpeze@gmail.com

M. Pezé déclare n'avoir aucun lien d'intérêts.

1 **Réhabiliter la fatigue du patient comme symptôme protecteur.** La fatigue n'a qu'un but : conserver l'équilibre de la vie, nous permettre de vivre des intérêts sans toucher à notre capital santé.

2 **Repérer des signaux spécifiques précoces :** un repos qui ne repose plus ; une perte du plaisir à aller travailler ; le recours aux produits pour tenir.

3 **Combattre l'aspect culturel français de l'hyperprésence au travail** à contre-courant du modèle anglo-saxon ou européen où l'on part à 17 h 30, car l'équilibre personnel est fondamental et rester au travail tard est signe d'incompétence.

4 **Soigner la peur, mauvaise conseillère, en devenant un travailleur averti de ses droits et de ses devoirs.** Un salarié averti n'est pas forcément devenu procédurier. C'est un salarié adulte qui, par cette démarche, passe du statut de victime à celui de « sujet de droit ».

5 **Être conscient que tout ne vient pas de la personnalité !** Peut-on dire à l'ouvrière qui souffre des 27 bouchons qu'elle visse par minute que son « œdipe » y est pour quelque chose ? Peut-on dire au salarié harcelé qui s'effondre à son poste, « partez au lieu de supporter cette souffrance », alors que démissionner lui ferait perdre ses droits sociaux ? Les Françaises apportent-elles leur consentement à être payées 25 % de moins que les hommes ?

6 **Les outils médico-administratifs sont fondamentaux à maîtriser mais chronophages et imposent de constituer son réseau :** test de propagation*, bilan neuropsychologique, système de prévoyance, courriers et contacts avec le médecin du travail, le médecin-conseil, le psychiatre.

7 **Rien ne peut se faire sans le médecin du travail,** seul habilité à entrer dans l'entreprise. Attention ! depuis la suppression du suivi régulier, envoyer à la demande du salarié en visite chez le médecin du travail, sans en informer l'employeur.

8 **Déclarer en accident du travail au décours d'un événement unique** est plus simple que déclarer en maladie professionnelle, parcours du combattant.

9 **Le salarié peut désormais faire un bilan de compétences et une formation** pendant l'arrêt maladie.

10 **Accepter de chuter…** mais pas seul, et bien s'entourer pour changer sa vie.

* Ce test évalue les étapes franchies par le patient depuis un état d'investissement normal du travail jusqu'à la phase compulsive.

TOUS DROITS RESERVES - LA REVUE DU PRATICIEN