



DR

► Conseillère scientifique

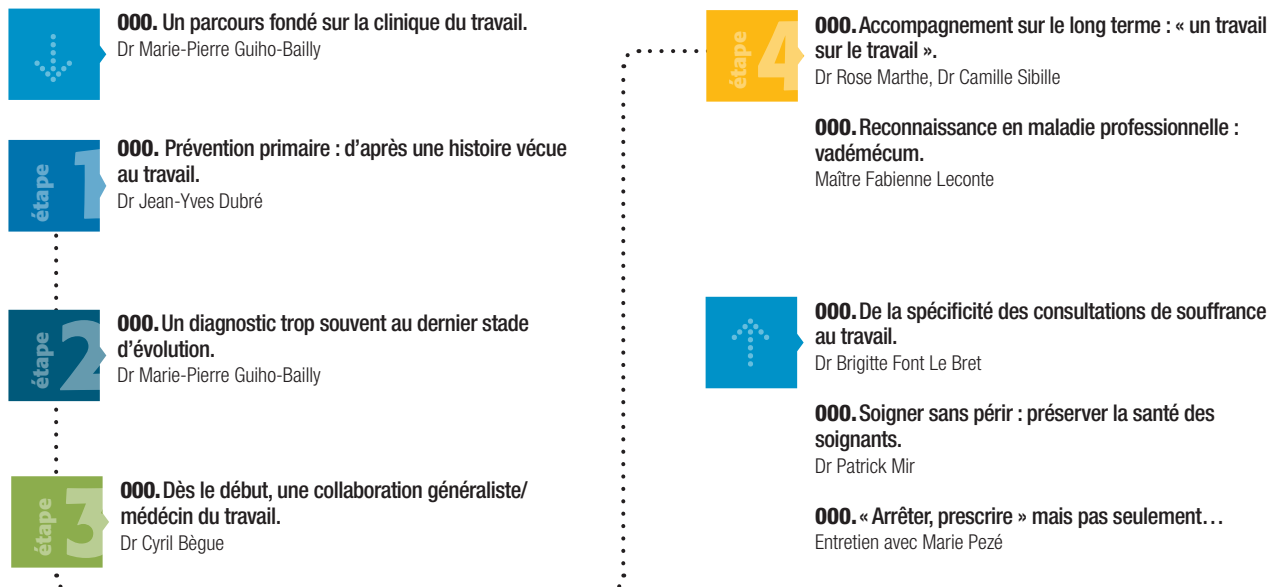
**Dr Marie-Pierre
Guiho-Bailly**

Centre de consultations
de pathologie professionnelle
du CHU d'Angers



Syndrome d'épuisement professionnel

Intervenir très en amont de la phase d'état



Syndrome d'épuisement professionnel

Un parcours fondé sur la clinique du travail

Dr Marie-Pierre Guiho-Bailly (marie-pierre.guiho-bailly@laposte.net), psychiatre, praticien attaché au centre de consultations de pathologie professionnelle du CHU d'Angers et membre du laboratoire d'ergonomie et d'épidémiologie en santé au travail, LUNAM, université d'Angers

Le syndrome d'épuisement professionnel (ou « *burn out syndrom* » selon la dénomination anglo-saxonne, du verbe « *to burn* » : brûler, se consumer) est défini par l'Organisation mondiale de la santé comme « *un sentiment de fatigue intense, de perte de contrôle et d'incapacité à aboutir à des résultats concrets au travail* »⁽¹⁾.

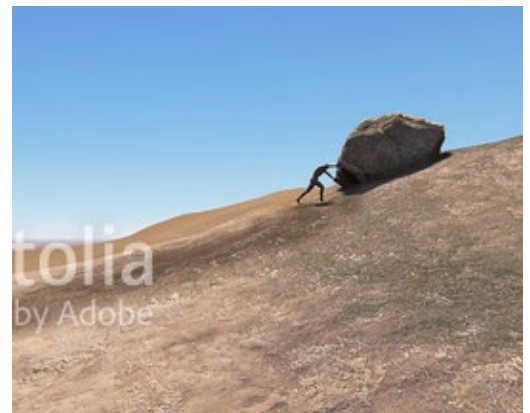
Dans la Classification internationale des maladies (CIM 10), l'épuisement professionnel n'apparaît pas, à juste titre, comme diagnostic parmi les « *troubles mentaux et du comportement* » mais se trouve mentionné au chapitre XXI consacré aux « *facteurs influençant sur l'état de santé et motifs de recours aux services de santé* », à la rubrique des « *sujets dont la santé peut être menacée par des conditions économiques et psychosociales* », avec le code Z 73-0 renvoyant au surmenage.

Un ensemble de signes cliniques évolutifs

De fait, dans un contexte où la médiatisation actuelle du « *burn out* » recouvre un flou conceptuel qui pose problème dans le débat social et même au sein de la communauté scientifique, il est bon de préciser d'emblée que le syndrome d'épuisement professionnel n'est pas une nouvelle pathologie psychiatrique mais un ensemble de signes cliniques évolutifs psychiques et physiques renvoyant à une dynamique délétère du rapport subjectif au travail, pouvant conduire, ou non, en tant que complications, à des décompensations pathologiques caractérisées, psychiatriques ou somatiques, voire à la mort par suicide ou par accident vasculaire (« *karōshi* »).

Le fruit d'une rencontre entre un individu et une situation

En France, dès les années 1950, le psychiatre Claude Veil, en charge d'une consultation de psychiatrie au travail, décrivait « *des cas déconcertants qui n'entraient pas dans la nosographie classique* » et soulignait que « *l'état d'épuisement* » constaté était « *le fruit de la rencontre d'un individu et d'une situation* », l'un et l'autre étant complexes, ce qui interdit les simplifications abusives⁽²⁾.



Outre-Atlantique, c'est Herbert Freudenberger, psychanalyste, qui dans les années 1970 va élaborer le concept de *burn out*. Ses travaux le conduisent en 1980 à la publication, avec Geraldine Richelson, d'un ouvrage passionnant, « *Burn out : the high cost of high achievement* »⁽³⁾, détaillant la clinique et la dynamique de l'épuisement professionnel à partir de multiples observations. Freudenberger y développe les points cruciaux qui définissent selon lui ce syndrome : un épuisement des ressources internes de l'individu et la diminution de son énergie, de sa vitalité, de sa capacité et de son plaisir à fonctionner, résultant d'un effort soutenu déployé pour atteindre un but irréalisable, le plus souvent en raison d'une situation de travail et plus particulièrement dans les professions d'aide.

Parallèlement, Christina Maslach, universitaire américaine, va s'intéresser elle aussi au *burn out* dans le cadre de ses recherches en psychologie sociale. Elle en décrit trois dimensions qui serviront à la construction d'une échelle d'évaluation, le *Maslach burn out inventory* (MBI) : l'épuisement émotionnel, la déshumanisation dans la

relation à autrui et la perte du sentiment d'accomplissement personnel⁽⁴⁾.

Une situation de surcharge mentale spécifique au travail

Christophe Dejourn, psychiatre, professeur au Conservatoire national des arts et métiers, situe le syndrome d'épuisement professionnel parmi les pathologies de surcharge et précise : « *Dans le burn out, l'engagement personnel est identifié comme le facteur de risque principal : c'est dans l'implication et la conscience professionnelle, qui sont aussi des conditions de la performance et se révèlent particulièrement appréciées par les collègues et les supérieurs hiérarchiques, que réside la vulnérabilité* »⁽⁵⁾.

Cette précision est essentielle. La compréhension du syndrome d'épuisement professionnel passe nécessairement par la clinique du travail, par l'analyse du rapport subjectif au travail. C'est en effet du côté du travail, de l'organisation du travail, qu'il faut chercher les clefs de compréhension et les pistes de prévention de l'épuisement professionnel, dans les dysfonctionnements organisationnels, dans les écarts entre objectifs fixés et moyens attribués, entre buts affichés et buts réels, entre discours et pratiques, dans l'existence ou non de marges de manœuvres pour faire face aux situations réelles de travail, dans les critères et méthodes d'évaluation...

Il est indispensable, pour pouvoir comprendre et agir, de ne pas étendre le concept de burn out à toutes les situations de surcharge mentale que la vie personnelle, familiale ou sociale peut engendrer : le seul « burn out » qui, de notre point de vue, puisse être retenu concernant le milieu familial renvoie au travail des aidants familiaux.

Un certain amalgame épidémiologique

On ne dispose pas actuellement de données statistiques permettant d'évaluer avec précision l'ampleur du problème car les études portant sur les troubles psychiques imputés au travail amalgament le plus souvent des tableaux cliniques et des concepts différents : stress chronique, dépressions, troubles anxieux, stress post-traumatique, épuisement... Les études épidémiologiques utilisant un outil de mesure spécifique, comme le MBI, suggèrent des prévalences d'épuisement professionnel qui varient de 5 % à 20 % en population au travail et de 25 à 60 % chez les professionnels de santé, mais les comparaisons entre

études sont difficiles en raison de l'hétérogénéité du traitement des réponses au questionnaire.

Après une banalisation, la reconnaissance

Après avoir été dénié, banalisé comme « fatigue » intrinsèque au travail, comme « risque du métier », ou imputé à des facteurs de fragilité individuelle, la reconnaissance du syndrome d'épuisement professionnel est aujourd'hui une question d'actualité, qui a donné lieu en France en 2015 à de vifs échanges à l'occasion des débats parlementaires portant sur la loi de modernisation sociale : y a-t-il un consensus scientifique sur l'existence même d'une entité clinique spécifique, à distinguer d'une forme atypique de dépression ? S'agit-il d'une problématique médicale ou sociale ? Quels sont les facteurs de risque, personnels et organisationnels ? Comment prendre en charge une personne présentant des signes d'épuisement professionnel, pour confirmer ce « diagnostic », envisager les partenariats nécessaires au suivi (médecins généralistes, psychiatres ou psychologues, médecins du travail...) et décider de la nécessité d'un arrêt de travail ou du moment et des conditions de la reprise ? Quand est-il légitime d'envisager la reconnaissance des troubles constatés en tant que maladie professionnelle ? Et, dans ce cas, comment construire la démarche d'imputabilité et quels critères retenir pour envisager une réparation ? Que dit le droit d'aujourd'hui sur cette question ? De quelles pistes disposons-nous pour une prévention individuelle ou collective ?

L'objectif premier de ce dossier est de clarifier, sur le plan théorique, un certain nombre de notions relatives au syndrome d'épuisement professionnel, à ses caractéristiques symptomatiques, à sa dynamique évolutive, à ses conditions de survenue, aux actions de prévention possibles dans le milieu professionnel. Il s'agit également de donner des repères pragmatiques pour chaque étape de la prise en charge d'une personne souffrant d'épuisement professionnel.

Pour ce faire, nous aurons recours à l'expertise et à l'expérience de praticiens formés en psychopathologie et psychodynamique du travail (praticiens attachés de consultation de pathologie professionnelle, médecin généraliste, médecin du travail, psychiatres, psychologue) ainsi qu'à celle d'une avocate, tous confrontés depuis longtemps dans leur pratique à cette problématique. •

L'auteure déclare n'avoir aucun lien d'intérêts.

1. Le Galès-Camus C. Organisation mondiale de la santé. Conférence sur « la santé en milieu de travail », Montréal, 1er juin 2005.

2. Veil C. Les états d'épuisement « Primum non nocere », Le Concours médical, 1959 (Nov.);23:2675-81.

3. Freudenberger HJ, Richelson G. Burn out: the high cost of high achievement, Anchor Press, 1980.

4. Maslach C, Jackson SE. The Maslach burnout inventory: research edition. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press, 1981.

5. Dejourn C, Gernet I. Psychopathologie du travail, Elsevier Masson, coll. « Les âges de la vie », 2012, p. 95.

étape 1 Prévention primaire : d'après une histoire vécue au travail

Dr Jean-Yves Dubré (jydubre@wanadoo.fr), ex-médecin inspecteur régional du travail des Pays de la Loire, praticien attaché au CRMP-ME au CHU d'Angers

Il n'y a pas de prévention du burn out dans une entreprise sans la recherche de prévention des risques professionnels spécifiques à l'activité de cette entreprise en général et des risques psychosociaux liés au travail dans cette entreprise en particulier, dont le burn out peut être une des conséquences.

En effet, depuis l'origine, toutes les descriptions cliniques du burn out (v. [introduction, M.-P. Guiho-Bailly](#)) concernent uniquement des sujets en situation difficile dans leur travail et tendent à cerner un état clinique qui constitue le résultat ou l'aboutissement d'une histoire vécue dans le travail. Il s'agit d'une rencontre entre, d'une part, un sujet porteur de ses caractéristiques psychiques propres constituant sa personnalité, porteur aussi de son histoire, de ses désirs et ses attentes et, d'autre part, d'une situation de travail dont l'organisation, pensée *a priori* par d'autres que lui, lui prescrit des tâches et des objectifs qu'il devra tenter de réaliser et d'atteindre avec les moyens qui lui sont alloués.

La compréhension d'une telle histoire vécue subjectivement par le sujet et de ses conséquences ne peut se faire qu'en appréhendant « le tout sans opposer les parties ». C'est pourquoi la recherche et la mise en place d'une prévention primaire de ces atteintes à la santé que constitue le tableau de burn out demandent de s'intéresser à l'individu et à ce qui s'est passé dans son travail.

Personnes à risque ? Métiers à risque ?

Dans les observations « princeps » qui ont été faites dans le secteur médicosocial, les auteurs relevaient que l'apparition d'un burn out aurait concerné plus particulièrement des individus professionnellement impliqués dans la relation de soins aux patients et/ou d'aide avec le public. Cela pouvait interroger sur la question du choix de métier et sur le « profil psychologique » de ces travailleurs(euses) qui auraient été émotionnellement plus sensibles et plus enclin(e)s que d'autres à l'empathie envers les patients/usagers.

Les études épidémiologiques retrouvent effectivement des syndromes de burn out sévères

(mesurés avec le MBI) chez 25 % à 60 % des professionnels de la santé⁽¹⁾. Mais on observe aussi actuellement ce phénomène dans d'autres secteurs professionnels, en particulier pour des salariés soumis à des conflits éthiques dans leur travail (banques, assurances, secteur de l'immobilier).

Cependant, l'approche du burn out uniquement par les individus et leur personnalité tend à en faire une question de « psychologie », et les acteurs de terrain savent aujourd'hui qu'il s'agit d'une impasse pour l'action dans le cadre de la prévention primaire. Le temps de « l'évaluation psychologique » du sujet n'intervient qu'au moment de comprendre son mode de décompensation et pour permettre une prise en charge médicale adaptée. Il s'agit donc en l'occurrence de ne pas confondre causes et conséquences.

On peut dire que tous les types de personnalité non pathologiques soumis à certaines conditions et organisations de travail (que nous détaillerons plus loin) peuvent être touchés. Les premiers qui « craquent » sont à considérer comme des « sentinelles », constituant un symptôme des dysfonctionnements de l'organisation de leur travail et de celui de leurs collègues.

Il est également fréquemment évoqué que le risque de faire un burn out serait plus grand pour les personnes ayant une forte implication, un fort investissement, professionnel, émotionnel et psychique. Comme si cela ne concernait que certains individus à profils particuliers qui, de ce point de vue, seraient donc à considérer comme plus fragiles et que c'est de ce côté que nous pourrions trouver des pistes de prévention en dépistant ces personnes fragiles et en intervenant individuellement pour éviter qu'elles n'aillent jusqu'au burn out, par un retrait puis un changement de poste de travail et l'orientation vers un parcours de soins.

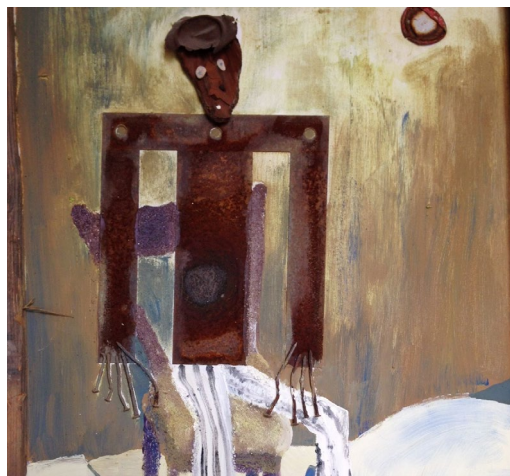
En cause, la nouvelle « norme » du travail

Il faut avoir conscience que depuis le début des années 1990, tant dans le secteur privé que dans le secteur public (le « *new public management* »)^[2] avec les nouvelles méthodes de gestion et de management, la prescription de travail pour tous les salariés et agents leur demande un engagement total, physique et psychique dans le but explicitement annoncé de parvenir à leur épanouissement individuel par « un investissement de soi »^[3]. C'est devenu la nouvelle « norme » dans le travail, sous-tendue par tout un discours managérial parfaitement construit, faisant l'objet de multiples publications et qui irrigue le monde du travail depuis maintenant au moins trois décennies^[4].

L'engagement professionnel et psychique dans son travail n'est donc pas le propre de certaines personnalités ni de certains métiers.

En revanche, dans beaucoup de situations de travail, on observe que l'idéal au travail est devenu « la norme »^[5]. À partir d'une recherche portant sur deux secteurs de production de services de masse (un hôpital gériatrique public et une chaîne de restauration classique), Marie-Anne Dujarier a montré que, d'un côté, le caractère foisonnant des procédures et des règlements et, de l'autre, l'absence de prescriptions qui permettraient de réguler l'activité placent les salariés dans une tension psychique permanente, opposant « l'idéal de leur métier » qu'ils construisent dans le travail réel quotidien, et « l'idéal organisationnel » produisant des normes idéales. Ces normes idéales les tiennent constamment en alerte car ils sont toujours potentiellement « en défaut » sous l'effet des contrôles et des évaluations^[6, 7], générant une crainte des sanctions pour 60 % des salariés selon les enquêtes « conditions de travail » du ministère du Travail.

Nous sommes donc en présence de choix d'organisation du travail tout à fait particuliers et délibérés, dont les conséquences sur la santé des travailleurs, en constante progression depuis plus de vingt ans, sont maintenant bien décrits tant sur le plan physique (pathologies d'hypersollicitation, de surcharge de travail, maladies cardiovasculaires...) que sur le plan psychique (conflits intra-psychiques liés aux injonctions paradoxales, souffrance éthique, burn out et décompensations sur le mode soit dépressif, soit hyperactif, voire paranoïde).



La nouvelle « norme » du travail risque de générer une crainte des sanctions

Toute personne ainsi « normalement » investie dans son travail, comme il est demandé de l'être parfois sous forme d'injonction, quel que soit son métier ou son secteur d'activité professionnelle, au sein de certains types d'organisation du travail, est donc susceptible de voir altérer son rapport subjectif à son travail, c'est-à-dire voir remettre en cause la place que son travail tient dans sa construction psychique et identitaire.

Repérer les situations à risque

Certaines situations dans le travail dont le vécu est susceptible d'avoir un impact psychique, peuvent mener au burn out. Ces situations résultent d'une organisation potentiellement génératrice de risques dits « psychosociaux » au niveau d'un établissement, d'une entreprise ou d'un groupe.

Le repérage de ces situations « à risque » peut se faire par l'exploration de différents indicateurs dont la définition a été arrêtée par un collègue d'expertise dirigé par Michel Gollac, sociologue au Centre d'études de l'emploi (CÉE) en octobre 2009^[8]. Ces indicateurs se répartissent selon six axes : exigences au travail (intensité et temps de travail), exigences émotionnelles, manque d'autonomie et de marges de manœuvre, mauvais rapports sociaux et relations au travail, conflits de valeurs et qualité empêchée, insécurité de la situation de travail.

Ainsi, dans le cas du burn out, sont relevés le plus souvent des éléments de contexte favorisant et des éléments plus spécifiques liés à une situation particulière (encadré p. 6).

Rôle du médecin du travail pour la prévention primaire

Dans la pratique, les différents types de prévention, primaire, secondaire (dépistage des signes cliniques) et tertiaire (prise en charge du burn out et

Syndrome d'épuisement professionnel

Situations au travail pouvant faire le lit du burn out

- Intensification du travail avec un cumul des contraintes industrielles (normes de production, qualité) et marchandes (réponse immédiate à la demande, satisfaction des clients), même dans les métiers de service, le secteur du soin, aussi bien dans le secteur public que dans le secteur privé.
- Conflit éthique majeur ou répété, conflit de valeurs ne trouvant pas d'issue.
- Sentiment d'impuissance (« *il n'y a pas le choix* »), d'inutilité (défaut de reconnaissance).
- Nouvelles techniques managériales « *top-down* » (uniquement descendantes, déniant la réalité) avec non-prise en compte de la complexité des situations réelles de travail, des savoirs des opérateurs.
- Gestion contrainte de la complexité où le travailleur en surcharge doit lui-même arbitrer face à des injonctions paradoxales (quantité – rapidité - qualité - respect procédures - normes opposables – sécurité - satisfaction client - polyvalence- mobilité - tâches multiples [technique, administratif, relationnel] - interruptions de tâche - réduction effectifs - gestion coûts - exigences déontologiques - questions éthique...) en s'épuisant à vouloir tout bien faire...
- Impossibilité perçue ou constatée d'atteindre l'objectif assigné : idéal présenté comme la norme, « *ligne d'arrivée* » qui s'éloigne au fur et à mesure que l'on avance, générant frustration, démotivation, culpabilité avec un sentiment d'échec permanent ou répété sans moyens perceptibles pour modifier la situation, de perte d'espoir que la situation ne s'améliore.
- Écart trop important entre le travail prescrit et le réel possible.
- Isolement dans son travail, coopérations avec ses pairs impossibles ou empêchées par surcharge de travail permanente.
- Fausse autonomie : moyens non négociables, contrôles et évaluations en permanence.
- Absence de reconnaissance ou fausse reconnaissance conduisant à se surpasser continuellement avec le sentiment de ne jamais en faire assez et de ne jamais être à la hauteur.
- Énergie mobilisée par l'instant présent, impossibilité d'anticipation sur les conséquences de son travail ou sur les tâches à venir.
- Évaluation portant sur le seul travail individuel « mesurable », « rentable »*
- Impossibilité de dégager/valoriser le temps nécessaire à l'élaboration collective des situations de travail (« *temps morts* », « *improductifs* »)... et donc le temps nécessaire :
 - à la délibération portant sur les dimensions déontologiques et éthiques du travail ;
 - à l'émergence de nouvelles questions ;
 - à la construction de nouvelles compétences.

* Supiot A. La gouvernance par les nombres. Cours au Collège de France 2012-2014. Éd. Fayard, coll. « Poids et mesures du monde ».

de ses conséquences), ne sont pas sans liens. C'est à partir des données cliniques recueillies auprès des individus dans les consultations du médecin du travail ou dans les centres spécialisés en psychopathologie du travail que la prévention primaire peut se construire, ces données cliniques étant collectées puis restituées collectivement auprès des partenaires sociaux de l'entreprise (direction, comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail [CHSCT]⁽⁹⁾, représentants du personnel).

- Le médecin du travail a le devoir d'être un « *sachant* », de par la prescription de ses missions dans le code du travail. À partir :

- des consultations médicales individuelles (activité de l'équipe médicale en santé au travail [médecin et infirmière en santé au travail]) ;

- des analyses des situations de travail des salariés avec une équipe pluridisciplinaire du service de santé au travail (intervenant en prévention des risques professionnels [IPRP] qui peuvent être spécialisés en ergonomie, en psychopathologie du travail, en psychodynamique du travail.

- D'où l'importance de la clinique médicale du travail⁽¹⁰⁾ [v. article des Drs Marthe et Sibille] qui constitue une spécificité du métier de médecin du travail demandant un investissement important en moyens, tant du point de vue du temps que du matériel et des personnes. Il s'agit de la mise en œuvre :

- d'une écoute active compréhensive ;

- d'un travail commun à partir d'événements concrets et un récit (analyse du récit, recueil des signes pathologiques et infra-pathologiques, les enjeux en termes d'identité, la rédaction de l'observation montrant la grande complexité des liens entre santé et travail) ;

- des actions : assistance non substitutive à la pensée⁽¹¹⁾, intervention publique du médecin du travail auprès des partenaires sociaux de l'entreprise, évaluation de l'intervention (analyse de pratiques entre pairs).

- Le médecin du travail a pour mission de mettre en visibilité, de verser au débat social interne à l'entreprise, les liens qu'il découvre entre les conditions et l'organisation de travail et les conséquences pour la santé des travailleurs. Pour cela il informe, alerte et conseille :

- individuellement : chaque salarié, avec éventuellement la rédaction de certificats médicaux pour une déclaration de maladie professionnelle par le salarié/agent auprès de sa caisse primaire d'Assurance maladie ;

- collectivement : les instances représentatives du personnel (IRP), délégués du personnel et/ou délégués syndicaux ; la direction (alerte sur la présence d'un risque pour la santé des travailleurs ; art. L. 4624-3 du code du travail) ; les représentants du CHSCT, avec avis et conseils sur l'éventuelle nécessité d'avoir recours à un intervenant extérieur (experts en ergonomie, en psychodynamique du travail).

Ainsi, le médecin du travail est le seul, dans l'entreprise, à pouvoir témoigner des atteintes à la santé qu'il constate et pouvoir les relier aux éléments issus de son analyse de la situation de travail et les conflits de valeur que cette analyse révèle. Il est en général le premier à pouvoir aider les acteurs de l'entreprise

(direction, salariés, IRP, CHSCT) à passer d'une vision des problèmes dans le travail comme résultant de conflits interpersonnels (approche « relations humaines ») à une autre vision passant par une véritable analyse du travail réel des salariés au regard de la prescription de travail attendu. Il participe, notamment en liaison avec le médecin inspecteur du travail, à toutes les études, recherches et enquêtes, en particulier à caractère épidémiologique, visant à accroître les connaissances dans le domaine des relations entre les organisations du travail et les conséquences sur la santé psychique des travailleurs⁽¹²⁾. Il doit partager son expérience et ses savoirs avec ses pairs. Il doit communiquer dans les manifestations scientifiques de sa profession (congrès professionnels...).

Clinique médicale spécifique à développer

La prévention primaire du burn out ne passe pas, pour le médecin du travail comme pour tous les intervenants en prévention, par le dépistage des personnes dites « à risque », mais par une contribution à l'amélioration des conditions et des organisations de travail.

L'article 44 du projet de nouvelle loi réformant le travail (adoptée en juillet 2016) prévoit la suppression

de la visite d'embauche par le médecin du travail et des visites médicales systématiques pour tous les salariés sauf pour les postes de travail dits « à risque ». Serait-ce une chance pour pouvoir consacrer aux salariés en difficulté le temps nécessaire à l'analyse et au traitement de leur cas et enfin pouvoir construire une véritable clinique médicale spécifique en santé au travail aujourd'hui insuffisamment développée ? •

L'auteur déclare n'avoir aucun lien d'intérêts

1. Molenda S. Le syndrome de burn out, *sfm*. *Revue Urgences* 2010;n° 7(7):39-48.
2. De Gaullejac V. Le travail : les raisons de la colère. Éd. du Seuil, coll. « Économie humaine », mars 2011;II(7):143-54.
3. Baudelot C, Gollac M. Travailler pour être heureux ? Le bonheur et le travail en France. Éd. Fayard, décembre 2002.
4. Linhart D. La comédie humaine du travail: de la déshumanisation taylorienne à la sur-humanisation managériale. Éd. Eres, janvier 2015.
5. Dujarier MA. L'Idéal au travail. Éd. Le Monde, PUF, coll. « Partage des savoirs », 2006.
6. Dejours C. L'évaluation du travail à l'épreuve du réel. Critique des fondements de l'évaluation. Éd. INRA, octobre 2003.
7. Abelhauser A, Gori R, Sauret MJ. La folie Évaluation. Les nouvelles fabriques de la servitude. Essai. Éd. Mille et Une Nuits, octobre 2011.
8. Gollac M. Indicateurs provisoires de facteurs de risques psychosociaux au travail. Collège d'expertise sur le suivi statistique des risques psychosociaux au travail, DARES, DREES, ministère du Travail, 2009.
9. Comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail. ?????
10. Davezies P. Transformations des organisations du travail, nouvelles pathologies: défis à la clinique médicale. *Arch Mal Prof* 1999;60(6):542-50.
11. Dejours C. Il ne faut pas confondre santé des populations et santé des personnes. *Santé et Travail*, 1996;17:16-9.
12. Art. D. 4624-50 du code du travail.

étape 2 Un diagnostic trop souvent au dernier stade d'évolution

Dr Marie-Pierre Guiho-Bailly (marie-pierre.guiho-bailly@laposte.net), psychiatre, praticien attaché au centre de consultations de pathologie professionnelle du CHU d'Angers et membre du laboratoire d'ergonomie et d'épidémiologie en santé au travail, LUNAM, université d'Angers

Le danger majeur de l'épuisement professionnel est lié à son diagnostic le plus souvent tardif, au dernier stade d'évolution de cette dynamique délétère, celui des possibles complications psychiatriques ou somatiques, celui du risque suicidaire, de l'accident de travail ou de trajet.

Bien des syndromes d'épuisement professionnel ont été diagnostiqués après une hospitalisation en urgence, pour malaise au volant, accident de la route, poussée hypertensive sévère avec ou sans accident vasculaire cérébral, infarctus, chute ou perte de connaissance sur le lieu de travail, tentative de suicide ou explosion d'agressivité, épisode de sidération anxieuse ou confusionnelle...

Pour éviter d'en arriver là, il est donc capital de ne pas méconnaître les premiers signes d'alerte,

les symptômes précurseurs, souvent banalisés ou déniés par l'intéressé, mais perçus par son entourage professionnel, familial ou amical, dont le rôle va s'avérer ici très important.

Le syndrome d'épuisement professionnel va suivre son cours mortifère si celui qui en souffre ne rencontre pas sur son chemin quelqu'un qui puisse lui dire à temps « *cela ne va plus* », « *tu n'es plus le (la) même* », « *tu es épuisé(e)* », « *stop* »... et qui puisse l'aider à comprendre le sens de ce qui lui arrive.

Syndrome d'épuisement professionnel



Une pathologie de surcharge et de solitude

Pathologie de surcharge, certes, mais aussi, d'une certaine façon et trop souvent, pathologie de la solitude : lorsqu'au travail il n'existe plus de solidarité au quotidien, chacun étant plongé dans sa propre activité débordante ou mis en concurrence avec les autres membres de l'équipe ; lorsque, dans le milieu familial, on évite de parler du travail : l'intéressé « pour ne pas rapporter les problèmes de travail à la maison », et ses proches « pour ne pas en rajouter » face aux changements observés dans l'humeur et le comportement, par peur de provoquer un éclat ou un sentiment de culpabilité.

Or il faut être attentif aux signes du processus qui s'enclenche. Il faut oser dire pour alerter et oser écouter pour comprendre.

Discrétion des signes initiaux

Au début, les signes sont discrets et non spécifiques :

- altération du sommeil (endormissement difficile, réveils fréquents, éveil précoce) ;
- sentiment de fatigue au réveil, fatigabilité plus rapide, difficulté de récupération ;
- troubles de l'attention et de la concentration, avec oublis, erreurs, manque de mots, lapsus... ;
- humeur plus changeante qu'à l'ordinaire, irritabilité inhabituelle, état de préoccupation constante (« la tête ailleurs, c'est-à-dire toujours au travail ») ;
- sentiment d'être moins performant, entraînant une augmentation de l'implication dans le travail, un « présentisme » (« on ne comprend pas ce qui se passe... alors on pousse, on pousse... »), dans une volonté « d'en faire plus », « de s'organiser mieux »

pour tenter de retrouver l'efficacité et la satisfaction antérieures, avec des départs au travail de plus en plus tôt et des retours de plus en plus tardifs... muni(e) des outils de travail nécessaires à poursuivre sa tâche pendant le temps de repos (documents de travail envahissant l'espace domestique, ordinateur jusque dans le lit, téléphone mobile connecté en permanence...).

Assez rapidement, des symptômes plus marqués

Si personne ne tire la sonnette d'alarme et si les conditions de travail demeurent inchangées, le tableau clinique se complète avec l'apparition puis l'installation de symptômes plus marqués, physiques, comportementaux et psycho-affectifs :

- troubles du sommeil, majeurs et persistants, avec ruminations vespérales portant sur le travail, rêves de travail, réveils fréquents ou éveil précoce en lien avec des préoccupations professionnelles (« se lever la nuit pour faire des mémos sur des post-it ») ;
- perte d'énergie, fatigue chronique intense qui résiste au repos (le bénéfice d'un week-end ou d'un temps de vacances est perdu dès la reprise, à l'étonnement de l'intéressé lui-même revenu « plutôt en forme » de ses congés... mais « épuisé en deux heures de temps » le matin même de son retour au travail) ;
- symptômes somatiques divers :
 - douleurs : fréquemment des céphalées, des rachialgies, parfois des douleurs généralisées, un vécu de tension musculaire permanente, voire un tableau évocateur de « fibromyalgie » (diagnostic aujourd'hui fréquemment évoqué, derrière lequel il n'est pas rare de retrouver une histoire d'épuisement professionnel méconnu) ;
 - symptômes neuro-végétatifs (palpitations, bouffées de chaleur, sueurs, tremblements, vertiges parfois très invalidants, lipothymie) ;
 - malaises, chutes, pertes de connaissance, pouvant se produire sur le lieu de travail et entraîner l'intervention de l'infirmier du travail ou du médecin du travail, voire le déplacement des pompiers, de SOS Médecins ou du SAMU ;
 - plus grande sensibilité aux infections virales (« j'attrape tout ce qui passe »), de la sphère ORL au zona... ;
 - symptômes cutanés de type prurit, sensations de brûlures ;
 - hypertension artérielle, troubles du rythme cardiaque ;
 - troubles urinaires de type dysurie ;

- troubles digestifs pouvant associer nausées, brûlures gastro-œsophagiennes, troubles du transit (avec les épisodes « classiques » de diarrhées motrices ou de vomissements avant les départs au travail) ;
- troubles du comportement alimentaire (repas sautés dans la journée et conduites de grignotage ou accès boulimique au retour du travail, voire la nuit) avec un possible retentissement pondéral (prise ou perte de poids) ;
- tentation du recours addictif « pour tenir », avec augmentation insidieuse de la consommation d'alcool (surtout le soir au retour du travail), avec augmentation de la consommation de café, de tabac, et parfois recours aux « stimulants » ou aux « calmants » illicites (cannabis, cocaïne) ;
- modification durable de l'humeur et du caractère, avec une labilité émotionnelle inhabituelle (parfois du rire aux larmes, d'une façon qui apparaît incongrue aux témoins), irritabilité fréquente, impatience, indisponibilité pour les proches ;
- envahissement permanent du champ de conscience par le travail (« je n'arrive plus à décrocher ») ;
- nette diminution du plaisir au travail, avec parfois l'envie de « faire demi-tour sur le chemin du travail » et la survenue de crises d'angoisse aiguës ;
- remise en cause de l'utilité de l'engagement personnel dans le travail, avec le sentiment que « plus on fait d'effort, moins on y arrive et moins en retire de satisfaction » ;
- parfois, vécu de manque de reconnaissance pour l'effort consenti ou, au contraire, sentiment de ne pas mériter la confiance et l'estime manifestées.

Approche interdisciplinaire, d'emblée

À ce stade, il est impératif d'effectuer une démarche diagnostique visant à :

- éliminer une cause somatique ou psychiatrique des symptômes présentés ;
- analyser les conditions d'apparition des troubles constatés et leur mode évolutif, ce qui va permettre de mettre en évidence la place du travail dans l'altération progressive de la santé ;
- évaluer le risque suicidaire et somatique (risque vasculaire) et la nécessité éventuelle d'une hospitalisation rapide.

Le premier interlocuteur médical est soit le médecin généraliste (voir article Bègue), soit le médecin du travail, mais il apparaît clairement que l'établissement du diagnostic comme la mise en place du suivi passe par une approche interdisciplinaire.

Le médecin traitant référent a une place pivot dans la démarche diagnostique et thérapeutique, éliminant les autres causes somatiques ou psychiatriques d'état d'épuisement, écoutant la souffrance qui s'exprime, tirant le fil rouge du travail comme facteur précipitant, orientant vers le médecin du travail.

L'intervention du médecin du travail est incontournable pour sa connaissance des facteurs de risque psychosociaux dans l'entreprise, pour aider l'intéressé à comprendre précisément les liens entre l'évolution de sa situation de travail et l'altération de sa santé, pour l'aider à penser les issues possibles en termes de projet professionnel.

Pour affiner l'approche compréhensive du syndrome d'épuisement professionnel, il peut être utile d'orienter le patient vers une consultation spécialisée en souffrance au travail (encadré 1 et article Font-Lebret), à la demande du médecin du travail ou directement à l'initiative du médecin généraliste dans les situations où il y a carence de référent en médecine du travail (libéraux, indépendants, intérimaires...).

Enfin, une situation d'épuisement professionnel nécessite souvent pour l'intéressé une démarche d'information en droit du travail (voir article F. Leconte) auprès des organismes ou professionnels compétents (assistants sociaux du travail, syndicats, inspection du travail, avocat spécialisé...), en particulier pour avoir des repères sur « ce qui est normal ou pas » dans l'exécution du contrat de travail.

Ensuite, le risque de la « phase d'état » du burn out

Si une démarche d'évaluation médicale n'intervient pas rapidement à ce stade, en raison du déni

1. « Souffrance et travail » : un site dédié

Le site www.souffrance-et-travail.com tient à jour une liste :
– des consultations « souffrance et travail » ;
– des cliniciens spécialisés en psychopathologie du travail ayant demandé leur inscription à ce répertoire.

Parmi d'autres outils, ce site propose :

- différents guides pratiques dont un destiné aux médecins du travail (<http://www.souffrance-et-travail.com/guides-pratiques/guide-pratique-medecins-travail/>), et un autre, récemment élaboré et mis en ligne, destiné aux médecins généralistes (<http://www.souffrance-et-travail.com/guides-pratiques/guide-pratique-pour-les-medecins-generalistes/>);
- un autoquestionnaire d'évaluation de l'épuisement professionnel pour les cliniciens et pour les patients (<http://www.souffrance-et-travail.com/guides-pratiques/auto-evaluation-epuisement-professionnel/>).



Syndrome d'épuisement professionnel

persistant ou du refus de l'intéressé ou bien de l'hésitation de ses proches, la dégradation de l'état de santé se poursuit pour aboutir à un épuisement majeur et à une altération profonde du rapport à soi-même, aux autres et au travail.

On observe alors, à la phase d'état d'un syndrome d'épuisement professionnel sévère désormais constitué, la triade pathognomonique associant l'épuisement émotionnel, la déshumanisation de la relation à l'autre (encore appelée « dépersonnalisation ») et la perte du sentiment d'accomplissement personnel dans le travail.

Épuisement émotionnel

Il se traduit par un assèchement affectif (« *plus rien ne me touche* »), par un sentiment d'anesthésie, de froideur, de vide intérieur ou au contraire de saturation (le trop-plein qui ne permet plus d'accueillir la moindre émotion supplémentaire). L'intéressé éprouve une difficulté croissante à exprimer ses affects et à être en communication avec les émotions d'autrui.

Dépersonnalisation

La relation à l'autre devient déshumanisée, allant de l'absence d'empathie à un cynisme choquant les proches et contrastant avec le fonctionnement habituel.

Le professionnel manifeste un détachement progressif, une indifférence croissante aux besoins, à la satisfaction et au sort des bénéficiaires de son activité (patients, usagers des services sociaux, élèves, clients...), une impatience, voire une négligence dans son travail, une perte de rigueur.

Cette mise à distance de l'autre et de ses propres émotions s'accompagne parfois d'une posture de toute-puissance, avec des prises de risque dans les décisions et l'exécution de la tâche, ou au contraire de l'expression de l'inutilité de toute action, de l'inanité de tout effort (« *rien ne sert à rien* »), d'un « à-quoi-bonisme », avec un désen-

gagement progressif, une incapacité croissante à penser le travail, un retrait des temps réflexifs d'élaboration collective du travail.

Plus globalement, on observe une fuite des temps de réunions comme des lieux et moments de convivialité (évitement des pauses café, des repas au self, des échanges informels, des « pots » fêtant traditionnellement les événements particuliers...).

Ce mouvement de repli sur soi peut s'étendre hors travail à la vie familiale et sociale, avec refus de sorties ou de contacts avec la famille élargie ou les amis, renoncement aux responsabilités bénévoles assumées jusqu'ici avec plaisir, abandon des activités de loisirs antérieurement investies.

Une irritabilité permanente s'installe (« *être à fleur de peau* ») pouvant aller jusqu'aux accès de colère, aux insultes, avec l'émergence de conflits parfois violents, voire à des crises clastiques.

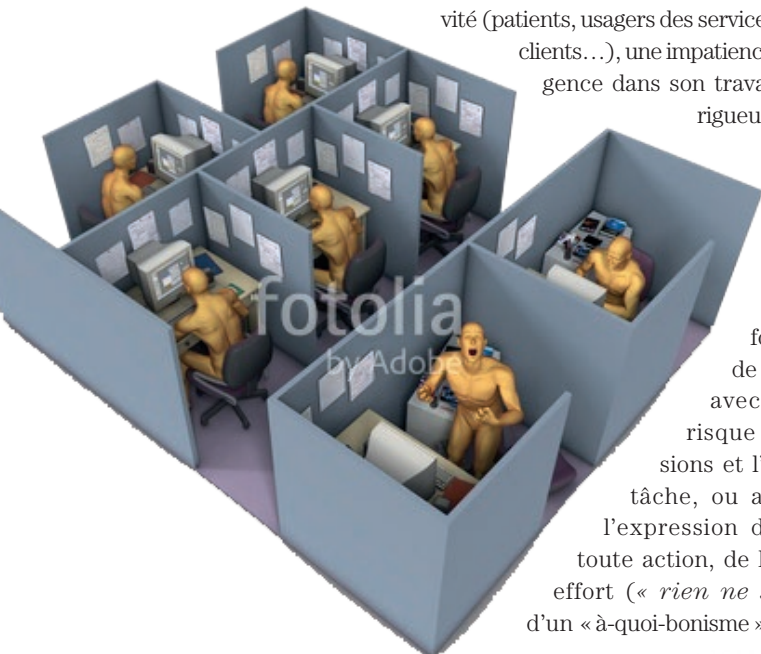
On peut également observer une rigidité face aux changements prescrits dans l'organisation du travail, aux projets de restructuration ou à l'introduction de nouvelles technologies. Perçue de l'extérieur comme une « *résistance au changement* », cette attitude défensive est le reflet d'une tentative désespérée de conserver du sens à un métier dont les changements annoncés sont perçus comme allant à l'encontre des règles et des valeurs qui structuraient le rapport au travail.

Perte du sentiment d'accomplissement personnel

L'épuisement émotionnel et la déshumanisation de la relation à l'autre, qui constituent le cœur du processus d'épuisement professionnel, s'accompagnent d'une perte du sentiment d'accomplissement personnel.

Ce vécu subjectif est marqué par une perte de plaisir et de motivation au travail, par un sentiment douloureux d'usure, de répétition stérile et sans perspective de fin (« *c'est le tonneau des Danaïdes* »), de perte de maîtrise sur son travail, d'obsolescence de ses savoirs et de ses savoir-faire, d'échec, d'incompétence, d'impuissance, d'inutilité, voire de nullité.

Se sentant « *dépassé* », « *has been* », ne se reconnaissant plus dans l'évolution de son métier, ne voyant plus l'intérêt de la transmission de son expérience dévaluée à ses yeux, la personne souffrant d'épuisement professionnel exprime parfois son « *envie de tout laisser tomber, de partir...* ». Le risque suicidaire est alors important.



Évolution influencée par plusieurs facteurs

Plus l'épuisement professionnel dure dans le temps sans être diagnostiqué ni pris en charge, plus le tableau clinique se complexifie et risque de masquer son origine – le travail – en conduisant à personnaliser, voire à psychiatriser abusivement la problématique.

Le devenir du syndrome d'épuisement professionnel va dépendre de plusieurs facteurs :

- sévérité du tableau clinique au moment du diagnostic ;
- rapidité de mise en place d'une prise en charge adaptée ;
- structure de personnalité sous-jacente et antécédents psychiques et somatiques du sujet (en particulier, fragilisation liée à la répétition, en cas d'expériences antérieures de burn out) ;
- marges de manœuvre existant ou non au sein de l'entreprise pour envisager une modification des conditions de travail ;
- qualité du soutien professionnel, familial, social...

Selon la structure de personnalité sous-jacente, l'épuisement professionnel peut se compliquer d'un authentique épisode dépressif majeur (avec retournement contre soi du sentiment d'incapacité... à remplir une mission impossible, effondrement de l'humeur, culpabilité, auto-dévalorisation, vécu d'impasse) ou encore de troubles anxieux caractérisés (anxiété généralisée, trouble panique, troubles phobiques) ou de troubles obsessionnels compulsifs (conduites de vérifications).

Selon les situations professionnelles rencontrées ou les techniques managériales employées dans l'entreprise, on peut observer parfois la coexistence d'un syndrome d'épuisement professionnel et d'un état de stress post-traumatique, le plus souvent de type 2 (agressions psychiques répétées, d'effet cumulatif).

Face à ces complications psychopathologiques de l'épuisement professionnel, un suivi spécialisé peut être nécessaire auprès d'un(e) psychiatre ou d'un(e) psychologue psychothérapeute, sensibilisé(e) à la place du travail dans le fonctionnement psychique et la construction identitaire, qui aidera à démêler l'intrication des différents registres (personnalité, psychotraumatismes, burn out,...) et à mieux comprendre l'évolution du rapport subjectif au travail.

Un « coup d'arrêt », ouverture sur la prise en charge pluridisciplinaire

Quel que soit le stade d'évolution de l'épuisement professionnel au moment où sera posé le diagnostic, ce sont souvent les proches qui initient et accompagnent la première démarche d'évaluation médicale : le mari qui interdit à sa femme de « retourner au travail dans cet état-là », l'épouse qui prend d'autorité rendez-vous auprès du médecin de famille pour son mari qui s'est trouvé « incapable de mettre un pied par terre ce matin », le collègue ou le supérieur hiérarchique qui alerte l'infirmière ou le médecin du travail face à un comportement inquiétant, les collègues qui conduisent d'office l'un des leurs au service d'urgence le plus proche (parfois encore en tenue de travail...).

Lorsque la demande émane directement de l'intéressé, cela fait souvent suite à un événement survenu dans le milieu professionnel ou dans la sphère privée et qui vient faire rupture identitaire : « Je ne me reconnais plus », « ce n'est pas moi... qui me suis trouvé brutalement en panne devant mon ordinateur; qui ai fait cette erreur professionnelle invraisemblable, qui ai agressé mon collègue, maltraité ce patient, frappé ma femme ou mon enfant, eu envie de me suicider »...

Ne plus se reconnaître dans son métier, ne plus se reconnaître dans ce que l'on fait, ne plus se

reconnaître dans son identité... cette cassure survenant dans la dynamique progressive de l'épuisement professionnel va marquer l'arrêt nécessaire à l'instauration du processus thérapeutique : s'arrêter pour s'extraire d'une situation devenue dangereuse, s'arrêter pour pouvoir recommencer à penser, s'arrêter pour comprendre et pouvoir « se retrouver soi-même ».

Spécialistes en médecine générale, en médecine du travail, en psychopathologie du travail, en droit du travail, et éventuellement en psychologie ou psychiatrie, ont chacun leur place dans l'accompagnement d'une personne souffrant d'un épuisement professionnel. Tout au long de ce parcours, du diagnostic à la reconstruction psychique et au retour à l'emploi, ils doivent apprendre à travailler ensemble, à l'écoute de celui qui s'est engagé dans le travail jusqu'à l'épuisement pour atteindre un but devenu inatteignable, et qui doit rester l'acteur principal de son parcours de soins comme de son projet professionnel. •

S'arrêter pour pouvoir recommencer à penser

L'auteure déclare n'avoir aucun lien d'intérêts.

1. Dejours C. Travail, usure mentale. Bayard Éditions, 4e édition augmentée, mars 2015 (1re édition, 1980).

2. Clot Y. Le travail à cœur. Pour en finir avec les risques psychosociaux. Éditions La Découverte, 2010.

étape 3

Dès le début, une collaboration généraliste/médecin du travail

Dr Cyril Bègue (cyril.begue@univ-angers.fr), département de médecine générale, UFR santé, Angers, maison de santé de Morannes (49)

Le burn out est un syndrome pour lequel le travail est spécifiquement en cause mais cela ne remet absolument pas en question la place du médecin généraliste dans sa prise en charge. Sa méconnaissance du contenu du travail de ses patients et l'absence de possibilité qu'il a d'agir sur le travail (en dehors de l'arrêt de travail) ne doit pas l'éloigner de ces prises en charge mais l'amener à travailler en collaboration avec d'autres professionnels, notamment et, en première ligne, le médecin du travail. La connaissance du contexte de vie et des antécédents qu'il a de ses patients, le fait qu'il soit pour nombre d'entre eux le premier recours⁽¹⁾, sa capacité à les suivre sur la durée ou encore son rôle de prescripteur (arrêt de travail, traitements médicamenteux ou non) font qu'il a un rôle essentiel à jouer dans la prise en charge des patients en situation de souffrance psychique au travail et en particulier de burn out. En l'absence de recommandations officielles, cet article vise à décrire ce rôle en s'appuyant essentiellement sur des guides pratiques et des réflexions personnelles.

Les médecins généralistes rencontrent fréquemment des patients présentant une souffrance psychique au travail : 45 % de médecins généralistes interrogés en 2009 déclaraient en rencontrer « très souvent », juste après les pathologies lombaires⁽²⁾. Le programme MCP (maladies à caractère professionnel) estime la prévalence de la souffrance psychique liée au travail à 3,1 % chez les femmes et 1,4 % chez les hommes⁽³⁾.

Mais la souffrance psychique au travail recouvre de nombreuses manifestations autres que le burn out : stress au travail, état de stress post-traumatique, épisode dépressif, burn out, addiction au travail... De plus, il n'est pas toujours facile de différencier le burn out d'autres troubles non spécifiquement liés au travail : fatigue chronique, dépression, fibromyalgie...⁽⁴⁾.

D'abord « faire le tri » parmi un ensemble de plaintes

Le médecin généraliste fera également face à des plaintes liées au travail dont certaines seront de l'ordre du pathologique, d'autres non. Une des spécificités du médecin généraliste est de s'occuper de l'ensemble de ces plaintes (y compris lorsqu'elles ne sont pas d'ordre pathologique) souvent par une simple écoute, ce qui permettra parfois d'éviter une évolution vers un tableau pathologique. Mais nous décrirons ici uniquement la prise en charge de l'entité spécifique que constitue le burn out car si, à bien

des égards, les grands axes de prise en charge (évaluation de la situation, contacts avec le médecin du travail, traitement médicamenteux...) sont applicables pour la majorité des troubles psychiques liés au travail, les mécanismes spécifiques et la gravité du burn out nécessitent de le diagnostiquer afin de le prendre en charge le plus efficacement possible.

Penser au travail comme cause de l'épuisement

- Le dépistage et le diagnostic de ces situations de souffrance psychique au travail passent par une sensibilisation aux liens qui peuvent exister entre conditions de travail et santé (notamment psychique) des travailleurs. Afin de prendre en charge correctement ces patients, le médecin généraliste doit être convaincu du caractère pathogène de certaines organisations de travail et se mettre à distance de l'idée selon laquelle les facteurs personnels sont prédominants dans ce type de situation. Il ne s'agit pas de nier l'existence de facteurs individuels, qui interviennent notamment dans le mode de décompensation, mais d'insister sur le fait que « *c'est la rencontre entre un individu et une situation de travail dégradée* »⁽⁴⁾ qui conduit au burn out. Si certaines recherches mettent en évidence que des antécédents de dépression ou certains traits de personnalité sont associés à une augmentation de la prévalence du burn out⁽⁵⁾, c'est surtout « *la forme clinique prise par la décompensation psychique provoquée par une*

situation de travail pathogène [qui] sera différente selon la structure de personnalité du sujet »⁽⁶⁾.

- Il est également important d'avoir une idée des causes professionnelles du burn out, également appelées facteurs de risques psychosociaux (RPS) liés au travail, afin de les rechercher et ainsi permettre aux patients d'identifier ce qui, dans l'organisation du travail, a pu l'amener à cette situation. Le collègue d'expertise sur le suivi statistique des RPS les a classifiés en six axes (encadré 1).

- Le burn out peut se décrire comme un processus en trois dimensions (voir article MPGB) : épuisement émotionnel, dépersonnalisation et perte du sentiment d'accomplissement personnel. Le burn out s'exprimera par des manifestations émotionnelles (humeur triste, irritabilité), physiques (troubles du sommeil, douleurs rachidiennes...), cognitives (difficultés de concentration), comportementales (isolement, agressivité, addictions) et motivationnelles (désengagement du travail). Le burn out « *n'est pas une nouvelle maladie psychiatrique mais une spirale dangereuse susceptible de conduire au basculement dans la maladie – dépression ou maladie somatique – et à la désinsertion sur le plan professionnel, social et familial* »⁽⁴⁾.

- Le médecin généraliste peut rencontrer deux types de situations pouvant aboutir au diagnostic de burn out :

- un patient se présente avec une plainte psychique et/ou physique qu'il met en relation lui-même avec le travail : « *Docteur, je n'en peux plus, c'est le travail, je ne dors plus, je suis fatigué, je travaille énormément, mais là je n'en peux plus, je ne peux plus y aller* » ;

- un patient présente des symptômes pouvant correspondre à l'expression d'un burn out mais il ne les relie pas spontanément au travail, la plupart des symptômes du burn out étant aspécifiques : fatigue, troubles du sommeil, irritabilité ou encore des douleurs. Devant des signes que l'on ne comprend pas, devant des consultations à répétition, il faut savoir poser la question : « *Comment cela se passe-t-il au travail ?* », comme on pose la question « *Comment cela se passe-t-il à la maison ?* ».

- La première étape est de distinguer le burn out : – d'une part, des autres troubles spécifiquement liés au travail : le stress au travail au cours duquel « *le sens du travail n'est pas forcément remis en cause* » et qui « *n'est pas forcément accompagné d'attitudes négatives envers autrui* », ainsi que le « *workaholisme* » (investissement excessif d'un sujet

1. Facteurs de risque psychosociaux : six axes⁽⁷⁾

- Les exigences au travail (intensité et temps de travail)
- Les exigences émotionnelles (contact avec le public)
- Le manque d'autonomie et de marges de manœuvre
- Les mauvais rapports sociaux et relations de travail (avec les collègues et la hiérarchie)
- Les conflits de valeur et la qualité empêchée (perte de sens de son travail)
- L'insécurité (socio-économique) de la situation de travail



dans son travail et négligence de sa vie extraprofessionnelle) qui peut conduire au burn out mais qui s'en distingue par une forte implication dans le travail⁽⁴⁾ ;

– d'autre part, des troubles non spécifiques : la fatigue chronique qui n'est pas associée aux deux autres dimensions et qui n'est pas systématiquement liée au travail, ainsi que la dépression qui est « *étendue à tous les aspects de la vie et pas seulement au travail* » mais peut être la conséquence d'un burn out⁽⁴⁾.

En cas de difficulté diagnostique, on peut avoir recours à l'autoquestionnaire MBI en 22 questions

Savoir d'emblée poser les bonnes questions

explorant les trois dimensions mais cela n'est pas toujours évident en pratique courante de médecine générale⁽⁵⁾. Si la situation apparaît trop compliquée à démêler pour le médecin de premier recours, il peut faire appel dès ce stade pour y voir plus clair (avec l'accord du patient) aux conseils ou à l'aide d'une consultation spécialisée (voir encadré 1 article MPGB et article B. Font-Lebret). En Belgique, le service public fédéral emploi, travail et concertation sociale a développé et diffusé un outil de détection précoce qui permet d'avoir un rappel de ce qu'est le burn out, une liste des symptômes à rechercher ainsi que des facteurs psychosociaux liés au travail qui peuvent être en cause⁽⁸⁾.

Évaluer la situation

- Le diagnostic étant posé, il faut évaluer la gravité de la situation : existe-t-il une décompensation

Syndrome d'épuisement professionnel

2. Évaluer le risque suicidaire^(m)

Pour en apprécier la dangerosité et l'urgence six éléments sont à explorer :

- le niveau de souffrance ;
- le degré d'intentionnalité ;
- les éléments d'impulsivité ;
- un éventuel élément précipitant ;
- la présence de moyens létaux à disposition ;
- la qualité du soutien de l'entourage proche.

3. Plusieurs pistes de travail psychothérapeutique

Dans le cas d'une situation de burn out, c'est très souvent un problème de manque de reconnaissance au travail qui est en cause : en tant que soignant, il n'est pas possible de reconnaître la qualité du travail mais la souffrance du salarié est, elle, reconnaissable. Il y existe aussi souvent une composante de culpabilisation, vis-à-vis du travail (que le salarié jugera comme non conforme à l'idée qu'il s'en faisait) ou vis-à-vis de la situation de burn out elle-même : il conviendra donc de chercher à déculpabiliser le patient et contribuer à un renforcement de son estime de soi.

La reprise du travail dans l'entreprise ne sera pas toujours possible : cela nécessitera d'accompagner le patient afin d'accepter cette situation, de lâcher prise et de rebondir vers de nouveaux projets professionnels.

psychiatrique, un risque suicidaire, un risque somatique ou de mise en danger ?

- Le burn out peut aboutir à un épisode dépressif qu'il conviendra d'identifier afin de déterminer une prise en charge adaptée, notamment médicamenteuse⁽⁹⁾. Des décompensations psychotiques sont également possibles même si elles sont beaucoup plus rares.

- Les idées suicidaires sont fréquentes : 38 % des patients ayant consulté un psychiatre de la consultation de pathologie professionnelle du CHU d'Angers avaient présenté des idées suicidaires depuis le début de leurs difficultés professionnelles⁽¹⁰⁾. Le risque suicidaire et le degré d'urgence doivent donc être évalués (encadré 2), « *il ne faut pas hésiter à questionner le patient sur ses idées de suicide* »⁽¹¹⁾. Il faut également rechercher un risque d'hétéro-agressivité, notamment envers ses collègues et sa hiérarchie. Enfin, une personne en situation de souffrance psychique au travail peut se mettre en danger en étant victime d'un accident de travail, en raison de difficultés de concentration, par exemple.

- Le burn out peut se manifester par des décompensations non seulement psychiatriques mais également somatiques qu'il faut donc rechercher : crises

hypertensives, infarctus du myocarde, troubles musculo-squelettiques...

- Par ailleurs, identifier le travail comme une cause possible de souffrance ne doit pas dispenser d'explorer les autres facettes de la vie du patient. Les événements de vie (décès...), les difficultés familiales peuvent être des causes associées. De plus, une situation de burn out peut avoir des conséquences sur l'environnement familial, la fatigue, l'anxiété, l'agressivité pouvant retentir sur les relations intra-familiales. Il pourra être intéressant de proposer au patient de revenir avec son conjoint afin que celui-ci puisse mesurer la réalité de la situation en entendant un soignant reconnaître la souffrance du patient. Cela permettra également d'explorer une éventuelle souffrance réactionnelle des autres membres de la famille et de juger de la qualité du soutien de l'entourage.

Adopter une position d'écoute

Il est utile d'adopter une position d'écoute dès la première consultation, afin d'entendre la plainte du patient et de mener le travail d'évaluation qui est essentiel. Mais cette position d'écoute doit se prolonger tout au long de la prise en charge ; elle a une importance capitale dans l'arsenal thérapeutique en permettant au patient de prendre de la distance avec les événements, de les analyser, de reconstituer ses ressources psychiques et ainsi de faire face à la situation.

On peut également envisager d'adresser le patient à un psychologue ou à un psychiatre, non pas pour se « débarrasser » de lui mais dans le cadre d'un travail pluriprofessionnel et complémentaire. Le psychologue pourra proposer une psychothérapie plus spécifique (encadré 3) : y recourir peut être nécessaire si on ne se sent pas à l'aise avec ces situations ou si l'on a l'impression de « tourner en rond ». Enfin, l'avis du psychiatre sera utile en cas de difficulté diagnostique et/ou thérapeutique.

Proposer un arrêt de travail avec un suivi rapproché

Dans le cas d'une souffrance psychique au travail, et encore d'avantage dans le cas d'un burn out, un arrêt de travail est souvent nécessaire mais il peut également être parfois contre-productif. Il s'agit d'un outil thérapeutique à part entière et il convient donc d'identifier la balance bénéfices-risques de l'arrêt de travail comme de tout traitement. Il doit permettre au patient de se reposer physiquement, de mettre à distance le travail, de reconstituer ses ressources

psychiques mais surtout aussi d'envisager et de préparer l'avenir. Mais cela peut également conduire à « figer la situation sans la résoudre » et ainsi aboutir à une prolongation indéfinie de l'arrêt ou bien cela peut être « considéré comme "injustifié" par l'entreprise, avec parfois une dévalorisation professionnelle du salarié »⁽¹²⁾.

Un des premiers obstacles à la prescription d'un arrêt de travail à un patient présentant une souffrance liée au travail, qui plus est un burn out, est la subjectivité des plaintes et symptômes. La subjectivité au travail, le vécu du travailleur sont justement au cœur du processus de burn out : le médecin « ne doit donc pas avoir peur de cette subjectivité » et considérer la prescription de l'arrêt de travail comme pour toute autre pathologie : « L'état de santé de mon patient a-t-il pour conséquence une incapacité à faire son travail ? Retourner à son poste de travail peut-il altérer son état de santé ? » La présence de signes de décompensation psychiatrique, le risque suicidaire ou encore le risque d'accident du travail d'un patient épuisé psychologiquement et physiquement doivent ainsi conduire à la prescription d'un arrêt de travail.

Deux stratégies sont envisageables concernant la durée d'arrêt de travail :

– proposer des arrêts relativement courts, entre une et deux semaines, afin de permettre de revoir précocement le patient ; cette stratégie implique de rassurer le patient en lui expliquant que l'arrêt de travail sera prolongé si cela est nécessaire, car il faut éviter de générer une angoisse d'anticipation d'une reprise ; le médecin peut également fixer un rendez-vous de consultation quelques jours avant la fin de l'arrêt de travail ;

– proposer d'emblée un arrêt long, d'un mois par exemple ; dans ce cas il est important de voir le patient au cours de l'arrêt afin d'évaluer son état psychique, de voir comment il envisage l'avenir, de l'inciter à consulter le médecin du travail si ce n'est déjà fait et de poursuivre l'écoute.

Quelques notions sont importantes à connaître concernant les modalités de rédaction de l'arrêt de travail (encadré 4).

Contactez rapidement le médecin du travail

Contrairement au médecin généraliste, le médecin du travail connaît et peut agir sur le travail. Une collaboration est donc nécessaire, voire indispensable, mais semble encore trop peu fréquente : seuls 27 % des médecins du travail interrogés estiment être

contactés « toujours » ou « assez souvent » par les médecins généralistes concernant un « problème de santé psychique »⁽²⁾. Le contact avec le médecin du travail doit se faire de la manière la plus précoce possible dès lors que l'on identifie une situation de souffrance psychique au travail, qui plus est une situation de burn out. En cas d'arrêt de travail pour une souffrance dont on suspecte qu'elle est liée au travail, une consultation avec le médecin du travail doit être envisagée. Même les premiers signes de souffrance liés au travail, sans pathologie constituée, peuvent justifier une consultation avec le médecin du travail afin de prévenir une aggravation de la situation.

Plusieurs freins à cette collaboration existent et doivent être dépassés : des problèmes logistiques et de méconnaissance de l'organisation de la médecine du travail, de secret médical et de représentations négatives.

Identifier le médecin du travail

Il n'est pas facile d'identifier le médecin du travail d'un patient qui ne le connaît lui-même pas toujours. Les médecins du travail, et leur équipe de santé au travail, font soit partie intégrante de l'entreprise (il s'agit alors d'un service autonome), soit sont rassemblés au sein de services inter-entreprises (SIE) qui délivrent leurs services à plusieurs entreprises du secteur. Dans ce cas, les entreprises adhérentes paient un forfait au SIE en fonction du nombre de salariés. Attention ! les SIE se déplacent parfois sur

4. À savoir pour rédiger l'arrêt de travail « pour burn out »

• Prescrire un arrêt de travail implique de noter un motif médical sans préciser la cause de celui-ci : on pourra noter troubles du sommeil, anxiété, syndrome dépressif mais il est déconseillé d'utiliser les termes « burn out » ou « souffrance au travail » car cela peut vous être reproché, et encore moins harcèlement moral qui est une définition juridique et non médicale.

• De même, si le patient vous demande un certificat médical, celui-ci ne doit rapporter que les éléments cliniques que vous constatez et en aucun cas introduire la notion de tiers ni définir la cause. N'employez pas de mots spécifiques tels que incapacité, invalidité, inaptitude ni, bien sûr, harcèlement⁽¹³⁾.

• Concernant les agents titulaires de la fonction publique, l'arrêt de travail est parfois remis directement au personnel administratif et non à un service médical : il faut donc préciser au patient qu'il doit conserver le premier volet, à ne remettre qu'en cas de contrôle médical⁽¹⁴⁾.



Syndrome d'épuisement professionnel

le lieu de l'entreprise et peuvent donc laisser penser aux salariés qu'il s'agit d'un service autonome. Si le médecin identifie le SIE dont dépend l'entreprise d'un salarié, il pourra obtenir le nom du médecin du travail en charge de cette entreprise. Une solution est de demander au patient de retrouver son avis d'aptitude sur lequel figurent les coordonnées de son médecin du travail.

Quel type de visite médicale ?

En dehors d'un arrêt de travail, le patient doit demander une visite occasionnelle (qui peut être demandée par le salarié ou l'employeur alors que durant l'arrêt de travail il s'agira d'une visite de pré-reprise qui peut être demandée par le médecin traitant, le patient ou le médecin conseil). Il faut savoir l'expliquer au patient et préciser qu'il peut demander ces visites directement auprès du médecin du travail sans en informer l'employeur : en effet, nombre de patients reviennent en expliquant qu'ils ne pourront voir le médecin du travail que lorsqu'ils auront repris le travail. Cette visite de pré-reprise est pourtant un outil auquel ont droit les salariés, qui est très utile pour le médecin généraliste et qui est obligatoire en cas d'arrêt supérieur à trois mois⁽¹³⁾.

En l'absence de médecin du travail

Dans les (trop) nombreux cas où le patient n'a pas de médecin du travail, on peut se tourner vers une des consultations de pathologie professionnelle qui sont situées dans les CHU et notamment vers les consultations « souffrance au travail » (liste disponible sur le site www.souffrance-et-travail.com). Ces consultations seront également un recours pour le médecin du travail qui souhaiterait un avis spécialisé.

Secret médical

Jusqu'à aujourd'hui le secret médical partagé ne concernait pas le médecin du travail, étant un médecin de prévention. La manière la plus courante de le contacter était donc de passer par le patient, en lui remettant un courrier. Dans les faits il était parfois nécessaire de l'appeler, de préférence en présence du patient et en s'étant mis d'accord sur les objectifs et le contenu de cette communication. La loi santé de janvier 2016 semble élargir la notion de secret médical partagé : « *Un professionnel peut échanger avec un ou plusieurs professionnels identifiés des informations relatives à une même personne prise en charge, à condition qu'ils participent tous à sa prise en charge et que ces informations soient strictement nécessaires à la coordination ou à la continuité des soins, à la prévention ou à son suivi médico-social et social.* » Cela pourrait permettre de communiquer plus librement avec le médecin du travail à condition de le faire dans l'intérêt du patient et en recueillant son consentement préalable : « *Le partage, entre des professionnels ne faisant pas partie de la même équipe de soins, d'informations nécessaires à la prise en charge d'une personne requiert son consentement préalable, recueilli par tout moyen, y compris de façon dématérialisée, dans des conditions définies par décret pris après avis de la Commission nationale de l'informatique et des libertés* »⁽¹⁵⁾. Le DMP reste inaccessible au médecin du travail.

Lutter contre les représentations négatives

Les médecins généralistes expriment des doutes quant à l'indépendance et à l'efficacité des médecins du travail⁽²⁾. L'indépendance du médecin du travail est pourtant une obligation légale et réglementaire garantie par un statut protecteur. Par ailleurs, le médecin du travail dispose des compétences nécessaires pour prendre en charge des salariés en souffrance.

Objectif de la collaboration et rôle du médecin du travail

- Le premier objectif d'informer le médecin du travail est qu'il prenne connaissance de la situation, ce qui est difficile s'il n'y a pas eu de signalement par les salariés ou l'employeur.

Ensuite, tout comme le médecin généraliste, le médecin du travail pourra s'appuyer sur une

écoute active du patient, qui pourra être complémentaire car assurée par un professionnel ayant une connaissance de l'entreprise ainsi qu'une action sur les conditions de travail. Il pourra alors se faire une opinion précise de la situation. Si besoin, il réalisera une visite sur place.

Il sera alors en mesure de conseiller sur les suites à donner : prolongation de l'arrêt de travail, reprise à temps partiel, actions possibles auprès de l'employeur, inaptitude...

Le médecin du travail aidera à déterminer s'il est pertinent de prolonger l'arrêt de travail : les capacités de reprise dépendent à la fois de l'état clinique du patient et des conditions de travail, or seul le médecin du travail peut évaluer si celles-ci sont compatibles avec une reprise du travail.

- Le médecin du travail a un rôle de conseil auprès de l'employeur⁽¹⁶⁾. Il pourra tout d'abord l'alerter sur ce qu'il se passe dans son entreprise et lui proposer si nécessaire des changements organisationnels. Il peut également faire intervenir, avec l'accord de l'employeur, un cabinet extérieur chargé de faire un diagnostic puis des propositions afin d'améliorer la situation. Le médecin du travail pourra saisir le CHSCT, voire l'inspection du travail.

- Si une reprise de travail ne s'avère pas possible, le médecin du travail pourra déclarer l'inaptitude (**encadré 5**).

- Le médecin du travail peut également aider à déterminer s'il est licite de faire une déclaration en maladie professionnelle ou en accident du travail. Il s'agit en effet de procédures longues qui peuvent être vécues difficilement en cas de refus. En effet, le refus de « reconnaissance en maladie professionnelle ou accident de travail » peut être vécu par le patient comme une absence de reconnaissance du caractère professionnel de la souffrance, voire de la souffrance elle-même. Il convient donc d'en discuter avec le médecin du travail mais aussi avec le patient.

Et le médecin conseil, et les autres acteurs ?

- En cas d'arrêt de travail prolongé le médecin conseil pourra être amené à convoquer le patient pour une visite médicale. Cette demande est génératrice d'anxiété et doit être anticipée : il convient d'expliquer au patient que ce contrôle est légitime étant donné que c'est la solidarité nationale qui permet cet arrêt de travail et que le médecin conseil va probablement également constater que cet arrêt

5. À propos de la déclaration d'inaptitude et de l'arrêt de travail

L'inaptitude est déclarée par deux certificats réalisés à quinze jours d'intervalle pendant lesquels l'employeur doit proposer un poste compatible avec les restrictions d'aptitude ou démontrer qu'il n'y a pas de poste disponible⁽¹⁷⁾. On dit classiquement que le salarié ne peut pas être en arrêt de travail le jour de la signature des certificats d'inaptitude mais peut l'être entre les deux certificats. Or, selon une jurisprudence désormais bien établie, « l'arrêt de travail temporaire délivré par le médecin traitant n'est pas incompatible avec le bon déroulement de la procédure d'inaptitude »⁽¹⁸⁾.

Si le médecin du travail a déclaré une inaptitude temporaire, la prescription d'un arrêt de travail est nécessaire pour que le patient soit indemnisé durant cette période. En cas de désaccord ou d'incompréhension, contacter le médecin du travail permet de trouver une solution dans l'intérêt du patient.

est nécessaire. Surtout, les missions du médecin conseil vont au-delà du contrôle et comprennent le maintien dans l'emploi : il demandera par exemple une visite de pré-reprise auprès du médecin du travail si ce n'est déjà fait ; il pourra également orienter vers le service social de la Sécurité sociale. Il faut également rassurer le patient sur le fait suivant : l'avis du médecin conseil n'est pas rétroactif et n'aura donc pas d'incidence sur les indemnités journalières perçues jusque-là. Le médecin conseil pourra également se prononcer en ce qui concerne une invalidité qui est à différencier de l'inaptitude déclarée par le médecin du travail : un même salarié peut par exemple être inapte à son poste sans pour autant être éligible à une pension d'invalidité.

Le médecin conseil peut également être l'interlocuteur des travailleurs indépendants qui n'ont pas de médecins du travail.

- En raison du secret médical les autres acteurs ne peuvent pas être contactés directement par le médecin généraliste mais le patient peut être orienté vers eux. Il s'agit de l'inspection du travail, des délégués du personnel, du CHSCT ou encore des syndicats.

Envisager un traitement médicamenteux

Dans certaines situations, notamment en cas de décompensation psychiatrique, il peut être nécessaire d'introduire un traitement médicamenteux, soit un traitement anxiolytique ou hypnotique, soit un traitement antidépresseur.

Durant la période aiguë, l'anxiété et l'insomnie sont souvent au premier plan : un traitement par anxiolytique ou hypnotique peut être nécessaire afin de permettre au patient de se reposer et ainsi

Syndrome d'épuisement professionnel

commencer à récupérer ses ressources physiques et psychiques. Il est alors important d'expliquer au patient que ce traitement n'a vocation à être pres-

Un traitement anxiolytique ou hypnotique est parfois nécessaire sur une courte durée

crit que pour une courte durée⁽¹⁹⁾. La prescription médicamenteuse peut également se faire au moment de la prescription de l'arrêt de travail tout en expliquant au patient qu'il doit démarrer le traitement dans les quarante-huit heures en cas d'absence d'amélioration avec du repos seul.

En cas d'épisode dépressif, la prescription d'un antidépresseur associée à une psychothérapie est recommandée⁽⁹⁾.

Assurer un suivi même en cas de reprise du travail

La reprise du travail n'est pas toujours synonyme de « guérison », il faut donc poursuivre l'accompagnement du patient afin de détecter rapidement tout signe de récurrence. On peut par exemple proposer de revoir le patient une ou deux semaines après la reprise afin de vérifier que la situation de travail n'est pas de nouveau génératrice de troubles. Il faut également permettre au patient de consulter très rapidement s'il sent

que le travail est de nouveau générateur de souffrance. Le médecin du travail aura bien évidemment un rôle important lors de la visite de reprise qui sera obligatoirement demandée par l'employeur en cas d'arrêt de plus de trente jours, afin de vérifier que les changements organisationnels prévus ont bien eu lieu et persistent dans la durée. La reprise du travail peut également se faire à « temps partiel thérapeutique » (ce n'est pas toujours un mi-temps) mais il semble là aussi que cette décision doive se prendre avec le médecin du travail et éventuellement le médecin conseil afin de s'assurer que les conditions sont réunies pour que cette organisation fonctionne.

Prendre en compte sa propre souffrance

Le médecin généraliste peut lui-même être en situation de burn out⁽²⁰⁾. On peut donc être confronté à des patients en situation de burn out tout en étant soi-même en souffrance. Cela peut avoir des conséquences diverses. On peut minimiser la souffrance de l'autre, voire la nier en estimant que, si nous on supporte une telle situation, l'autre peut également le faire. On peut également se retrouver dans la situation décrite par le patient et ne plus réussir à prendre la distance nécessaire à la prise en charge. Être attentif à sa propre souffrance et être pris en charge permet donc à la fois de protéger sa propre santé et de mieux prendre en charge nos patients. •

L'auteur déclare n'avoir aucun lien d'intérêts.

Remerciements au Pr Jean-François Huez pour sa relecture.

1. ANACT. Le stress au travail - Rapport d'analyse [Internet]. 2009 mars. Disponible sur: http://travail-emploi.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_ANACT_CSA_2009.pdf
2. Le Luong T, Pimbert S, Bled J-J, et al. Médecins du travail, médecins généralistes: regards croisés. Ménard C, Demortière G, Durand É, éditeurs. Saint-Denis, France: INPES; 2011. 189 p.
3. Khireddine I, Lemaître A, Homère J, et al. La souffrance psychique en lien avec le travail chez les salariés actifs en France entre 2007 et 2012, à partir du programme MCP. Bull Epidemiol Hebd. 2015;(23):431-8. BEH 2015;(23):431-8.
4. Guide d'aide à la prévention. Le syndrome d'épuisement professionnel ou burnout. [Internet]. ANACT, INRS, DGT; 2015 mai. Disponible sur: www.inrs.fr/dms/inrs/Presse/presse-2015/rapport-burnout.pdf
5. Stress au travail et santé - situation chez les indépendants [Internet]. Inserm; 2011 [cité 8 mars 2013]. Disponible sur: <http://www.inserm.fr/actualites/rubriques/actualites-societe/stress-au-travail-et-sante-situation-chez-les-independants>
6. Guiho-Bailly M-P, Guillet D. Psychopathologie et psychodynamique du travail. Toxicol Pathol Prof. 2005;(16):535-NaN-10).
7. Gollac M. Mesurer les facteurs psychosociaux de risque au travail pour les maîtriser - 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. 2011.
8. Outil de détection précoce du burn out - Service public fédéral Emploi, Travail et Concertation sociale [Internet]. SPF; [cité 26 août 2016]. Disponible sur: <http://www.emploi.belgique.be/publicationDefault.aspx?id=44193>
9. Haute Autorité de santé - Prise en charge d'un épisode dépressif isolé de l'adulte en ambulatoire [Internet]. [cité 26 août 2016]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_608233/fr/prise-en-charge-d-un-episode-depressif-isole-de-l'adulte-en-ambulatoire
10. Ragot A, Guiho-Bailly M-P, Tanguy M, et al. Troubles psychiatriques rencontrés en consultation de psychopathologie du travail au Centre hospitalier universitaire d'Angers. Santé Publique. 1 déc 2013;25(6):729-36.
11. Haute Autorité de santé - La crise suicidaire : reconnaître et prendre en charge [Internet]. [cité 26 août 2016]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_271964/fr/la-crise-suicidaire-reconnaitre-et-prendre-en-charge
12. SISTE - Souffrance liée au travail [Internet]. [cité 26 août 2016]. Disponible sur: <http://sistepaca.org/01c-souffrance.htm>
13. « Le médecin libéral face à la souffrance au travail de ses patients » : le guide Union régionale des professionnels de santé (URPS) / Médecins libéraux de PACA [Internet]. [cité le 30 août 2016]. Disponible sur: <http://www.urps-ml-paca.org/4265/le-medecin-liberal-face-a-la-souffrance-au-travail-de-ses-patients-le-guide/>
14. Circulaire FP/4 n° 2049. juillet 24, 2003.
15. Code de la santé publique, article L1110-4, code de la santé publique.
16. Services de santé au travail. Le médecin du travail - Démarches de prévention - INRS [Internet]. [cité 27 août 2016]. Disponible sur: <http://www.inrs.fr/demarche/services-sante-travail/medecin-travail.html>
17. Code du travail, article R4624-31.
18. Aptitude, inaptitude au travail, 9e édition. Mise à jour au 31 janvier 2016. DIRECCTE Pays de la Loire. Consultable sur http://pays-de-la-loire.directe.gouv.fr/sites/pays-de-la-loire.directe.gouv.fr/IMG/pdf/edt_9_1_aptitude-inaptitude_a_poste_de_travail_31-01-2016.pdf.
19. Haute Autorité de santé - Utiles dans l'anxiété, les benzodiazépines restent une solution temporaire [Internet]. [cité 9 sept 2016]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2042111/fr/utiles-dans-l-anxiete-les-benzodiazepines-restent-une-solution-temporaire
20. Dusmesnil H, Serre BS, Régi J-C, et al. Épuisement professionnel chez les médecins généralistes de ville : prévalence et déterminants. Santé publique. 21(4):355-64.

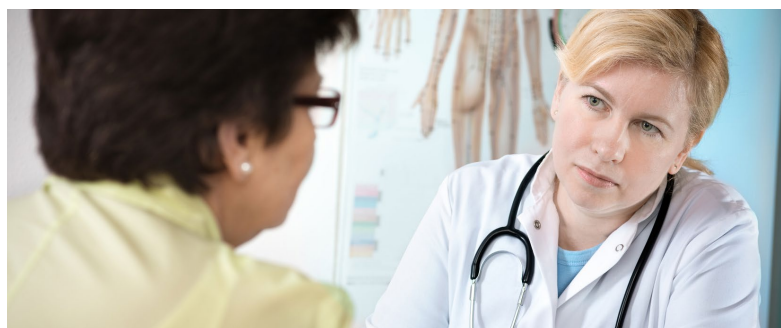
étape 4 **Accompagnement sur le long terme : « un travail sur le travail »**

Dr Rose Marthe, Dr Camille Sibille, médecins du travail

(Pour des questions de confidentialité, les auteurs signent sous un pseudonyme. Pour toute correspondance : btrecuq@gmsante.fr)

Le premier article de ce dossier (voir p. X), dédié à la prévention primaire du burn out, évoque aussi le rôle des médecins du travail dans la prévention primaire, secondaire et tertiaire, en particulier l'importance de la clinique médicale du travail dans l'accompagnement individuel et collectif des salariés ainsi que les actions de mise en visibilité qui font partie de leurs missions. Tout d'abord, il est important de rappeler que ces actions ne sont possibles que si les médecins du travail peuvent se rendre suffisamment disponibles pour répondre aux demandes de consultation des salariés, en particulier les consultations que ces derniers sollicitent.

Les textes de loi qui régissent la médecine du travail prévoient en effet cette possibilité dans l'article R. 4624-17 du décret n° 2012-135 du 30 janvier 2012 relatif à l'organisation de la médecine du travail : « *Indépendamment des examens périodiques, le salarié bénéficie d'un examen par le médecin du travail à la demande de l'employeur ou à sa demande. La demande du salarié ne peut motiver aucune sanction.* »



La première consultation, ouverture sur un espace de travail clinique

Cette « première demande de consultation » marque souvent le début de l'accompagnement par le médecin du travail et permet que les bases du suivi ultérieur soient posées. Le plus souvent, les salariés touchés par le burn out sont désespérés, ne comprennent pas « ce qui leur arrive », avec un sentiment de défaillance individuelle très douloureux.

Il est alors indispensable de reconnaître les signes d'épuisement professionnel et de mettre en évidence les troubles associés : troubles physiques (atteintes du sommeil qui sont très fréquentes et souvent anciennes, douleurs, fatigue) et troubles psychiques (sentiment de ne plus y arriver, troubles de mémoire et de concentration, perte de confiance en soi, hypersensibilité, irritabilité et dans certains cas cynisme et démotivation).

La nécessité thérapeutique d'un arrêt de travail immédiat ainsi que la prise de contact avec le médecin traitant (en accord avec le salarié) s'imposent souvent et doivent être expliquées au salarié. Le constat d'une inaptitude temporaire au poste est parfois nécessaire.

Cette première consultation permet d'ouvrir un espace de travail clinique à partir de l'activité de travail, en investiguant de façon précise, non seulement la chronologie de l'apparition et l'évolution des symptômes cliniques, mais aussi les événements qui ont marqué les dernières années de travail. Plus précisément, il s'agit de mettre en évidence les évolutions de l'organisation du travail, de la charge de travail (physique, psychique, émotionnelle) et du fonctionnement des collectifs de travail. Ce travail, qui aboutit à la construction d'un récit, permet d'identifier les facteurs de risque dans l'activité, mais également ce qui fait « ressource » pour le salarié. Il permet également au médecin de lui soumettre des hypothèses sur les liens entre les symptômes ressentis et des événements de travail, dont l'impact négatif n'a pas été identifié comme tel jusqu'à présent. Ces événements sont parfois oubliés par les salariés ; leur survenue ainsi que leur impact sur la santé peuvent apparaître au cours de l'élaboration du récit, ceci d'autant plus que cette élaboration se construit autour de faits concrets, détaillés et contextualisés.

Identifier les facteurs de risque de l'activité et ce qui fait « ressource » pour le patient.

Syndrome d'épuisement professionnel

Proposition de suivi dès le premier contact

La proposition d'un suivi par le médecin du travail fait partie de cet entretien. Il s'agit d'un suivi qui n'est pas instauré avec l'objectif d'une reprise rapide sur le même poste, mais qui ne pose pas, *a priori*, l'interdiction de reprendre le même travail. L'objectif est d'aider le salarié à sortir de l'impasse : le travail est momentanément impossible, mais le non-travail l'est également. L'éloignement du travail permet la mise en place d'un traitement adapté, mais il favorise aussi la prise de recul nécessaire pour envisager et élaborer des pistes pour l'avenir.

Au cours de ce suivi, différentes possibilités de changement d'activité pourront être étudiées en étendant les pistes au-delà du métier habituel, des responsabilités antérieures, du secteur d'activité. Pour tout ce qui concerne la reprise du travail, le suivi sur une certaine durée est important car il peut être dangereux de « valider » trop rapidement un souhait de changement de poste émis par le salarié (tel que l'affectation sur un poste moins qualifié, comportant moins de responsabilités, par exemple). Cela pourrait paraître « soulageant » dans un premier temps mais des exemples d'aggravation ultérieure de l'état de santé de salariés qui ont repris le travail dans ces conditions amènent à beaucoup de prudence : la reprise sur un poste « moins qualifié » risque de raviver un sentiment d'auto-dévalorisation.

Il est donc important, en lien avec le médecin généraliste, de se donner du temps pour mesurer l'impact de l'arrêt de travail sur la symptomatologie et pour juger des effets du manque consécutif à l'arrêt de travail.

La question de la reconnaissance de l'origine professionnelle du burn out ne se pose pas toujours d'emblée lors du premier entretien. Elle est par ailleurs compliquée par l'absence de tableau de maladie professionnelle pour cette pathologie (voir article Leconte p. XX).

Suivi plus rapproché lors de la reprise éventuelle du travail

Le suivi sur le long terme, initié lors de la première consultation, est plus rapproché lorsqu'une reprise du travail devient possible. Les conditions de la reprise font souvent l'objet d'une négociation avec l'employeur qui doit comprendre et accepter le caractère bénéfique de la reprise pour l'état de santé du salarié, en mettant éventuellement en place des aménagements du temps de travail

(reprise à temps partiel thérapeutique), du contenu du poste ou de son organisation. La dimension d'impact sur le collectif de travail ne doit pas être négligée : quel que soit l'aménagement proposé, il s'inscrira dans l'organisation du collectif et devra être cohérent et accepté par ses membres.

La période qui entoure la reprise comporte des risques de rechute, elle est source d'inquiétude pour le salarié. Les consultations sont plus rapprochées : pré-reprise – au moment de la reprise et suivi rapproché après la reprise. Le médecin doit pouvoir être disponible pour des contacts téléphoniques ou des consultations à la demande des salariés.

Des histoires toujours singulières et pas de « parcours type »

En tant que médecins du travail, nous sommes certaines que ce travail clinique, qui fait référence à l'ergonomie, la psychodynamique du travail, la sociologie et la psychologie du travail, est essentiel dans la prise en charge de l'épuisement professionnel. Il est complémentaire du traitement médicamenteux ou psychothérapeutique coordonné par le médecin traitant. Le médecin du travail, de par sa connaissance des salariés dans leur suivi et du contexte professionnel, est actuellement le plus à même de le mener. Cependant, nous n'avons jamais de certitude sur l'issue d'un tel travail. Les hypothèses sur des liens santé-travail évoquées au cours d'une consultation peuvent apparaître très différemment lors d'une consultation suivante. Entre deux rendez-vous, l'élaboration se poursuit, l'état émotionnel du salarié évolue. Il n'y a pas de « parcours-type » en ce domaine où les histoires cliniques sont toujours singulières. Cependant, le temps de la délibération sur les choix professionnels est important dans tous les cas et conditionne en partie l'évolution de la santé des salariés dans la poursuite de leur vie professionnelle et même après leur départ en retraite.

Nous avons choisi plusieurs exemples cliniques pour illustrer ce travail d'accompagnement sur le long terme, dans sa diversité (en particulier dans les différentes issues par rapport au travail) : rupture brutale en lien avec un dysfonctionnement collectif, suivi individuel dans le temps qui ouvre la possibilité, même en cas d'épuisement professionnel, de reprendre le travail avant le départ en retraite, accompagnement en cours laissant plusieurs issues ouvertes, retour rapide au travail. •

Les auteurs déclarent n'avoir aucun lien d'intérêts.

cas clinique 1

Rupture brutale en lien avec un dysfonctionnement collectif

La survenue de plusieurs cas d'épuisement professionnel dans la même direction d'une importante collectivité territoriale a été le point de départ d'un accompagnement individuel et collectif par le médecin du travail.

Marie, âgée de 48 ans, cadre supérieur, sans antécédents médicaux particuliers sur le plan physique ou psychique, consulte le médecin du travail sur les conseils de sa responsable qui est inquiète de la dégradation visible et récente de son état de santé.

→ Lors de ce premier entretien, Marie apparaît dans un tel état d'effondrement psychique, de débordement émotionnel, de désarroi et de perte d'estime d'elle-même qu'un arrêt de travail immédiat est nécessaire (orientation immédiate vers le médecin traitant). En reprenant avec Marie le « récit » chronologique de ses symptômes et des éléments marquants de sa situation de travail, il apparaît qu'elle a d'abord souffert de troubles du sommeil (ayant débuté il y a plusieurs années, avec des troubles de l'endormissement et des réveils précoces), puis de troubles cognitifs (difficultés de concentration) et de manifestations somatiques (céphalées d'intensité croissante, sensations d'oppression thoracique et dyspnée). Elle décrit une aggravation récente de ces symptômes et en parallèle un envahissement psychique par des préoccupations professionnelles,

même pendant les jours de congé avec une « sensation d'être écrasée par sa mission ». Tous les soirs, avant de trouver le sommeil, elle refait un listage précis de toutes les tâches qu'elle n'a pas pu réaliser dans la journée et tous les matins elle ne parvient à retrouver un peu de sérénité qu'en « redécoupant sa mission en priorités ». Elle constate au fil du temps que ces pensées envahissantes sont de plus en plus fréquentes et qu'elle met de plus en plus de temps à s'en libérer. En outre, elle ressent un sentiment d'échec et de honte du fait de sa « défaillance ».

Elle coordonne depuis environ un an un projet d'aménagement. La reprise de cette coordination lui a été imposée dans un contexte marqué par les difficultés de concilier les demandes des associations de défense de l'environnement et les règles de l'urbanisme. Elle s'est trouvée dans l'obligation de commencer ce travail sans avoir pu au préalable mesurer l'impact des précédents projets, pour en tirer des enseignements sur la manière de procéder. La complexité de l'exercice est telle que Marie pense qu'il est impossible d'être à l'abri d'une remise en cause et qu'elle doit anticiper les conséquences des inévitables failles que comportera le document.

Le soutien initialement affirmé par les élus (« on est derrière vous ») n'a duré que très peu de temps et a laissé place à une remise en cause du travail des contributeurs. Elle vit de plus en plus mal le rôle

qu'elle est amenée à jouer, même pendant les jours de congé avec une « sensation d'être écrasée par sa mission ». Tous les soirs, avant de trouver le sommeil, elle refait un listage précis de toutes les tâches qu'elle n'a pas pu réaliser dans la journée et tous les matins elle ne parvient à retrouver un peu de sérénité qu'en « redécoupant sa mission en priorités ». Elle constate au fil du temps que ces pensées envahissantes sont de plus en plus fréquentes et qu'elle met de plus en plus de temps à s'en libérer. En outre, elle ressent un sentiment d'échec et de honte du fait de sa « défaillance ».

qu'elle est amenée à jouer, rôle qui consiste à chercher à concilier l'inconciliable. En effet, la direction générale lui demande à la fois de « faire du projet », d'obéir à ce que veulent les élus, tout en étant garante de la sécurité du projet (en termes de normes environnementales, par exemple) et tout en portant les intérêts de la collectivité. De plus, ni les élus ni la direction générale n'assument au quotidien ce conflit latent sur les compétences réciproques en matière d'aménagement du territoire et sur la manière de conduire les projets. Marie est souvent confrontée à l'absence de décision des élus dont elle cite une phrase presque rituelle (qui clôt deux fois sur trois les réunions) : « Bon, techniquement, vous allez nous trouver une solution. » Elle se voit donc contrainte de leur représenter plusieurs fois les documents après les avoir retravaillés sur le plan technique sans qu'une décision soit prise. Ce qui est peut-être le plus difficile à vivre, c'est l'absence de fil conducteur dans les orientations en matière de développement. Par rapport aux élus, c'est elle qui assume les choix de la direction générale, les réunions avec eux deviennent difficiles et elle se sent exposée en permanence et obligée de l'être. Dans le même temps, le directeur général lui conseille « de moins s'exposer » et de prendre du recul. La survenue de quelques événements très récents lui semble susceptible d'avoir joué un rôle dans sa décompensation brutale actuelle :



– le changement de gouvernance qui implique pour elle un surcroît de travail du fait de la méconnaissance du dossier par les nouveaux arrivants et de conflits internes ;

– la période actuelle de « deuxième partie de mandat » qui implique une accélération des réalisations dans un but de réélection ;

– la manière détournée dont elle a appris qu'elle n'était pas retenue à un poste pour lequel elle avait postulé (elle envisage en effet depuis plusieurs mois un changement d'activité du fait de son épuisement).

Pour décrire sa situation, elle dit qu'elle « est tiraillée entre la peur de ne plus arriver à bien faire son travail, l'impression qu'elle n'aurait qu'un pas à franchir pour quitter ce travail et son entreprise et la difficulté de dire adieu à un domaine qui la passionne ».

→ À l'issue de cette première consultation, Marie a été orientée par le médecin du travail vers son médecin généraliste pour un premier arrêt de travail et la prise en charge médicale nécessaire. Le médecin du travail a aussi sollicité l'avis d'un confrère spécialisé dans le cadre des consultations de pathologies professionnelles du CHU. Dans le cas de Marie, les symptômes d'épuisement professionnel ont été confirmés ainsi que le lien santé-travail, qualifié de « direct et essentiel ». Elle s'est arrêtée quinze jours et a bénéficié d'un traitement antidépresseur et anxiolytique qui a permis une amé-

1
2
3
4

Syndrome d'épuisement professionnel

lioration du sommeil et la reprise de son poste. Lors de la consultation spécialisée, elle a, un peu à distance de la décompensation aiguë, évoqué à nouveau le départ de son poste comme étant la seule possibilité d'amélioration durable. Son départ de la collectivité s'est réalisé six mois après.

→ Dans le cas de ce service, le médecin du travail avait également reçu d'autres salariés de la même direction en souffrance psychique (avec des symptômes de moindre gravité) et se posait depuis quelques mois la question du bien-fondé, au-delà de la prise en charge et du soutien individuel des salariés, d'une analyse collective des liens santé-travail et

des modalités d'intervention au niveau collectif.

À l'occasion d'une alerte posée par la responsable de cette direction auprès du médecin du travail (alerte portant sur les difficultés de fonctionnement et d'organisation et sur son inquiétude quant aux répercussions en termes de santé du personnel), le médecin du travail a reçu en consultation tous les salariés de la direction en recueillant de façon systématique les atteintes à la santé actuelles et passées et en explorant les liens éventuels entre ces atteintes et le travail (sous l'angle des conditions de travail et du vécu subjectif au travail). Un rapport écrit a montré l'importance des

différentes atteintes à la santé :

- presque 50 % des salariés souffraient d'atteintes à la santé pour lesquelles le lien avec le travail avait pu être établi ;
- les cadres étaient surreprésentés parmi les personnes atteintes ;
- les principaux symptômes étaient les suivants : troubles du sommeil, fatigue intense, douleurs, troubles de l'humeur, troubles anxieux ;
- plus de 20 % des salariés ressentaient une lassitude professionnelle, une démotivation, voire une usure professionnelle ;
- plus de 30 % jugeaient la charge de travail trop importante (notion confirmée par le chiffre très élevé d'heures supplémentaires) ;

- les principaux facteurs professionnels retrouvés étaient les suivants : augmentation de la complexité du travail (en partie due à des évolutions réglementaires contraignantes et à une insécurité juridique), pression temporelle élevée (notion de délais), manque de clarté des commandes (variables dans le temps) et incertitude sur le positionnement souhaité par la collectivité.

Ce rapport a été rendu public et a fait l'objet de débats, en particulier au sein du CHSCT auprès duquel une alerte a depuis été portée par une syndicaliste sur « la souffrance des salariés du service ».

cas clinique 2

Un suivi individuel dans le temps ouvrant la possibilité de reprendre le travail avant le départ en retraite

Début septembre, consultation à la demande de Danièle, 53 ans, infirmière de nuit dans un service de neurologie. Danièle est en arrêt maladie depuis plus de trois mois, elle a été hospitalisée quelques jours fin mai dans un service de rhumatologie, avec le bilan suivant : « tableau de névralgie cervico-brachiale chronicisé dans un contexte d'arthrose cervicale et tendinopathie de la coiffe à l'épaule droite sans capsulite rétractile. Traitement à visée antalgique et décontractante. Poste de travail à adapter ou à changer ».

→ C'est en pleurs que Danièle s'exprime. Elle est épuisée, épuisée par les douleurs qui l'empêchent de dormir, malgré le traitement antalgique qu'elle a jugé au bout de deux mois inefficace et qu'elle a arrêté. Elle est envahie par des pensées obsédantes, des images liées au décès récent de sa mère qu'elle a accompagnée dans sa maladie jusqu'à la mort, puis de son père qui s'est laissé mourir quelques mois après. Elle est épuisée par ce deuil qu'elle n'arrive pas à faire. Danièle ne peut plus reprendre son travail d'infirmière, elle est épuisée par ce travail de nuit qu'elle exerce depuis plus de vingt-cinq ans et qu'elle a choisi pour mieux élever ses enfants.

Sur le poste de nuit, l'IDE participe avec l'aide soignante aux changes des patients : un travail physique qui sollicite énormément ses épaules. Il y a vingt-cinq ans, le travail de nuit laissait plus de temps pour le « care », les soins relationnels avec les patients. Aujourd'hui, la charge de travail est beaucoup plus forte, les soins techniques fréquents la nuit, et les patients ont des pathologies plus graves. Il y a deux ans, elle a fait une demande pour revenir sur un poste de jour dans son service, demande appuyée par le médecin du travail, mais qui s'est heurtée à l'absence de poste de jour à pourvoir dans ce service. Danièle est dans une impasse, ce métier qu'elle aime, elle ne peut

plus l'exercer. Reprendre son travail est impossible, ne plus travailler est un drame. Il est indispensable, dans cette consultation, d'ouvrir des possibilités : prendre acte de l'épuisement physique et professionnel, confirmer l'arrêt de travail nécessaire et mettre en route une demande de congé longue maladie (CLM), reconnaître le lien santé travail, proposer une déclaration de maladie professionnelle pour l'épaule droite dans le cadre du 57^e Tableau, faire une lettre au médecin traitant pour reprise des soins et rééducation. Il est nécessaire d'évoquer les issues possibles après l'arrêt maladie : la guérison, la persis-



tance de douleurs séquellaires, peut-être des restrictions d'aptitude, la possibilité d'une reprise à temps partiel thérapeutique sur un poste de jour, le maintien en CLM, une demande de départ à la retraite.

Il est important de se donner le temps de l'élaboration, de la délibération et des choix. Un suivi par le médecin du travail pendant l'arrêt maladie est proposé.

→ En janvier, consultation à la demande de Danièle, en CLM depuis huit mois. Prise en charge rhumatologique bénéfique, infiltrations des 2 épaules. Calculs vésiculaires en cours de bilan. Danièle reste très émotive, l'idée de reprendre une activité d'infirmière lui semble impossible, elle ne veut plus s'occuper de patients, elle voudrait vendre du pain, avoir de simples relations de clientèle. Depuis la mort des parents, mais aussi d'une de ses amies, elle qui avait surinvesti cet engagement dans l'attention portée à autrui, se sent incapable de soins relationnels. Malgré ce sentiment d'impuissance et de dévalorisation, Danièle refuse toute possibilité d'une prise en charge

psychologique. Maintien en CLM nécessaire. Possibilité de faire une demande de départ à la retraite pour la fin de l'année suivante.

→ En novembre, consultation à la demande du médecin du travail. Cholécyctomie fin janvier. Somatisations multiples. Bilan cardiopulmonaire pour des sensations d'oppression thoracique, syndrome de Tietze évoqué, hypertension artérielle traitée. Bilan rhumatologique pour douleurs vertébrales, absence d'hernie discale, manipulations, cure thermique.

Situation familiale difficile, mari en arrêt maladie, sœur malade, travail éprouvant de vider seule la maison de ses parents. Conseil de traitement antidépresseur. Maintien en CLM. L'idée d'une reprise à temps partiel thérapeutique sur un poste d'IDE de jour en neurologie, dans quelques mois, est proposée et reprise par Danièle. Parallèlement à ce suivi médical, le dossier de Danièle est évoqué régulièrement à la rencontre mensuelle entre direction des soins infirmiers, direction des ressources humaines et service

de médecine du travail.

→ En janvier, consultation à la demande du médecin du travail. Le médecin expert, sollicité par le comité médical, propose une reprise à temps partiel thérapeutique. Danièle est sous traitement antidépresseur depuis deux mois. Elle dort mieux, ne souffre plus.

→ En mars, consultation de reprise du travail après un arrêt maladie de vingt-trois mois dans le cadre d'un CLM. La reprise du travail à temps partiel thérapeutique est fixée au 10 avril, sur un poste de jour, quatre jours par semaine, quatre heures et demie par jour, de 12 heures à 16 h 30. Le cadre de santé du service valide la reprise sous cette forme. Danièle sait qu'elle peut contacter le service de médecine du travail à tout moment si elle est en difficulté lors de cette reprise.

→ Début mai, consultation demandée par le médecin du travail. Danièle juge la reprise du travail très bénéfique pour elle. Elle a eu beaucoup de plaisir à retrouver une équipe de travail, des anciennes collègues, n'a pas eu de difficulté d'intégration et se sent en confiance la journée. Elle

est toujours sous traitement antidépresseur et hypotenseur.

→ En juillet, consultation demandée par Danièle qui souhaite reprendre des journées de sept heures, toujours à un poste à la journée. En accord avec la direction des soins, Danièle est restée à ce poste jusqu'à son départ à la retraite.

Les conditions de sa reprise du travail de jour n'ont pas confronté Danièle à des soins relationnels aussi intenses que ceux rencontrés lors du travail de nuit, et rien ne peut être dit de sa capacité actuelle à prendre en charge des patients en fin de vie, par exemple. En revanche, la reprise de l'activité de travail, la confrontation aux problèmes d'organisation d'un service, l'intégration au collectif de travail, la reconnaissance de la hiérarchie dans sa compétence professionnelle et des collègues par la confiance accordée, ont été essentiels dans la sauvegarde et le maintien de son identité professionnelle d'infirmière, élément indispensable pour un départ à la retraite apaisé.

cas clinique 3

Accompagnement en cours laissant plusieurs issues ouvertes

Philippe, âgé de 57 ans, dirige depuis vingt-huit ans une équipe de 4 personnes. Le médecin du travail le reçoit en urgence à sa demande et également à la demande de son responsable inquiet de la dégradation visible de son

état de santé psychique, accompagnée de propos suicidaires explicites.

→ Lors de cette consultation, le médecin constate un état d'effondrement psychique (désarroi, incompréhension, émotion très vive, perte de ses repères habi-

tuels). D'après Philippe, l'aggravation a été rapide et s'est produite au retour d'une semaine de congé. Il se sentait inhabituellement angoissé à la veille de sa reprise. L'arrêt de travail immédiat s'impose. Le contact est pris avec le médecin traitant. L'arrêt de tra-

vail est d'emblée d'un mois et se poursuit actuellement depuis plusieurs mois.

→ Philippe n'avait aucun symptôme d'ordre psychique jusqu'en septembre de l'année précédente. À cette période, son res-



Syndrome d'épuisement professionnel

ponsable avait déjà alerté le médecin du travail suite à l'apparition de signes de « fatigue et de nervosité » et, comme Philippe le dit lui-même, d'un « ras-le-bol » général et d'une perte de motivation totale. Les symptômes étaient alors moins marqués et n'existaient qu'au travail, avec amélioration de l'humeur dès qu'il n'était plus au travail. L'ensemble de son équipe était atteinte à des degrés divers à la fois du fait du changement de son comportement et d'un contexte

de travail qui avait évolué. Il semblait alors que les évolutions importantes de la manière de travailler aient rendu plus difficile la maîtrise importante qu'il avait auparavant sur son activité et sur la qualité de la production du travail de cette équipe. Le choix a été fait, à ce moment-là, de mener une analyse collective sur les difficultés de cette équipe. La situation professionnelle semblait s'être améliorée et les membres de l'équipe se disaient plus sereins dans leur travail.

Cependant Philippe avait gardé pendant plusieurs mois un sentiment d'usure professionnelle, une perte du plaisir qu'il avait toujours eu vis-à-vis de son travail mais il n'avait pas assez d'énergie pour explorer un changement d'activité. Il a donc continué à assurer son poste pendant dix-huit mois, jusqu'à la survenue de cette décompensation.

En cours d'arrêt de travail, il commence à aller mieux, a pu reprendre un peu d'intérêt pour les

activités extra-professionnelles, mais la moindre évocation du travail et d'un possible retour dans son activité a longtemps déclenché des manifestations anxieuses importantes. Dans son cas, l'épuisement professionnel a été déclaré et reconnu en tant que maladie contractée en service. Il n'est pas envisageable qu'il reprenne son activité antérieure. L'amélioration récente de son état de santé permet d'envisager la reprise à un autre poste ne comportant pas de management.

cas clinique 4

Un retour rapide au travail

Laurence, 35 ans, responsable d'un service d'une soixantaine de personnes, passe au service de médecine du travail pour prendre rendez-vous. Sa non-capacité de réponse à la question de l'assistante médicale sur le caractère urgent ou non de ce rendez-vous alerte cette dernière qui demande au médecin du travail de la recevoir dans la foulée.

→ Laurence est venue parce qu'elle a senti que, ce jour-là en particulier, elle n'était pas « en phase avec elle-même » (discordance entre ce qu'elle veut mettre dans le travail et son état). Elle ne se reconnaît pas. Le matin-même, elle a ressenti un stress inexplicable dans des situations anodines et habituellement bien maîtrisées et a eu le sentiment d'avoir été concentrée et utile pendant une portion infime de la

journée (« efficace » pendant trente minutes cette journée).

→ Depuis plusieurs semaines, elle a senti la situation s'aggraver : des troubles du sommeil récurrents (réveils précoces) ont commencé il y a six mois, elle a de plus en plus de mal à venir au travail et ne parvient à faire le trajet domicile-travail en voiture qu'en « se jetant » dans le travail par le biais du téléphone portable qui se connecte dès qu'elle démarre. Elle est déjà au travail et ne peut plus reculer. Le matin de la consultation, elle s'est surprise à ne plus savoir comment lacer ses chaussures. Le chemin entre le domicile et la voiture lui a paru infranchissable (« impression d'y aller en rampant »). Elle a finalement réussi à partir « en prenant sur elle ».

Son entourage familial s'inquiète depuis un certain temps de sa nervosité, de sa fatigue. Le

contexte professionnel est particulièrement chargé avec des échéances multiples, des attentes d'arbitrage et de validation. Le contexte est également perturbé par le changement du responsable de son service.

→ Elle consulte son médecin traitant le soir-même. Ce dernier lui impose un arrêt de travail de dix jours initialement. L'arrêt sera prolongé encore dix jours. Elle ne prendra aucun traitement psychoactif. Pendant les quelques jours qui ont suivi l'arrêt, elle s'est sentie incapable de prendre la moindre décision, ni de lire. Elle parvenait juste à marcher. À aucun moment il n'a été envisagé autre chose que la reprise de son poste. Avec son accord, le médecin du travail a eu un échange avec son responsable au sujet de la surcharge de travail de sa collaboratrice et des mesures envisageables pour la soulager.

Laurence dit qu'à partir du moment où ce dernier l'a appelée de manière compréhensive et respectueuse, elle a pu prendre plus de recul.

Laurence a repris son poste après vingt jours d'arrêt. La reprise s'est bien passée. Six semaines après, elle a pris trois semaines de congé. La veille de la reprise a été marquée par une appréhension et elle a eu besoin de lister des garde-fous pour ne pas « replonger ». Elle y parvient en partie et pense avoir plus de facilité à « dire non », à poser des priorités.

À distance de la décompensation, elle dit que « c'était peut-être inévitable » mais qu'elle aurait eu beaucoup plus de mal à supporter cette épreuve si son entourage en avait subi les conséquences négatives.



étape 4 Reconnaissance en maladie professionnelle : vadémécum

Maître Fabienne Leconte (fabienne.leconte@leconte-avocats.fr), Nantes

Transmettre une déclaration de maladie d'origine professionnelle auprès de la Caisse de Sécurité sociale emporte des conséquences juridiques pour le patient, dont le statut vis-à-vis de la Caisse, mais également vis-à-vis de l'employeur, ne sera plus le même. Quand et comment faire une telle déclaration ? Pourquoi la faire, ou ne pas la faire ? Quelles conséquences sont attachées à la reconnaissance de l'épuisement professionnel subi en maladie professionnelle ?

L'objet de la présente contribution est de dresser un tableau général. Il ne peut être d'entrer dans tous les détails législatifs ou jurisprudentiels. Il est en conséquence important pour le salarié en situation d'épuisement professionnel de prendre conseil au plus vite. L'utilité d'une telle démarche est de prévenir autant que possible le contentieux en posant les actes adéquats, au moment adéquat, le tout pour aboutir à une réparation satisfaisante.

Pour la reconnaissance du caractère professionnel de la maladie, le médecin joue un rôle primordial : il va diagnostiquer, et établir le ou les certificats médicaux permettant ensuite de déposer le dossier de reconnaissance de maladie professionnelle.

Le bon moment

À quel moment établir une déclaration d'accident du travail ou de maladie professionnelle ?

À la différence de l'accident du travail, qui doit, par principe, être déclaré par l'employeur, la maladie professionnelle doit quant à elle être déclarée par la victime.

- Aux termes de l'article L461-1 du code de la Sécurité sociale, la date à laquelle la victime est informée par un certificat médical du lien possible entre sa maladie et une activité professionnelle est assimilée à la date de l'accident et sert de point de départ aux délais de prescription des droits et actions relatifs aux prestations d'accident du travail ou de maladie professionnelle.

Le code de la Sécurité sociale fixe le délai de déclaration à quinze jours à compter de la cessation du travail. Ce délai est porté à trois mois dans le cas de révision ou d'adjonction de tableau des maladies professionnelles (trois mois courant à

compter de la date d'entrée en vigueur du nouveau tableau)⁽⁶⁾.

- En réalité, aucune sanction n'étant prévue dans le cas où ces délais ne seraient pas respectés, seul compte le délai de prescription dans lequel la victime peut faire valoir ses droits aux prestations⁽⁷⁾. Ce deuxième délai est de deux ans, à compter :

- soit de la date de la cessation du travail due à la maladie (lorsque la victime a déjà été informée par certificat médical du lien possible entre sa maladie et son activité professionnelle) ;
- soit de la date à laquelle la victime a été informée par certificat médical du lien possible entre sa maladie et son activité professionnelle (lorsque cette information est postérieure à la cessation du travail) ;
- soit de la cessation du paiement des indemnités journalières⁽⁸⁾.

- Enfin, depuis l'entrée en vigueur du décret du 7 juin 2006⁽⁹⁾, la date de première constatation médicale est celle à laquelle les premières manifestations de la maladie ont été constatées par le médecin, avant même que le diagnostic ne soit établi. Cette date est fixée par le médecin-conseil. Il est dès lors important d'établir un premier certificat médical, même si le tableau clinique d'épuisement professionnel n'est pas entièrement constitué dans sa forme sévère.

La bonne façon

Le médecin qui établit le certificat médical doit être conscient que le certificat établi risque d'être utilisé en justice et savoir que l'avocat de l'employeur

Syndrome d'épuisement professionnel

À propos de la faute inexcusable de l'employeur

La reconnaissance de la faute inexcusable de l'employeur, ou de ceux qu'il s'est substitués dans la direction, permet à la victime ou à ses ayants droit d'obtenir une majoration de leur rente, et une indemnisation complémentaire au titre de divers préjudices subis et non réparés par la majoration⁽¹¹⁾. A la qualité de substitué de l'employeur toute personne qui dirige le travail et exerce un pouvoir de contrôle et de surveillance (chef de chantier, contremaître...). La jurisprudence n'exige pas qu'il y ait une délégation de pouvoir, il suffit que le salarié exerce, dans son service, un pouvoir de direction sur un autre salarié dans l'exécution des tâches confiées à celui-ci⁽¹²⁾. Il n'est pas non plus exigé que le préposé soit un salarié de l'entreprise⁽¹³⁾.

en sera destinataire. Par conséquent, il est important de ne jamais citer de noms de tiers et de ne jamais évoquer la notion de harcèlement moral. Cette dernière est désormais en France une notion juridique qui ne doit pas être utilisée dans le contexte médical.

Le certificat est remis en main propre au patient, pour faire valoir ce que de droit.

Il doit respecter la règle de prudence, établir un tableau clinique et non une seule mise en lien de symptômes avec un contexte professionnel, qui nécessairement ne résulte que des dires du patient.

Si le patient souhaite ensuite le faire, il établira une déclaration d'accident du travail ou de maladie professionnelle sur un formulaire Cerfa⁽¹⁰⁾. La déclaration ne peut en effet être faite sur papier libre.

Dans l'hypothèse de la maladie psychique, hors tableau, c'est un comité régional de reconnaissance des maladies professionnelles (CRRMP), composé d'experts médicaux, qui statue sur le lien de causalité entre la maladie et le travail habituel de la victime. Le décret du 7 juin 2016 renforce l'expertise médicale de ces affections en prévoyant la possibilité de faire appel à un médecin psychiatre lors de la procédure. L'avis du CRRMP s'impose à l'organisme de Sécurité sociale, mais peut être ensuite discuté devant le tribunal des affaires de Sécurité sociale (TASS).

Intérêt pour la victime

Quel est l'intérêt pour la victime d'établir une déclaration d'accident du travail ou de maladie professionnelle ?

- L'intérêt premier est, en cas de reconnaissance de la maladie professionnelle, d'obtenir une indemnisation de son arrêt et de ses frais de santé dans ce cadre, qui est plus favorable que le droit commun.

- Par ailleurs, et par application de l'article L434-2 du code de la Sécurité sociale, la victime dont la capacité de travail se trouve réduite du fait de son accident ou de sa maladie professionnelle peut prétendre à une rente d'incapacité permanente si elle remplit les conditions requises, ou, à défaut, à une indemnité en capital. Calculée en fonction du salaire de la victime et de son taux d'incapacité, cette rente est versée à partir du lendemain de la consolidation. Celle-ci peut, le cas échéant, faire partiellement l'objet d'une conversion en capital ou rente viagère.

L'attribution d'une rente ouvre, par ailleurs, le bénéfice d'avantages particuliers, notamment en matière de protection sociale.

Cette réparation forfaitaire assurée par la Sécurité sociale interdit à la victime ou ses ayants droit d'engager une action judiciaire dans les conditions du droit commun pour obtenir la réparation intégrale de leur préjudice. La loi prévoit toutefois une réparation complémentaire en cas de faute inexcusable ou intentionnelle de l'employeur (**encadré**).

Dans certains cas, un recours contre un tiers est également envisageable.

Une telle action en reconnaissance de faute inexcusable ne peut être envisagée si la maladie professionnelle n'est pas reconnue. Cette reconnaissance est une première étape impérative.

- Enfin, le salarié reconnu affecté d'une maladie professionnelle bénéficie, au sein de l'entreprise, d'un statut protecteur : protection renforcée contre le licenciement (avec notamment une obligation de reclassement renforcée) et, en cas de licenciement, meilleure indemnisation de la perte de l'emploi (indemnité spéciale de licenciement et indemnité compensatrice de l'indemnité compensatrice de préavis).

Autres procédures

D'autres procédures peuvent être envisagées dans l'hypothèse d'un syndrome d'épuisement professionnel, pour lesquelles la reconnaissance de la maladie professionnelle n'est pas impérative.

- Ainsi, une procédure prud'homale peut être envisagée, fondée sur l'atteinte à la santé et à la sécurité, le non-respect par l'employeur de ses obligations envers le salarié, l'exécution déloyale du contrat, ou encore le harcèlement moral. Même si ce dernier n'est pas, par la juridiction, considéré comme constitué envers le salarié, le salarié n'est pas sans argument dès lors que l'employeur aurait violé envers lui l'une de ses obligations fondamentales.

Sur ces fondements, la rupture du contrat de travail peut éventuellement, en fonction des situations, et des pièces que le salarié parviendra à réunir, être envisagée, *via* une prise d'acte de la rupture du contrat de travail, une demande de résiliation judiciaire du contrat, ou un licenciement pour inaptitude. Un licenciement pour inaptitude, s'il est reconnu comme étant le résultat de manquement antérieurs de l'employeur, pourra être qualifié de licenciement dénué de cause réelle et sérieuse. L'indemnisation en résultant sera éventuellement impactée par la reconnaissance d'une maladie professionnelle, si bien qu'il est préférable, avant d'engager toute procédure, d'avoir pris conseil auprès d'un avocat.

- Pour envisager une action pénale, il faut qu'une infraction pénale puisse être reprochée à l'employeur. Le harcèlement moral ou sexuel en est une. Il convient toutefois de mesurer, avant de déposer une plainte, les effets positifs que la

victime en attend (en termes de réparation symbolique ou pécuniaire...) et les effets négatifs qu'elle en subira (difficulté d'établissement de la preuve, longueur de la procédure, paralysie des autres procédures le temps de la procédure pénale, pour exemples).

Prendre conseil au plus tôt

S'il est un domaine dans lequel les procédures sont imbriquées et ont des résonances les unes sur les autres, c'est bien celui de la reconnaissance de la maladie professionnelle. Il est ainsi prudent pour le patient de prendre conseil au plus tôt, afin de déterminer les procédures envisageables, leurs incidences les unes sur les autres, et ainsi déterminer sa stratégie en fonction du but qu'il poursuit (maintien ou non de la relation de travail, indemnisation du préjudice subi...).

L'auteure déclare n'avoir aucun lien d'intérêts.

1. Code de la Sécurité sociale, article L461-1, alinéa 2.
2. Loi n° 93-121, 27 janvier 1993.
3. Code de la Sécurité sociale, article L461-1, alinéa 3.
4. Code de la Sécurité sociale, article L461-1, alinéa 4.
5. Décret n° 2016-756 du 7 juin 2016.
6. Code de la Sécurité sociale, art. L. 461-5 et R. 461-5.
7. Cass. soc. 14 janv. 1993, n° 90-18.110, n° 40 P ; Circ. CNAMTS n° 19-2000, 21 avr. 2000.
8. Code de la Sécurité sociale, art. L. 431-2, L. 461-1 et L. 461-5 ; Rép. min. n° 5250 : JOAN Q, 22 févr. 1999, p. 1070 ; Circ. DSS/4B n° 2000-45, 26 janv. 2000.
9. Décret n° 2016-756 du 7 juin 2016 : JO 9, et article D 461-1-1 du code de la Sécurité sociale.
10. www.ameli.fr
11. Code de la Sécurité sociale, article L452-1.
12. Cass. soc. 23-5-1991 n° 89-18294.
13. Cass. soc. 14-11-1991 n° 90-14065 : RJS 2/92 n° 202.

De la spécificité des consultations de souffrance au travail

Dr Brigitte Font Le Bret (dr.font-le-bret@wanadoo.fr), psychiatre, expert près la cour d'appel du tribunal de grande instance de Grenoble, expert près la cour administrative d'appel de Lyon

Avant de décrire la spécificité des consultations de souffrance au travail, il semble important de rappeler l'historique de l'étude des liens entre souffrance et psychisme car la déferlante actuelle des articles, reportages, formations pourrait laisser à penser que nous avons à faire à une nouveauté. Dès 1950, des psychiatres se sont intéressés à cette problématique. La lecture de leurs travaux, notamment ceux du Dr Louis Le Guillant⁽¹⁾, montre qu'ils n'ont pas pris une ride.

On peut y lire une description très fine de l'activité du travail : les téléphonistes, les bonnes, les conducteurs SNCF... et les constats faits : plus de demandes de congés longue maladie pour les téléphonistes, des admissions en service hospitalier pour tentatives de suicide. Ceux que l'on nomme les *pionniers de la psychopathologie du travail* se posaient les mêmes questions que nous : création d'un tableau professionnel ou non, création d'un corps de « psychiatre du travail », tous avaient des liens privilégiés avec les autres acteurs du monde du travail : médecin du

travail, ergonomes, syndicalistes. Relire ces écrits permet de penser le travail en prenant du recul et de comprendre les spécificités des consultations.

Première spécificité : recueil minutieux de l'activité de travail

L'accueil d'un patient en souffrance au travail demande du temps, elle doit commencer par un recueil très précis de tout ce qui concerne sa profession. Il est impossible de se contenter d'une représentation du métier qui sera de toute manière erronée ou incomplète.

Syndrome d'épuisement professionnel



Accompagner le patient sur le plan thérapeutique et l'aider à se projeter sur son devenir

Les conseillers prud'homains, les juges des cours d'appel et le tribunal administratif tiennent de plus en plus compte du recueil minutieux de l'activité de travail pour rendre leurs avis. Rappelons que certains procès ont porté essentiellement sur la dangerosité d'un type de management (exemple du *benchmark* dans le secteur bancaire et des horaires de travail non encadrés dans le secteur automobile).

Le patient est souvent surpris par ce premier temps de la consultation, il a souvent peur du secret professionnel, il aura beaucoup de mal pour citer, par exemple, le nom de l'entreprise ou de l'administration pour laquelle il travaille. Nous devons le rassurer sur le secret médical.

Le patient trouve parfois anodin de parler de ce qui lui apparaît comme des détails. Il est plus enclin à parler des rapports interpersonnels et c'est sur ce sujet qu'il faut être intransigeant. Non, la souffrance ne vient pas d'un pervers narcissique caché dans un bureau, d'une collègue jalouse... elle est le fruit d'une organisation du travail qui n'arrive plus à absorber ce qui se faisait naturellement avant l'intensification du travail. Le collectif du travail savait gérer ce type de problème, monter le ton n'était pas vécu comme du « harcèlement » mais il exprimait la conflictualité inhérente au travail. C'est cette impossibilité aujourd'hui de parler du travail sur le lieu du travail sans peur qui génère dans la plupart des cas les souffrances au travail. On vient parler du travail chez le médecin, chez le psychologue, chez un coach, mais que sont devenues les réunions d'équipe, les supervisions, les espaces de paroles réduits à une peau de chagrin avec les 35 heures. Le café est pris le plus souvent seul devant son écran, plus de temps de convivialité autour des anniversaires, mariages ou naissances.

Les données à recueillir sont nombreuses, comment le patient a-t-il été embauché, quelle est son ancienneté dans l'entreprise ou l'administration, l'organigramme, la fiche de poste, les évaluations annuelles, les modifications récentes et c'est souvent là que s'ouvre une porte d'entrée pour l'appropriation par le patient de son histoire au travail : « *Ah, oui ! c'est à partir de cette date que tout a changé.* » Cette phrase permet souvent au patient de penser qu'il n'y a pas eu que du mal dans son lieu de travail et cela va donc l'aider sur le plan thérapeutique.

Cette appropriation va le mettre sur la voie de ce qui explique le plus souvent les souffrances au travail : la découverte d'une nouvelle stratégie d'entreprise ou de mode de management. Ces changements auront des répercussions différentes chez les uns et les autres ; le patient peut le plus souvent, à partir de là, changer son point de vue, se déculpabiliser sur le fait qu'il n'est pas assez réactif ou trop vieux... et s'expliquer certaines réactions de ses collègues.

Ces échanges autour du travail font du bien au patient, le fait que son médecin prenne du temps pour comprendre son métier est important pour retrouver l'estime de soi dans un moment difficile au cours duquel on en ressent une perte. La description fine du travail ne nous plonge pas dans le monde du travail, mais dans le travail du patient, le sien, unique par définition car on n'aborde pas cette problématique par la généralité, la fiche métier ou un questionnaire. Les mots pour parler de son travail sont d'une richesse clinique impressionnante. Chaque jour, chaque heure, chaque minute sont différentes, c'est la nature même du travail, même si certains rêvent de le cadrer par des procédures. C'est l'écart entre le travail prescrit et le travail réel qui va donner de la respiration ou de l'oppression à celui qui le fait. La résistance au réel et les solutions trouvées sont l'essence même du travail : chacun(e) d'entre nous laisse là son empreinte au sens où le philosophe Georges Canguilhem⁽²⁾ l'écrivait : « *Je me porte bien dans la mesure où je me sens capable de porter la responsabilité de mes actes, de porter les choses à l'existence et de créer entre les choses des rapports qui ne leur viendraient pas sans moi.* » Qui à ce jour peut faire sienne cette formulation, combien de vies perdues à cause de cette impossibilité de mettre en œuvre tout ce que nous projetions dans notre travail et l'empreinte que nous désirions y laisser ?

Seconde spécificité : présenter « le champ des possibles »

La seconde spécificité des consultations de souffrance au travail (ou pourrait-on écrire la seconde nécessité) est la connaissance du droit médical. En effet, parfois, dès la première consultation, il va falloir établir un arrêt de travail. C'est le médecin qui le prescrit mais les conséquences de cet arrêt sont tellement importantes qu'il faut être sûr que le patient est capable de « porter cet arrêt ». Si ce n'est pas le cas, si le patient présente un effondrement trop important, il vaut mieux temporiser par un arrêt maladie ordinaire ; une requalification en accident du travail ou maladie professionnelle pourra se faire dans un second temps.

Il est important de savoir que la réception par un employeur ou une administration d'un CERFA violet va provoquer une réaction. Nous devons donc faire attention à notre propre désir, « celui de faire reconnaître ce que l'on estime une injustice », et ce que peut et veut faire le patient. C'est sa santé psychique et physique qui est prioritaire. La décision de demander une reconnaissance d'un lien entre un état de santé et le travail exige d'avoir fait un diagnostic différentiel. Certains patients atteints d'un délire de type paranoïaque en secteur viennent à nos consultations et nous comprendrons très vite notre erreur d'appréciation si nous n'avons pas été rigoureux sur la clinique psychiatrique : en témoigneront, au cours des semaines suivantes, la longueur des mails reçus, les appels téléphoniques, voire des menaces...

Une situation tout à fait particulière est à prendre en compte : celle de la fonction publique. En effet, un fonctionnaire ayant un antécédent psychiatrique, même remontant à plus de dix ans, ne peut prétendre à une maladie imputable au service (MIS). Il existe une complexité et des différences très importantes entre le code de la Sécurité sociale et le code de la fonction publique et ne pas utiliser la démarche adéquate provoque un imbroglio juridique qui peut conduire très vite à une paupérisation du patient.

La meilleure attitude est donc à mon avis d'avoir une culture générale de droit médical et, à défaut, d'orienter le patient vers un autre confrère si l'on ne maîtrise pas suffisamment ces aspects. En tout état de cause, nos consultations doivent amener le patient à être porteur de son histoire médicale et à choisir ce qui est bon (ou le moins mauvais pour lui). Là aussi, trop souvent des conseils sont donnés alors que ce n'est pas le rôle d'un médecin de savoir s'il vaut mieux

une rupture conventionnelle ou une résiliation judiciaire du contrat de travail. Notre rôle est de présenter ce que je nomme « le champ des possibles », de lister les acteurs du monde du travail et de laisser notre patient aller à leur rencontre. Notre culture juridique nous servira à accompagner notre patient une fois son choix fait. Savoir que la justice prud'homale en province met souvent plus de trois ans à conclure car il y a de plus en plus d'appel, voire de pourvoi en cassation, est important car le temps du soin ne coïncide plus comme avant au temps de la justice. En matière de Sécurité sociale, les recours en expertise simple type L141 peuvent mettre plus de six mois à aboutir (le patient ne perçoit plus d'indemnités journalières pendant ce temps), le tribunal des affaires de Sécurité sociale a plus d'un an de retard en province, c'est une donnée également à intégrer. Pour les fonctionnaires, le tribunal administratif a quant à lui un délai de réponse de l'ordre de deux ans.

Il sera donc important d'accompagner notre patient sur le plan thérapeutique, mais il ne faut pas attendre la reconnaissance ou non de sa demande de

Le code de la Sécurité sociale et celui de la fonction publique différent

pathologie professionnelle et lui permettre de se projeter en parallèle sur son devenir. D'autant que ce sont souvent des patients jeunes et loin de l'âge de la retraite qui viennent nous consulter.

Sans oublier l'impératif de pluridisciplinarité

Si l'on représente le travail sous la forme d'un cube qui comporte six faces, chacun de nous ne peut en voir que trois, prétendre que ce sont les plus importantes serait un manque de modestie, tourner autour du cube pour voir les 6 faces serait également une erreur car on ne peut à la fois être avocat, médecin du travail, inspecteur du travail ; il va donc falloir apprendre à travailler en pluridisciplinarité en respectant le métier de chacun pour mieux approcher le travail dans sa complexité et sa place dans notre société. Pour nous, médecins, ne pas oublier que c'est « l'écho pathétique » au sens de Canguilhem qui fonde notre discipline pour soulager au mieux la souffrance de nos patients. •

L'auteure déclare n'avoir aucun lien d'intérêts.

1. Louis Le Guillant, préface d'Yves Clot. Le Drame humain du travail. Essai de psychopathologie du travail. Éditions Érès.

2. Georges Canguilhem, Le Normal et le Pathologique. PUF.

Soigner sans périr : préserver la santé des soignants

Dr Patrick Mir (p.mir@ch-lvo.fr), médecin du travail, centre hospitalier Loire Vendée Océan, Challans

Dans une société en profonde mutation, notre système de santé, confronté à une limitation de ses ressources, doit évoluer et relever un triple défi : améliorer l'état de santé de la population, garantir des soins de qualité au meilleur coût, tout en préservant la santé des soignants. Le parcours n'est pas sans obstacles à en croire l'accroissement du taux d'absentéisme à l'hôpital qui atteint 10 à 14 % selon la taille des établissements⁽¹⁾, l'abandon prématuré de la profession par les paramédicaux⁽²⁾, la désaffectation de la filière de médecine générale au terme de l'examen national classant, le profond mal être des étudiants de 2^e cycle des études médicales et des jeunes médecins⁽³⁾, les taux annoncés de professionnels du soin en épuisement professionnel⁽⁴⁾ et la sur-incidence du suicide dans la population médicale⁽⁵⁾.

Un regard sur le syndrome d'épuisement professionnel des soignants apporte des éléments de réponse aux trois questions que pose ce constat alarmiste.

Quelle contribution de l'activité à l'atteinte à la santé des soignants ?

L'approche étiologique du syndrome d'épuisement professionnel est multifactorielle mais, chez les professionnels de santé, certains facteurs de risque prennent une place prépondérante dans son installation.

La charge de travail

L'activité professionnelle des soignants cumule les contraintes : horaires irréguliers, travail de nuit et gardes impactant la vie privée, permanence des soins avec fortes amplitudes horaires, réorganisations permanentes, réduction des effectifs, exposition à des situations émotionnellement exigeantes (encadré 1), responsabilité, peur de l'erreur et de ses conséquences, envahissement des tâches administratives, exigences, voire agressivité des patients. Cette surcharge physique et psychique qui concerne toutes les catégories professionnelles soignantes est un facteur de risque d'épuisement^(6,7). En secteur libéral, l'inégale répartition de l'offre de soins sur le territoire et la désertification de certains secteurs conduit au surinvestissement. La nature solitaire des décisions, la difficulté à déléguer favorisée par une grande autonomie et l'absence de régulation par le travail en équipe majore le risque.

1. Charge émotionnelle des soignants : parole de sage

« Si au contact de ceux qui endurent de grandes souffrances vous sentez que la communication s'instaure, si vous vous sentez démoralisé et exténué, il est préférable pour le bien de chacun de prendre du recul et de reconstituer vos forces ».
Dalaï Lama, L'Harmonie intérieure.

Le sentiment de non-reconnaissance

La reconnaissance, rétribution symbolique de la contribution, est un pilier de l'épanouissement professionnel. Sa quête mobilise parfois jusqu'à l'épuisement. Les professions de santé font partie des métiers considérés comme gratifiants. Pourtant, une récente enquête menée en ligne auprès de chirurgiens hospitaliers relevait chez 40 % d'entre eux un sentiment de déclassement et d'absence de reconnaissance sociale. Comment expliquer la défaillance de ce pilier identitaire pouvant mener à l'épuisement professionnel ? Présente dans le texte d'Hippocrate, fondateur de la déontologie médicale, et évoquée solennellement lors de la prestation de serment à l'entrée dans la profession médicale, la reconnaissance contribue de façon majeure à la construction du sens du travail et à l'estime de soi.

En psychodynamique du travail, cette reconnaissance passe par deux formes de jugement :
– le jugement d'utilité à caractère technique, économique ou social, formulé par la hiérarchie, les subordonnés ou parfois les patients. Il porte sur la contribution au travail et repose le plus souvent sur des notions de performance, d'efficacité, de compétitivité ;
– le jugement de beauté. Il porte sur la qualité du travail. Véritable reconnaissance du savoir-faire par les pairs, il fait appel aux valeurs collectives, dites de métier, de plus en plus sacrifiées par l'évolution des organisations de soin. Chez les médecins, la recherche de la gratitude des patients vient souvent se substituer à la recon-

naissance des pairs. Mais la confrontation à une patientèle de moins en moins respectueuse et aux exigences consuméristes expose au « déni de reconnaissance » et au surinvestissement, porte d'entrée dans le syndrome d'épuisement professionnel⁽⁷⁾.

La perte de sens : du désenchantement au questionnement éthique

L'innovation thérapeutique, l'hyper-technologie, la révolution numérique, la réflexion éthique sur la dépendance et la fin de vie, les nouvelles dispositions sur le droit des malades, l'approche comptable de la maîtrise des coûts bouleversent l'exercice médical. Les protocolisations et les procédures de traçabilité se multiplient sous la pression des démarches qualité et de l'exigence médico-légale. Cette formalisation, parfois décentrée de l'intérêt des patients, qui envahit l'activité, creuse un fossé entre les valeurs professionnelles et l'évolution des pratiques contribuant à démobiler les soignants⁽⁸⁾.

On peut mieux comprendre la perte de sens du travail, omniprésente dans le discours des soignants en situation d'épuisement professionnel, en déclinant le soin dans ses deux dimensions : le « *cure* » qui couvre les soins dit curatifs à caractère technique et le « *care* » qui concerne les soins relationnels (encadré 2).

Quelles conséquences pour les soins prodigués aux patients ?

La santé des patients dépend aussi de celle des soignants et il a été démontré que la fatigue chez les médecins généralistes réduit la pertinence de leurs prescriptions⁽¹⁰⁾. En vidant le professionnel de ses ressources personnelles, l'épuisement amène à la mise en place de stratégies de compensation inadaptées qui compromettent la sécurité du patient. L'altération des facultés cognitives, parfois majorée par des addictions ou la prise de psychotropes, entraîne une diminution des capacités de concentration et des difficultés à évaluer les situations qui conduisent à des attitudes inadaptées, à des prises de décisions inopérantes, voire risquées, source d'erreurs. Si l'épuisement est source d'erreurs, les erreurs, en influant sur les pratiques professionnelles et le rapport au métier, sont elles-mêmes un facteur d'épuisement faisant du soignant une « seconde victime »⁽¹¹⁾. Dans une étude américaine évaluant l'impact de la santé des soignants sur la

2. Quand le « *cure* » vainc le « *care* »

Le système de tarification des actes compromet le « *care* », non codifiable, en survalorisant le « *cure* » objectivable et économiquement productif au détriment de la dimension humaniste du soin. Ainsi, l'attention portée à autrui qui caractérise les soins relationnels réputés chronophages est de plus en plus souvent sacrifiée au nom de l'efficacité engageant les soignants, parfois malgré eux, dans des comportements inadaptés, altérant l'image qu'ils ont d'eux-mêmes. Le questionnement éthique se pose avec d'autant plus d'acuité que la dégradation des conditions de travail impose des dérogations aux règles établies. Conscient de ne pas pouvoir faire du « bon travail », le soignant réalise qu'il est désormais contraint de mal le faire en prêtant son concours à des actes qu'il réprouve. Ce sentiment de trahison entraîne une dégradation du sentiment d'accomplissement personnel pouvant conduire au suicide⁽⁹⁾.

CONTACTS UTILES

ASRA

Réseau d'Aide aux Soignants de Rhône Alpes

0 805 62 01 33

contact@reseau-asraa.fr

AAPML

Association d'Aide aux Professions de santé et Médecins Libéraux

0 826 00 45 80

CFAR

Collège Français des Anesthésistes Réanimateurs

0 860 00 69 62

smart@cfar.org

24h/24
7j/7

sécurité des soins, les auteurs démontrent le lien entre le nombre d'infirmières en épuisement professionnel et le taux d'infections nosocomiales⁽¹²⁾.

La déshumanisation consécutive à l'épuisement émotionnel et au syndrome de dépersonnalisation porte également atteinte à la qualité de la relation de soins. Cette dégradation peut aboutir, dans son expression ultime, à une véritable « réification » de l'autre constituant une atteinte à la dignité et au respect de la personne. On voit ainsi comment dans un environnement de travail dégradé, consécutif à la maîtrise de la masse salariale imposée par les tutelles, l'épuisement professionnel peut faire le lit de comportements malveillants, voire maltraitants⁽¹³⁾.

Syndrome d'épuisement professionnel

Comment prévenir, dépister et prendre en charge ?

Chez les professionnels de santé, l'intérêt d'une prévention et d'une prise en charge fait son apparition dans le débat sur le syndrome d'épuisement professionnel. La sensibilisation passe par la formation professionnelle et par la diffusion d'une information validée sur ce syndrome, les facteurs de risque et de protection, les outils d'autoévaluation, l'incidence élevée dans la profession. Nos confrères suisses recourent également à la diffusion de témoignages de soignants ayant vécu un épuisement professionnel.

- D'installation progressive (v. l'article de Marie-Pierre Guiho-Bailly), le syndrome d'épuisement professionnel se révèle souvent brutalement sous l'effet d'un événement déclenchant alors qu'existaient auparavant des signes avant-coureurs non identifiés ou négligés. Le taux d'incidence dans la population médicale s'explique en grande partie par une défaillance du repérage des facteurs de risque et des signes d'alerte qui permettent une prise en charge précoce. La surveillance médicale des professionnels relève des services de santé au travail. Chez les professions de santé, deux catégories échappent à cet accompagnement : les libéraux qui ne sont pas inclus dans le dispositif et les médecins, qu'ils soient salariés ou travailleurs indépendants, qui s'y dérobent.

Au sein de l'Assistance publique des Hôpitaux de Paris, un groupe de travail a été chargé de réfléchir à la qualité de vie des médecins et à son retentissement sur la prise en charge des patients. Dans ses recommandations, le groupe de travail place la médecine du travail au cœur du dispositif de prise en charge et de prévention. Il rappelle que tous les praticiens en exercice ou en formation, quel que soit leur statut, sont concernés. La situation des travailleurs indépendants et leur isolement rendent difficile le repérage des professionnels en difficulté. Consciente de cette carence, les sociétés d'assurance et les institutions professionnelles (CNOM, CARMF, URPS) se sont mobilisées et ont mis en place, à l'image du modèle suisse (ReMed, <http://www.fmh.ch/fr/rem/remed.html>), des réseaux régionaux de soutien (Aide aux soignants de Rhône-Alpes [ASRA, <http://reseau-asra.fr/>], Association d'aide aux professionnels de santé & médecins libéraux [AAPML,

<http://www.aapml.fr/>]) pour aider les praticiens à rompre leur isolement et à demander de l'aide. Le Collège français des anesthésistes-réanimateurs (CFAR) propose aux professionnels de la spécialité en souffrance des autotests en ligne sur son site (www.cfar.org).

L'hygiène de vie, la sauvegarde de la vie sociale et familiale sont des facteurs de protection bien identifiés par la génération des étudiants et des jeunes médecins qui revendiquent également, au nom d'un exercice médical qui préserve une qualité de vie, une surveillance annuelle régulière spécifique par la médecine du travail ou la médecine préventive universitaire⁽³⁾.

- En cas d'échec de la prévention et du dépistage précoce, la prise en charge de la décompensation est longue et pluridisciplinaire. Chez les médecins, le déni, l'évitement par manque de temps retardent le diagnostic. Tout médecin peut devenir malade et cette mutation impose de sa part un renoncement à son statut et une délégation de soins qui tarde souvent à s'installer car l'épuisement est vécu comme un signe d'insuffisance personnelle⁽¹⁴⁾. L'arrêt prolongé de l'activité, souvent difficile à faire accepter, est indispensable à la prise de distance. La reconstruction passe par une aide à la compréhension des mécanismes de la rupture. Une prise en charge médicale s'impose, associée selon les cas à un accompagnement psychothérapeutique, des psychotropes et au recours à une consultation spécialisée de pathologie professionnelle. La reprise d'activité nécessitera une anticipation du retour au travail afin de permettre la mise en place d'aménagements organisationnels.

Du bien-être des soignants à la qualité des soins aux patients

Bien faire et bien-être sont indissociables et, dans le contexte d'exigence de performance, le bien-être au travail est une ressource mobilisable à fort potentiel. Le syndrome d'épuisement professionnel des soignants conceptualise le lien entre santé et travail. Son coût pour la collectivité, ses conséquences sur la santé des soignants et la prise en charge des patients sont des arguments pour une réelle politique de prévention qui peut apporter une contribution encore mal évaluée à l'amélioration de la qualité de la prise en charge des patients. •

L'auteur déclare n'avoir aucun lien d'intérêts en rapport avec l'article.

1. Bami L, Damart S, Detchessahar M, et al. L'absentéisme des personnels soignants à l'hôpital: comprendre et agir. Presses des Mines, 2014, 156 p.
2. Estryn-Behar M. Santé et satisfaction des soignants en France et en Europe. Rennes : Presses de l'EHESP, 2008, 383 p.
3. La santé des étudiants et jeunes médecins. Rapport de la commission des jeunes médecins du CNOM, 2016. <https://www.conseil-national-medecin.fr/node/1726>
4. Canoui P. La souffrance des soignants : un risque humain, des enjeux éthiques. Revue internationale de soins palliatifs, 2003;2(18):101-4.
5. Leopold Y. Suicide et souffrance du médecin. Médecine. 2015;11(9):391-3.
6. Olié JP, Légeron P. (Rapporteurs). Le burn out. Rapport de l'Académie nationale de médecine, février 2016.
7. Zawieja P. Le burn out. Paris: PUF, 2015, 126 p.
8. Estryn-Behar M, Leimdorfer F, Picot G. Comment les hospitaliers apprécient leurs conditions de travail. Réponses aux questions ouvertes d'une enquête nationale. Revue française des affaires sociales, 2010 (4):27-52. URL : www.cairn.info/revue-francaise-des-affaires-sociales-2010-4-page-27.htm.
9. Dejours C. Le choix, souffrir au travail n'est pas une fatalité. Paris: Bayard, 240 p.
10. Linder J, Doctor J, Friedberg M, et al. Time of day and the decision to prescribe antibiotics JAMA Internal Medicine, 6 octobre 2014
11. Galam E. L'erreur médicale, le burn out et le soignant. De la seconde victime au premier acteur. Springer, 2012, 250 p.
12. Cimotti JP, Aiken LH, Sloane DM, et al. Nurse staffing, burnout, and health care-associated infection Am J Infect Control. 2012 Aug; 40(6):486-90.
13. Canoui P, Mauranges A. Le burn out à l'hôpital. 4^e éd. Issy les Moulineaux: Masson, 2012, 240 p.
14. Bonneaud S. Le médecin malade: un patient comme les autres? Thèse de médecine. Université Paris VII, 2011, 130 p.

« Arrêter, prescrire » mais pas seulement...

Propos recueillis par **Brigitte Némirovsky**

Situé au carrefour de diverses problématiques, toutes intrinsèquement complexes (nosologique, clinique, médico-administrative, sociale, organisationnelle), le syndrome d'épuisement professionnel relève d'une prise en charge coordonnée inconcevable sans l'intervention de cliniciens spécialisés. Partant de ces problématiques, Marie Pezé (mmpeze@gmail.com), docteur en psychologie, ancien expert judiciaire, décrit les pistes d'amélioration possible du parcours de soins des patients souffrant de ce syndrome.

Le premier problème est d'ordre nosologique : « La terminologie du burn out est surutilisée (un peu comme le fut le harcèlement moral à une époque), toutes sortes de plaintes s'engouffrant dans ce concept qui perd ses qualités d'origine », explique Marie Pezé. Réservé initialement à des personnes impliquées dans la relation de soins au sens large, le burn out gagne tous les secteurs professionnels et socio-économiques alors que le triptyque princeps (MBI) n'est pas forcément retrouvé en dehors de la relation de soin. Ainsi, il conviendrait d'aligner notre attitude sur celle des pays du nord de l'Europe qui parlent de syndrome d'épuisement professionnel, pour ne pas tout mélanger (par exemple avec le burn out de l'étudiant, de la mère de famille...).

Ces restrictions viennent essentiellement de la récupération politico-médiatique du concept ; cette surutilisation empêche d'introduire des nuances, surtout pour les cliniciens du travail, confrontés sur le terrain essentiellement à des conflits éthiques. « Cette perte en finesse de la panoplie clinique n'incite pas les pouvoirs publics à finaliser de manière pragmatique un parcours de soins cohérent. Il y a une forme de continuum dans les signes cliniques allant des premières manifestations du stress aux premiers éléments de dysfonctionnement cognitif, jusqu'à ces formes les plus graves que sont la mort subite au travail ou bien le suicide. Dans ce continuum, plutôt que de parler de burn out pour tout cet éventail sémiologique, il est préférable de rajouter des intitulés cliniques plus fins. »

En l'absence d'inscription dans un tableau de maladie professionnelle

La nécessité d'une analyse clinique fine est renforcée par les conclusions d'un récent colloque

organisé à la Cour de cassation (27 octobre 2016), lequel portait sur les pathologies psychiques au travail et la faute inexcusable de l'employeur : « Les représentants de la Caisse nationale d'assurance maladie, les magistrats, les avocats se sont accordés pour considérer qu'il n'y aurait jamais de tableau spécifique maladie psychique, mais qu'il existe déjà actuellement une solution médico-juridico-administrative pour éviter d'engager les patients dans des impasses risquant de les placer dans des situations de précarisation, même si l'option d'une reconnaissance en maladie professionnelle peut paraître enthousiasmante sur le plan médico-politique. » Cette solution est la déclaration d'accident du travail, sous l'intitulé ESA (état de stress aigu, lettre réseau LR-DRP_16/2011) permettant de décrire et consigner les différentes situations (la secrétaire dont l'entretien d'évaluation s'est mal passé et qui craque, le cadre qui éclate en sanglots au cours de la réunion, l'infirmière qui renverse son chariot de pansements...). « C'est en ce sens que nous avons proposé un nouveau guide du médecin généraliste sur le site "Souffrance et Travail" (www.souffrance-et-travail.com/), lequel reprend notamment la lettre-réseau de la CNAM ; ce document reçu par les médecins-conseils demandait que ces pathologies montantes soit déclarées en accident du travail sous l'intitulé ESA. Idéalement, cette pratique devrait aller au-delà de la simple lettre-réseau et s'inscrire dans des textes juridiques. Je pense que la commission sur l'épuisement professionnel va s'orienter vers cette solution plutôt que vers la reconnaissance du burn out en maladie professionnelle. L'essentiel étant bien sûr que le salarié soit pris en charge à 100 %, ce que couvre la prise en charge en accident du travail », précise Marie Pezé.



Marie Pezé

Syndrome d'épuisement professionnel

En l'absence de communication entre les caisses

« Cependant, pour sécuriser nos patients, il demeure un point purement administratif fondamental, précise Marie-Pezé : si un patient est dans l'incapacité de retourner au travail tant son état, physique et mental, est détérioré, seul l'arrêt maladie simple lui permet de percevoir des indemnités journalières de la Sécurité sociale complétées par sa prévoyance. Si le médecin-conseil décide de le passer en invalidité 2^e catégorie, il touchera 70 % de son salaire et il bénéficiera alors du système de prévoyance pour compléter. On oublie trop souvent que dans le cadre d'une reconnaissance en maladie professionnelle pour burn out par la caisse AT/MP (après passage devant le CRRMP), le patient salarié se trouve pénalisé car sa rente est forfaitaire, liée à des barèmes, et le diagnostic de burn out déjà utilisé pour la maladie professionnelle ne pourra pas être utilisé pour l'obtention d'une invalidité dans le régime d'assurance maladie. Les deux caisses, AT/MP d'une part et assurance maladie d'autre part sont des entités séparées. » Les magistrats de la Cour de cassation l'ont rappelé au cours du colloque : on est mieux indemnisé si on a un accident de la voie publique que si on a un accident du travail. « Ces données pragmatiques doivent être rappelées : si on veut à tout prix établir une imputabilité à l'entreprise, en cas de crise psychique aiguë, la bonne stratégie médico-administrative de protection des revenus immédiats du patient, est la déclaration d'accident du travail (ESA) ; mais si la situation s'aggrave, il faudra utiliser un autre diagnostic (dépression par exemple), pour rentrer dans le cadre d'une invalidité 2^e catégorie ». Chaque cas clinique impose donc une bonne évaluation de la situation du patient.

Des tests de dépistage précoce du burn out sont validés



Dépistage plus précoce et coopération renforcée

Les autres pistes d'amélioration du parcours de soins reposent encore « malheureusement sur l'hypothèse que l'on va réussir à faire en sorte que les salariés aillent consulter le plus rapidement possible ». En pratique, le médecin généraliste, qui suit ses patients sur le long terme, peut largement être contributif en affichant la liste des symptômes du burn out dans la salle d'attente de son cabinet, en faisant passer régulièrement à ses patients des tests de dépistage validés (disponibles notamment sur le site souffrance-et-travail.com) dès lors qu'il voit que leur état de fatigue s'accroît. En effet, dans le cas d'une prise en charge précoce, un arrêt maladie d'un ou deux mois peut suffire.

Ensuite, bien évidemment, contribuer à améliorer le parcours de soins, « c'est se souvenir que la coopération de tous les intervenants potentiellement concernés est indispensable » : « arrêter et prescrire » ne suffit pas... il faut absolument que le temps de l'arrêt maladie soit un temps productif où sont organisés : un rendez-vous avec le médecin du travail pour un entretien de « pré-reprise », afin de permettre au salarié de discuter avec lui de l'origine de ce burn out, et surtout un contact entre le médecin généraliste et le médecin du travail pour aborder différents points (adaptation possible du poste, bonne foi de l'entreprise, marge de manœuvre réelle du médecin du travail ou bien aucune). Autant de problématiques complexes devant être considérées au cas par cas et nécessitant des liens étroits entre les cliniciens.

Rôle majeur du « clinicien du travail » et du juriste

« Il faut donc que le généraliste surmonte sa réticence à considérer le médecin du travail comme « un vrai clinicien » et non pas comme « un sous-clinicien » non prescripteur. Il convient de se souvenir que si le médecin du travail n'est pas un prescripteur, il est le clinicien du travail : il sait ce qui se passe sur le terrain, il connaît les pathologies du travail, il connaît l'organisation du travail dans l'entreprise ; et de cette communication peut résulter une bien meilleure coopération et l'émergence de connaissances très en amont sur la meilleure stratégie possible », insiste Marie Pezé.

Si l'entreprise est de mauvaise foi, si l'organisation du travail est pathogène, que le médecin du travail le confirme et qu'il confirme qu'il n'a pas de marge

de manœuvre, qu'il n'est pas écouté, il faut réfléchir pendant l'arrêt maladie à la sortie du contrat et mettre dans la boucle un avocat conseil, quel que soit le choix de la sortie (inaptitude à tout poste, négociation de départ, prise d'acte de la résolution du contrat). Là encore, seul un spécialiste, le juriste, peut, en discutant avec le patient, trouver la meilleure solution.

L'arrêt maladie, l'occasion « d'une parenthèse active »

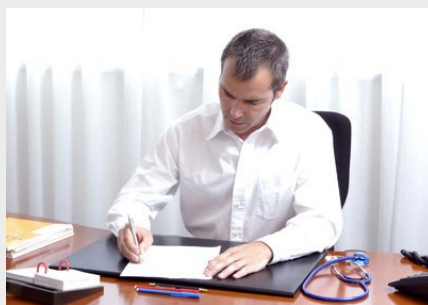
« Il faut que le généraliste soit mieux informé sur le fait que pendant l'arrêt maladie, si on a pris la décision que le patient ne reprendrait pas son poste, la loi lui permet de faire un bilan de compétences, et/ou une formation. » Cet arrêt maladie ne sera donc pas une « parenthèse inerte » de mise au repos et de prise des médicaments, mais après quelques temps de récupération, l'occasion de préparer la sortie de l'entreprise pour rebondir très vite vers un autre poste. Il faut véritablement que cet arrêt maladie devienne une plaque tournante qui permet d'économiser à la Sécurité sociale des arrêts maladie interminables (durant un an ou deux, voire plus), d'éviter la chronicisation du burn out (car arrêté de mois en mois, le patient voit son anxiété majorée et finissant par ne plus espérer d'issue à sa situation, il s'enfonce dans une dépression de plus en plus lourde). « Améliorer le parcours, c'est bien transformer l'arrêt maladie en une étape véritablement productive de mise en action de tous les intervenants dont des cliniciens spécialisés (par exemple au sein des 130 consultations "Souffrance et Travail"), formés pour assurer cette coordination », affirme Marie Pezé.

La coordination : essentielle, complexe et chronophage

Lorsque l'on prend en charge un patient dans la cadre d'un burn out, « une précaution importante consiste à écrire au médecin-conseil pour l'alerter sur cette pathologie spécifique ; il faut être en mesure de joindre à la lettre un courrier décrivant précisément ce que le patient et le médecin du travail ont pu constater et rapporter de pathogène au sein de l'entreprise. » À partir de ces éléments, le médecin-conseil

peut décider de placer rétroactivement ces patients en ALD pour sanctionner l'entreprise ou bien notifier directement une reconnaissance en maladie professionnelle. À terme, si la reconnaissance en maladie professionnelle n'a pas été choisie, le médecin-conseil peut décider de placer ces patients en invalidité de type 2 étant donné la gravité de leur état. Cela permet de ne pas laisser la situation pathogène s'éterniser avec tous les effets délétères sur l'état du patient.

Cette coordination est en droite ligne issue des protocoles de prise en charge de la douleur chronique mis en place par le Dr François Bourreau : « À une époque où on a commencé à vouloir structurer des soins coordonnés en ce domaine, c'était alors la même catastrophe que pour le burn out : les médecins ne connaissaient pas les traitements complexes, avec les médicaments spécifiques. Si les consulta-



Prendre le temps d'écrire au médecin-conseil

tions de la douleur chronique se sont développées partout en France, c'est grâce à l'implication de cliniciens qui prenaient le temps d'écrire au médecin-conseil, au médecin du travail, d'obtenir des ALD pour une prise en charge correcte des soins, prenaient le temps d'écrire régulièrement à tous les acteurs médicaux (médecin

traitant, médecin du travail, médecin-conseil) pour les tenir au courant de l'évolution, de retourner vers le médecin du travail afin d'envisager la mise en place d'ateliers protégés, de mi-temps thérapeutiques... Mais cette gestion-là est lourde car le système est très complexe, chronophage et qu'il faut connaître toutes les ficelles du métier que seules les personnes formées possèdent », considère Marie-Pezé.

« S'il y a vraiment un message à délivrer aux médecins généralistes, c'est bien sûr de faire ce travail de prévention primaire le plus en amont possible (puisque'ils suivent ces patients depuis longtemps), d'introduire les tests de burn out dans leur pratique et d'orienter *larga manu* les patients vers les consultations spécialisées, le plus tôt possible, tout en conservant leur rôle dans le parcours de soins. Ainsi pourrions-nous assurer la coordination des dossiers. Nous savons que les médecins généralistes sont submergés et n'ont pas le temps de faire des courriers, des descriptions étayées sur le rapport entre le travail réel, le travail prescrit, la pathologie du

Syndrome d'épuisement professionnel

patient. De surcroît, ils peuvent se mettre en danger devant le CNOM avec ces courriers. C'est important qu'ils aillent sur le site [souffrance-et-travail.com](http://www.souffrance-et-travail.com) pour savoir où trouver une consultation la plus proche de leur cabinet. » Les délais de consultation en milieu hospitalier peuvent être longs (moins en libéral) mais le site organise une coordination en temps réel et, en cas d'urgence (risque d'AVC, risque suicidaire), un rendez-vous très rapide peut être obtenu par courriel dans l'une des 130 consultations réparties sur le territoire, dont une cinquantaine en région parisienne.

Prévention primaire : un retard français certain

Dans les autres pays européens (Pays-Bas, Grande-Bretagne, Suède, voir vidéo sur le burn out sur le site [souffrance-et-travail.com](http://www.souffrance-et-travail.com)*), les chefs d'entreprise, formés à la problématique du « stress au travail », font passer régulièrement à leurs salariés des tests de dépistage (échelle Karolinska en Suède). Si nécessaire, au vu des résultats, les salariés sont accueillis dans des centres de réhabilitation où ils se reposent et s'entraînent à surmonter « le surmenage » pour acquérir une meilleure endurance. C'est une approche beaucoup plus hygiéniste en prévention primaire ; on n'attend pas comme en France d'avoir à intervenir en prévention tertiaire, alors que les salariés se sont écroulés, pour les orienter en consultation spécialisée. « En France, dans un contexte frileux et très culpabilisant, les salariés sont "fautifs quand ils craquent" alors que dans d'autres pays, la problématique est gérée de manière pragmatique. C'est culturellement une tout autre approche. Il n'y a vraiment qu'en France que la culpabilisation du salarié qui ne tiendrait pas le coup, est constante ; lui-même vit les événements comme étant le fait de sa propre défaillance et de sa problématique personnelle. D'autant que c'est ce qui lui sera expliqué dans l'entreprise ; s'il a craqué, c'est parce qu'il a des difficultés personnelles et qu'il ne s'agit pas d'un burn out... », regrette Marie Pezé.

« Et les conditions du suivi de la santé au travail vont encore s'aggraver avec la loi El Khomri », puisque les entretiens d'embauche seront confiés à des techniciens du service de santé (infirmières...) et plus au médecin du travail qui ne sera plus le primo-écouter et ne verra plus en consultation les salariés que tous les quatre ans. « Ce qui laisse largement aux salariés le temps d'être embauchés, de faire leur burn out sans voir le médecin du travail ! », pré-sage Marie Pezé.

Acter au plus tôt la dégradation de l'état de santé

De fait, lorsqu'un patient ne va pas bien, le médecin généraliste doit lui recommander d'aller voir le médecin du travail en visite spontanée, en dehors de ce qui est prévu par la loi. Tout doit être noté dans son dossier de médecine du travail, pour acter par écrit la dégradation de l'état de santé. « Le médecin généraliste doit aider le patient (lui aussi pris dans des stéréotypes) à surmonter sa crainte que le médecin du travail parle au chef d'entreprise ; comme le généraliste, le médecin du travail est inscrit au Conseil de l'Ordre et, s'il transgresse le secret médical, le patient peut porter plainte auprès de cet organisme. Il faut renforcer les pratiques dans le sens de cette visite spontanée auprès du médecin du travail. En effet, lorsqu'un patient est très atteint et veut sortir de l'entreprise de manière "propre et correcte", nous, cliniciens du travail, pouvons les aider à récupérer les dossiers médicaux (grâce à la loi Kouchner). Ainsi, cela nous permet de faire le lien entre la chronologie de la dégradation de l'état de santé du patient et la dégradation des conditions de travail », insiste Marie Pezé.

Le médecin généraliste a un rôle très important : avec l'accord du patient, écrire une lettre au médecin du travail pour lui signaler que, depuis quelque temps, il a constaté que son patient a une santé de plus en plus atteinte et dégradée ; il évoquera l'hypothèse des conditions de travail, avec les précautions habituelles (sans noter de diagnostic ni imputer quoi que ce soit à quiconque). Ce courrier sera consigné dans le dossier de médecine du travail et il fera date là aussi. A contrario, si le salarié n'a pas consulté le médecin du travail, lors du jugement, il lui sera reproché par le magistrat de ne pas être allé voir l'acteur principal de protection de la santé dans l'entreprise.

De plus, si le patient attend trop longtemps, s'il n'a pas parlé à un médecin ou aux acteurs de l'entreprise (membres du CHST, délégués du personnel, DRH) et qu'il n'y a pas de trace écrite, tout se retournera contre lui, l'entreprise et le magistrat. C'est entre autres cela la vocation du site [souffrance-et-travail.com](http://www.souffrance-et-travail.com) : « Non pas d'inciter à poursuivre à tout prix les chefs d'entreprise mais d'expliquer aux acteurs de soins primaires comment monter un dossier, pour faire valoir au mieux les droits de leurs patients », conclut Marie Pezé. Tous les documents qui peuvent aider les médecins généralistes dans l'accomplissement de cette tâche sont en ligne sur le site [souffrance-et-travail.com](http://www.souffrance-et-travail.com), sous forme de PDF. •

* <http://www.souffrance-et-travail.com/magazine/burn-out/le-burn-out-en-suede-definition-et-prise-en-charge/>

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