



This article appeared in a journal published by Elsevier. The attached copy is furnished to the author for internal non-commercial research and education use, including for instruction at the authors institution and sharing with colleagues.

Other uses, including reproduction and distribution, or selling or licensing copies, or posting to personal, institutional or third party websites are prohibited.

In most cases authors are permitted to post their version of the article (e.g. in Word or Tex form) to their personal website or institutional repository. Authors requiring further information regarding Elsevier's archiving and manuscript policies are encouraged to visit:

<http://www.elsevier.com/authorsrights>



Disponible en ligne sur

ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

EM|consulte
www.em-consulte.com



VIE PROFESSIONNELLE

Prise en charge des professionnels souffrant de *burnout* (podcast)



Supporting physicians suffering from burnout syndrome



Georges Mion^{a,*,c,1}, Max-André Doppia^{b,c}

^a Pôle anesthésie réanimations thorax exploration, groupe hospitalier Cochin-Broca-Hôtel-Dieu, 27, rue du Faubourg-Saint-Jacques, 75679 Paris cedex 14, France

^b Pôle anesthésie-réanimation, CHU de Caen, 14033 Caen, France

^c Commission : « santé des médecins anesthésistes réanimateurs au travail » (SMART), Collège français des anesthésistes réanimateurs, 74, rue Raynouard, 75016 Paris, France

Disponible sur Internet le 14 mai 2014

MOTS CLÉS

Burnout ;
Dépression ;
Suicide ;
Anesthésie ;
Réanimation

KEYWORDS

Burnout syndrome;
Suicide;
Anaesthesia;
Intensive care

Résumé La prévalence du *burnout* a longtemps été sous-estimée notamment chez les professionnels de santé et particulièrement dans le milieu de l'anesthésie-réanimation. Les facteurs de risque sont l'augmentation de la charge de travail, le manque d'autonomie décisionnelle, le travail de nuit et les conflits éventuels sur les lieux du travail et notamment au bloc opératoire. Le *burnout* découle d'une augmentation des contraintes liées au travail tandis que les signes de reconnaissance sont absents. Il est caractérisé par une série de symptômes tels que la fatigue, la dépression et le désintérêt. Le collège français des anesthésistes a mis à disposition un numéro vert qui donne un accès libre à une assistance psychologique pour les professionnels susceptibles de souffrir de *burnout*. Les professionnels souffrant de *burnout* doivent être écartés au moins transitoirement de leur activité professionnelle avant d'envisager une reprise progressive après avoir bénéficié d'un soutien adapté.

© 2014 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Summary Burnout syndrome has long been underestimated in healthcare providers despite a high incidence, especially in anaesthesiologists. Risk factors are overactivity, lack of autonomy in decision-making, night shifts, and eventually conflicts in the operating theatre. The conditions promoting include a high level of constraints, the lack of control, and the lack of gratefulness. The burnout syndrome includes a series of symptoms such as fatigue, depression,

* Auteur correspondant. Pôle d'anesthésie-réanimation thorax exploration, groupe hospitalier Cochin-Broca-Hôtel-Dieu, 27, rue du Faubourg-Saint-Jacques, 75679 Paris, France.

Adresse e-mail : georges.mion@bbox.fr (G. Mion).

¹ Photo.

and disinterest. To provide supportive assistance the French college of anaesthetists makes it available a free access to psychologists through a dedicated phone number. Physicians suffering from a burnout syndrome needs to be taken away from their tasks, at least transiently and reintegrated progressively under medical control.

© 2014 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

La version audio de cet article est disponible en podcast ([Annexe 1](#) en fin d'article).

La reconnaissance est à l'adulte ce que l'amour est à l'enfant.

Christophe Dejourn

Introduction

Évoqué en France dès les années cinquante dans les travaux de Claude Veil, le syndrome d'épuisement professionnel des soignants devint tangible vingt ans plus tard aux États-Unis grâce aux descriptions du syndrome de *burnout* par Herbert Freudenberger et au développement par Christina Maslach à Berkeley d'un instrument de mesure qui fait encore référence [1]. Malgré les importants travaux du psychanalyste Christophe Dejourn [2] débutés à la même époque, la France, particulièrement dans le monde médical, est restée à la traîne. Il faut attendre la dernière décennie, avec la médiatisation de suicides en série dans un contexte de pression de productivité pour observer une tardive prise de conscience sociétale. Dans le milieu de l'anesthésie-réanimation française, de nombreux mémoires ont vu le jour récemment et plusieurs recherches d'ampleur ont été publiées depuis le travail d'Embriaco et al. portant sur près d'un millier de réanimateurs français [3]. C'est le cas de l'étude SESMAT [4] et de l'étude de la SFAR sur le *burnout* parmi les professionnels de l'anesthésie en France [5]. En effet, les problèmes mentaux liés au travail sont désormais devenus une cause majeure d'absentéisme et un enjeu de société [6].

Éléments de psychopathologie du travail

Les professionnels de santé sont de plus en plus confrontés à deux impératifs vécus comme contradictoires, celui de la productivité et celui de la qualité des soins [7]. Cette double contrainte n'est pas sans enjeux éthiques. Si le secteur de la santé et de l'action sociale présente le taux de suicide le plus élevé dans la population générale, les médecins anesthésistes-réanimateurs eux-mêmes ont un risque encore supérieur à celui de l'ensemble des autres médecins [8]. Des études ont révélé que dans cette dernière population, les stressors les plus déterminants sont le manque de temps et d'autonomie au travail, les décisions éthiques difficiles, les contraintes familiales impliquées par les gardes et la communication avec les chirurgiens [7].

Christophe Dejourn a minutieusement décrit les conditions de la normalité, de la souffrance au travail et des défenses mises en jeu, ainsi que la dynamique du couple souffrance/plaisir au travail. La confrontation entre le travail prescrit et le travail réel implique la mise en jeu de non-dits intuitifs, d'habiletés, d'ingéniosité, d'arbitrages, parfois de transgressions intelligentes, qui supposent certains compromis, une autonomie, une confiance, une marge de manœuvre minimale [9]. Se conformer à la lettre à la tâche prescrite, sans mettre en jeu cet ensemble de talents acquis qui font le métier, c'est appliquer la fameuse « grève du zèle ». Il y a un paradoxe entre l'aspect structurant, socialement valorisant, du travail et la souffrance parfois engendrée. C'est l'opposition symbolique entre le travail, du latin *tripallium*, supplice infligé aux esclaves et le métier, du grec *mêtis*, compétence, intelligence inconsciente déployée dans la réussite de la tâche et sixième sens développé par la confrontation sensorielle continue avec les défis techniques. Au-delà du « jugement d'utilité » porté par les « clients » (direction, chirurgiens, malades), le « jugement de beauté », porté par les pairs, sur la manière de faire, apporte la reconnaissance symbolique de l'engagement dans le métier et le bien-faire reconnu par ceux qui l'exercent.

Dejourn rappelle que toute décompensation psychopathologique révèle une crise d'identité et que l'identité n'est jamais définitivement stabilisée. Pour se construire, de façon dynamique, elle nécessite sa confirmation par le regard de l'autre. Ce constat, c'est la « reconnaissance », qui fait exister. Il insiste sur le fait que l'essentiel de la psychopathologie du travail se déploie dans la non-reconnaissance du travail par autrui, pire, par son désaveu [9].

L'agence européenne pour la santé, la sécurité au travail et l'accord interprofessionnel français sur le stress au travail définissent le stress comme le déséquilibre entre une contrainte imposée par l'environnement et la perception de l'individu de ses propres ressources pour y faire face [10]. On n'est pas loin de la définition de la douleur par l'IASP qui valide la primauté de la subjectivité : « si je dis que j'ai mal, c'est que j'ai mal ; si je dis que je suis stressé, c'est que je le suis ». Ces définitions sont fondatrices dans la mesure où elles mettent l'individu au centre de sa souffrance, et posent comme base, qu'au-delà des moyens accordés, la contrainte supportable dépend de l'individu.

Différents modèles de stress au travail matérialisent la centralité de ce déséquilibre. Le modèle de Siegrist met en avant le déséquilibre entre effort consenti et récompense, avec une mention pour le surinvestissement comme facteur de risque supplémentaire. Le modèle de Karasek et Théorell (demande/contrôle) envisage le stress comme le rapport entre le degré de maîtrise (contrôle) de l'individu sur son

Tableau 1 Profil comportemental en fonction des contraintes professionnelles.

	Maîtrisées	Peu maîtrisées
Fortes contraintes	Actif	Stressé
Peu de contrainte	Détendu	Passif

travail ou ses décisions et les exigences du travail (pression de production, injonctions contradictoires...). Peu de maîtrise mais peu de contraintes définissent une zone de « passivité ». De fortes contraintes dans une ambiance de latitude décisionnelle élevée définissent une zone « active » (le « bon » stress). Faible demande et forte latitude génèrent une ambiance détendue, au contraire de l'ambiance de stress (*job strain*) caractérisée par le déséquilibre entre de fortes contraintes et une faible latitude de décision. Johnson a ajouté une dimension de soutien social. Le cumul de fortes contraintes, d'un faible contrôle et d'un faible soutien social est significativement lié à l'apparition de troubles musculo-squelettiques (TMS), de pathologies cardiovasculaires, de troubles anxio-dépressifs [6], d'une addiction ou d'un épuisement professionnel [10]. Au total, 90% des victimes de souffrance au travail le sont en raison du travail lui-même : 60% en raison d'une surcharge de travail, 50% du fait d'une non-reconnaissance de leur travail, 30% en raison de conflits hiérarchiques et 20% en raison d'un manque d'autonomie [6] (Tableau 1).

Le *burnout*, de quoi s'agit-il ?

Le *burnout*, ou syndrome d'épuisement professionnel, n'est pas une pathologie, mais un syndrome réunissant des symptômes psychiques et somatiques provoqués par l'exposition à plusieurs années de stress chronique au travail. La partie émergée de l'iceberg est la fatigue chronique. Elle est physique (épuisement non influencé par la prise de repos) et mentale (difficulté de concentration, troubles mnésiques, etc.). Sur la côte Est des États-Unis, la description princeps de Freudenberg mettait en avant une part de frustration, instillée par un sentiment d'échec professionnel chez des individus très investis dans leur métier (ceux qui ont la « flamme » ou le « feu sacré »). Il avait remarqué l'état d'épuisement physique qui « consommait » le soignant et écrivait à ce propos que les « gens peuvent être victimes d'incendie intérieur, comme les immeubles dont les murs restent debout ». Critère pratiquement nécessaire, l'épuisement n'est pas suffisant pour définir le syndrome. Sur la côte Ouest, Christina Maslach élabore à Berkeley le Maslach Burnout Inventory. Avec ses 22 items cotés chacun de 0 à 6, le MBI fait du *burnout* un paradigme à trois composantes que l'analyse ne peut réduire à une seule dimension : l'épuisement émotionnel, la déshumanisation du soin au patient et le sentiment d'un déficit d'accomplissement personnel. La déshumanisation de la relation au patient qui fait initialement le sens de nos professions est spécifique. On parle d'attitude indifférente, voire de cynisme. Elle surviendrait en réaction à l'épuisement, dans une tentative du soignant de se distancier d'une proximité épuisante avec la souffrance en déniaut au patient sa dimension humaine

(réification). Alors que l'épuisement et la déshumanisation seraient en rapport avec la pression de productivité et les tensions interpersonnelles, la perte du sentiment d'accomplissement personnel qu'on peut attendre d'un métier d'aide pourrait être connectée avec le manque de reconnaissance, de soutien et de ressources, l'absence de « tissu » social.

Si la prévalence du *burnout*, remarquablement constante (environ 40%) au sein des professions concernées et sa description socio-psychologique sont désormais bien cernées, il n'en est pas de même des moyens de le détecter au quotidien, de le prévenir, c'est-à-dire d'agir sur ses causes, ni de soigner ses conséquences ou d'éviter sa récurrence. Bien plus, rien ou presque n'a été envisagé du point de vue législatif pour établir un lien entre un travail pathogène et une pathologie handicapante qui implique un droit potentiel à réparation. Dans ce domaine aussi, l'Europe est en retard sur les États-Unis. Le 25 mars 2010, le Conseil d'administration de l'Organisation internationale du travail (OIT) a inclus les troubles mentaux et du comportement liés à des activités professionnelles dans la liste des maladies professionnelles. En France, faire reconnaître un *burnout* comme imputable au travail relève encore de l'utopie. Toutefois, l'article L 411-1 du Code de la sécurité sociale stipule qu'un accident du travail est constitué par une lésion corporelle soudaine entendue « au sens large », c'est-à-dire constituée de dommages physiques ou de troubles psychologiques. Encore faut-il prouver le lien entre l'accident et le travail. Le cabinet Technologia d'évaluation et de prévention des risques professionnels appelle à l'inscription du syndrome d'épuisement au tableau des maladies professionnelles.

Une dépression réactionnelle

Les prémices de la plupart des ouvrages traitant du *burnout* prennent soin de bien le différencier de la dépression. Il s'agirait d'un ensemble de symptômes confinés à la sphère professionnelle, l'individu restant exempt de symptômes dépressifs dans les différents domaines de la sphère privée. La réalité est loin de ce tableau dichotomique. Chez plus de 1500 professionnels français de l'anesthésie-réanimation, nous avons, comme Maslach l'avait déjà observé, retrouvé une corrélation entre intensité de l'épuisement émotionnel mesuré par le MBI et le score Hands (un score de dépression) [5]. Dans un travail récent, une équipe franc-comtoise estimait d'ailleurs que la comparaison d'individus en *burnout* avec des patients en dépression majeure n'est pas en faveur de l'existence de deux entités nosologiques séparées [11]. Malgré les avis contraires, il n'y a donc pas véritablement d'éléments factuels pour exclure le *burnout* d'un syndrome dépressif réactionnel à l'exposition chronique à de mauvaises conditions de travail. On comprend intuitivement que c'est précisément la porosité entre vie privée et travail qui est l'un des éléments de l'épuisement professionnel. Notre étude retrouve par exemple un effet protecteur de la vie en couple, de même qu'une étude montrait que l'absence de soutien conjugal était liée au *burnout* chez des professeurs d'anesthésie américains [12]. Inversement, le stress au travail déteint rapidement sur l'ambiance familiale. Enfin, nous avons observé, comme d'autres [13], une

corrélation entre antécédents de maladie mentale et sévérité du *burnout* [5]. Cela ne fait pas de la personnalité ou des antécédents psychiques une cause de *burnout*, mais un facteur de fragilité éventuelle dont ne pas tenir compte est une erreur. Prétendre qu'un individu en *burnout* souffre de problèmes personnels est donc au mieux un truisme, au pire un non-sens.

Reconnaître le *burnout*

En dépit de ce que les publications et l'utilisation du MBI pourraient suggérer, nous avons observé que la distribution du *burnout* dans une population donnée ne suit en aucune façon la loi du tout ou rien. Lorsqu'on énonce que telle population comporte 40 % d'individus en *burnout*, il est implicitement entendu que 40 % des individus dépassent un seuil donné à l'instrument de mesure utilisé. Maslach a fourni, en effet, des seuils de *burnout* faible, intermédiaire ou élevé, dans chacune des trois dimensions mesurées par le MBI. Comme pour une glycémie à jeun qui départage des patients diabétiques d'individus normaux, il existe toute une gamme de gravité, donc de pronostic, selon l'amplitude de l'altération du paramètre mesuré. Dans notre étude publiée en 2013, 10 % seulement des professionnels de l'anesthésie-réanimation avaient des scores faibles au MBI et 6 %, des scores élevés au trois composantes mesurées. Entre ces classes extrêmes se distribuaient trois autres classes de *burnout* croissant, donnant à la distribution globale une allure en cloche typique d'une répartition gaussienne des symptômes [5].

Ainsi, annoncer que 30, 40 ou 50 % d'une population souffrent de *burnout* n'a de sens qu'à titre de comparaison entre elles de différentes professions, classes d'âge, appartenance à un sexe ou à l'autre, hiérarchies au travail, expositions à un facteur de risque, etc. Un tel résultat ne donne en revanche, dans l'état actuel des connaissances, aucune information exploitable sur le nombre d'individus inaptes à continuer à exercer leur profession ou, pire, exposés à un risque imminent de décompensation, suicidaire par exemple. Force est par conséquent de recommander aux collectifs de travail d'implémenter une mesure régulière du MBI ou de tout autre outil maîtrisé par la structure en question lors de visites, obligatoires, de médecine du travail.

Une simple échelle numérique évaluant la qualité de vie ou l'intensité de la fatigue suffirait à un dépistage grossier, comme nous l'avons observé [5]. En dehors de scores alarmants au MBI ou ses équivalents, on sera alerté par un cortège socio-clinique évocateur : fatigue chronique qui est souvent le premier symptôme [6], irritabilité, défauts de concentration, troubles du sommeil, TMS, repli sur soi, conflits avec les collègues, les patients ou la hiérarchie, symptômes anxio-dépressifs, mais d'authentiques troubles somatiques (ulcères gastriques, hypertension artérielle, etc.) ne sont pas moins évocateurs et devront faire rechercher un mal-être chronique au travail. Ailleurs, c'est la répétition d'arrêts de travail de courte durée qui devra mettre la puce à l'oreille. Ils sont souvent prémonitoires d'un problème plus grave en rapport avec le travail : épuisement chronique au cours duquel l'individu ne parvient plus à « retrouver son souffle », situation de harcèlement, etc. Le présentisme n'est pas moins inquiétant. L'individu qui

n'arrive pas, le soir, à quitter son lieu de travail ou qui passe ses week-ends à l'hôpital, est également suspect d'être en mal-être.

Alerter la structure professionnelle

Le médecin du travail a une mission de prévention et de mise en visibilité des problèmes de santé au travail. Souvent, ce ne sera pas lui qui détectera un épuisement professionnel chez un individu, déjà trop atteint et qui aura tendance à « prendre la tangente » en déclinant les convocations médicales [6], mais un proche, conjoint ou collègue. Dans certaines institutions se sont mises en place, sous l'impulsion de cliniciens engagés, des consultations « souffrance au travail ». Apparues dans les années 1990, elles ont beaucoup contribué à l'évolution de la législation et à la prise en compte des phénomènes de harcèlement au travail [9], mais restent hélas encore trop peu développées.

Depuis octobre 2013, grâce au travail de la commission SMART (santé du médecin anesthésiste réanimateur au travail) qui œuvre dans le cadre du CFAR, un pas décisif a été franchi : la mise à disposition d'un numéro vert (0800 00 69 62) accessible à tout professionnel français de l'anesthésie-réanimation, médecin anesthésiste-réanimateur (MAR) ou infirmière (IADE), mais également aux proches du milieu familial ou de l'entourage amical. Cette ligne disponible 24 h sur 24, 7 jours sur 7 donne accès dans le respect de la confidentialité et du secret professionnel à 5 entretiens gratuits avec un professionnel de l'écoute, diplômé de psychologie, qui n'est pas censé résoudre lui-même le problème de souffrance, mais mettre l'appelant en relation avec les spécialistes ad hoc : psychiatre, médecin du travail, service d'addictologie, mais aussi syndicat, avocat ou autre, en fonction des cas de figure. C'est le premier pas vers la résolution, parfois très complexe, de problèmes qui durent depuis des mois ou des années et qui semblent, brutalement, décompenser.

Soustraire d'urgence l'individu en *burnout* grave de son milieu de travail pathogène

Nous parlerons de *burnout* grave puisque nous avons expliqué que le franchissement de certains seuils, en partie arbitraires, ne suffit pas à définir un *burnout* qu'il faut prendre en charge en urgence. Il est évident que toute évolution dans la zone intermédiaire du *burnout* réclame une prise en charge, mais qui relève davantage de la prophylaxie, c'est-à-dire de l'organisation des équipes, de l'apprentissage de méthodes managériales qui respectent la personne humaine, et au niveau individuel, de l'appropriation de techniques dites de « coping », sur lesquelles nous reviendrons.

En rapport ou non avec les conditions de travail, un état physique ou mental altéré nécessite la prescription d'un arrêt de travail, non seulement pour la protection du professionnel en souffrance, mais aussi pour celle des patients qui risquent de pâtir de son inefficacité, voire de ses erreurs [14–16]. Le médecin du travail ou tout autre praticien consulté par l'individu en souffrance peut initier le processus. Si l'individu en *burnout* consulte spontanément, c'est

le plus souvent dans un état alarmant, car une des caractéristiques du syndrome est précisément le fait que l'individu ignore ou préfère ignorer son état, dans un déni qui fait partie intégrante des symptômes dépressifs d'autodépréciation ou de culpabilité, ou encore par peur de compromettre l'avenir professionnel [17].

En dehors de cas exceptionnels, où il peut suffire de soustraire un individu harcelé à son persécuteur, comme nous l'avons évoqué, la prescription d'un arrêt de travail de courte durée (une à trois semaines) ne résoudra qu'exceptionnellement une situation qui perdure depuis un à cinq ans dans la plupart des cas. Il est habituel que le traitement prenne autant, sinon plus de temps, que la durée de constitution des symptômes. Il est dans ce cadre nécessaire d'apporter au malade (le *burnout* n'étant pas la maladie, mais la partie émergée de l'iceberg qui révèle dépression, anxiété chronique, insomnie, syndrome post-traumatique, addiction, épuisement physique, etc.) une information précise sur les droits sociaux attachés à son contrat de travail. Durée maximale de la période d'arrêt de travail, mais aussi durée des congés de longue durée pour maladie autorisant la perception intégrale ou partielle du salaire.

Ainsi, en cas d'arrêt maladie, le statut de fonctionnaire, praticien hospitalier (PH) ou personnel du Service de santé des armées français (SSA), est particulièrement protecteur. Pour un arrêt de travail prolongé, le salaire complet est maintenu pendant 3 mois avant réduction à 50%. Toutefois, si l'état psychique le justifie, un congé de longue durée (CLD) peut être attribué pour 5 ans, sur décision du préfet ou de la direction centrale du SSA, avec perception du plein salaire pendant 3 ans, puis d'un demi-salaire. Il est parfois possible de compléter les revenus par une reprise du travail à temps partiel, au titre de la réadaptation. Dans le cas d'une pathologie imputable au service, la période de CLD peut être prolongée de trois ans (5 ans avec plein salaire, 3 ans avec demi-salaire) [18]. Les organisations syndicales jouent aussi un rôle essentiel en défendant des acquis statutaires et en alertant les professionnels sur la nécessité de se protéger contre les accidents de la vie [19]. Dans le secteur privé, en effet, la situation est plus préoccupante. La souscription préalable et volontaire à un régime de prévoyance est utile pour compenser la perte de revenus en cas d'arrêt de travail prolongé, voire de mise en invalidité.

La guérison d'une dépression grave, si guérison possible il y a, prendra six mois au minimum, plusieurs années parfois. L'épuisement physique ou les symptômes comme les TMS seront souvent les derniers à s'amender. Les troubles du sommeil, les ruminations, l'anxiété ne disparaîtront pas en quelques semaines. Les entretiens psychothérapeutiques, les techniques de relaxation, les traitements anxiolytiques ou hypnotiques et antidépresseurs mettront selon les cas plusieurs semaines avant d'agir. Dans les situations les plus graves, parfois pré-suicidaires, lorsque l'estime de soi a été complètement détruite, une hospitalisation sera indispensable, parfois urgente et souvent prolongée.

La prise en charge des troubles addictifs chez les anesthésistes obéit aux mêmes règles que pour n'importe quel autre patient. Ainsi, le secret médical et la confidentialité des soins doivent-ils être garantis pour préserver l'avenir et les chances de réhabilitation. En France, les programmes nationaux ne sont pas encore en place mais des initiatives ont vu le jour ces dernières années. Le CFAR propose une

orientation vers un réseau d'addictologie, en voie de constitution, qui permet d'initier une prise en charge ouvrant des perspectives de réinsertion professionnelle ciblées.

Gérer la stabilisation

Lorsque l'individu n'est plus soumis aux conditions de travail délétères responsables de son *burnout*, une étape importante est franchie. Il est possible d'espérer l'arrêt de la dégradation de son état clinique et mental. L'interruption de la pratique du métier, qui faisait sens, est un nouvel obstacle à se dresser sur le chemin de la guérison. L'arrêt de travail ou le congé de longue durée ne feraient qu'alimenter le sentiment de culpabilité ou l'autodépréciation instillés au long cours par les effets pervers d'un harcèlement moral ou de conditions de travail équivalentes à une suite d'injonctions paradoxales.

Il est donc nécessaire de « meubler » ce temps libéré. Les débuts ne sont souvent pas les plus compliqués, tant est grand l'épuisement physique inhérent au *burnout* ou, comme nous l'avons vu, à la dépression. Six mois ou un an ne sont parfois pas de trop pour retrouver un semblant de forme physique. Dans les cas les plus graves, lorsque le psychiatre a été amené à choisir de « casser » l'anxiété ou les ruminations par des antidépresseurs ou des neuroleptiques incisifs, le patient se retrouvera dans un tel état de ralentissement mental qu'il ne prendra plus garde au temps qui passe. Cette phase « lytique » est parfois indispensable lorsque c'est la tension psychique qui prend le devant des symptômes.

Passé les premiers mois, lorsque les différentes techniques chimiothérapeutiques ou de contrôle du stress commenceront à porter leurs fruits, lorsque le malade commencera à se détacher des ruminations associées aux mauvaises conditions de travail (harcèlement, conflits, dévalorisation chronique, parfois accident d'anesthésie...) et à retrouver un sommeil plus réparateur, le suivi personnalisé prendra une place prépondérante. Le patient en *burnout* n'est plus en dépression profonde, sans être encore capable d'envisager une reprise de travail. C'est une phase de réappropriation de sa propre existence, comme s'il fallait réapprendre à vivre, surtout réapprendre à aimer la vie qu'on a choisie. Nous avons observé, comme d'autres, une corrélation étroite entre le degré de *burnout* mesuré au MBI, le regret d'avoir choisi une profession dans l'anesthésie-réanimation et le désir de quitter cette profession [5]. C'est la phase où l'équipe autour du patient, mais aussi sa famille, vont lui permettre quasiment de réintégrer le monde des vivants, comme si le trauma psychique à l'origine du *burnout* avait été un trauma physique, voire l'acquisition d'un handicap. Entrent en jeu : psychothérapie, enseignement des techniques de gestion du stress, stabilisation voire diminution du traitement antidépresseur ou remplacement par des molécules moins incisives, gestion des troubles du sommeil, apprentissage d'une meilleure hygiène de vie en perspective d'une meilleure séparation entre ce qui doit revenir au travail et ce qui doit rester du domaine de la vie personnelle et familiale. La victime du *burnout* devra apprendre à acquérir une distance raisonnable avec le travail, en partie grâce aux soignants, en partie par ses propres moyens, ses lectures, son ouverture à d'autres domaines : culture, art, vie sociale, pratique d'un sport, yoga, méditation, etc. On

comprendra qu'il n'est pas raisonnable de penser réparer les dégâts psychiques et physiologiques qui ont mis des années à se constituer en moins de quelques mois. C'est dire si le déni du *burnout* et de la souffrance au travail coûte actuellement cher à la société. On estime que la pathologie mentale induite par le travail coûterait de 3 à 5 % du PIB en France [10].

Un élément essentiel dont il est de plus en plus question, même si là encore la France est particulièrement en retard, est la prise en charge par les thérapies comportementales et cognitives (TCC) qui mettent en relation émotions et cognitions. Elles sont à l'origine de programmes de gestion du stress en milieu professionnel et des techniques dites de *coping* [7,20], qui permettent à l'individu de « faire face ». Sur le lieu de travail, elles nécessitent l'implication de la direction qui est trop rarement sensibilisée à ces problèmes. Plusieurs voies peuvent être explorées, comme les techniques de relaxation et de biofeedback, qui permettent de gérer la tension musculaire et les troubles neurovégétatifs déclenchés par le stress, la thérapie d'acceptation et d'engagement (ACT) qui analyse les écueils que sont l'évitement ou l'hypercontrôle, et les techniques de méditation. La méditation, issue d'une longue tradition, notamment orientale, mais pas seulement, repose sur un ensemble de techniques ou exercices qui génèrent concentration, paix intérieure, relaxation physique et mentale, propices à l'apaisement des ruminations qui envahissent la pensée. Issue dans les années 1970 du rapprochement entre l'expérience bouddhiste et le développement des neurosciences, la méditation dite de pleine conscience (*mindfulness*), semble particulièrement intéressante [21,22].

Préparer la reprise du ou d'un travail

Alors que les premières semaines d'arrêt de travail ou les premiers mois de congé de longue durée ne peuvent qu'être consacrés à la réparation des dégâts physiques et mentaux, lorsque le syndrome de fatigue chronique s'amende et qu'une énergie nouvelle, souvent inconnue de l'individu depuis plusieurs années réapparaît en lui, se pose le problème d'organiser la reprise du travail, indispensable à deux titres : d'une part économique, mais aussi au titre de la réhabilitation psychique. L'individu a un besoin vital de rapports sociaux, si tant est naturellement qu'il s'agisse d'interactions bienveillantes.

Plusieurs cas de figures là encore peuvent être envisagés : dans le cas d'un harcèlement, moral ou sexuel, ou d'une inadéquation complète entre l'individu, sa condition physique, la qualité de son sommeil, ses ressources personnelles face au stress, voire ses propres antécédents psychiques, il est nécessaire d'envisager un changement de lieu de travail. Méconnaître cet aspect crucial du problème est courir à une rechute d'autant plus grave qu'elle coupera court à tous les espoirs fondés sur l'impression de guérison. La même cause engendrerait les mêmes effets, souvent avec une exacerbation proportionnelle à la mémoire, à « l'engrammage » comme disent certains, des événements à l'origine de la première décompensation. Parfois, il s'agira d'un changement de service, d'hôpital, d'une mutation, parfois d'une réorientation professionnelle. Un point

fondamental est qu'il faudrait que la structure favorise le retour du personnel souffrant dans une ambiance de « bienvenue » [6]. La réparation passe parfois par la prise en compte du préjudice moral provoqué par un harcèlement. Il s'agit d'un aspect qui commence à émerger depuis quelques années en France, et qui doit être accompagnée par un juriste.

Dans certains cas, le *burnout* est la conséquence de conditions organisationnelles « ingérables ». Dans ces cas, le *burnout* d'un individu met en danger toute l'équipe qui doit, du jour au lendemain, absorber la surcharge de travail, de gardes, de stress de celui qui, atteint lui-même, n'est jamais que « l'individu symptomatique » d'une équipe malade. C'est ce qui explique l'aspect épidémique de certains *burnout*. Pour réintégrer l'individu « guéri », il faudra que toute l'équipe, manager en tête, gère les problèmes organisationnels souvent complexes qui ont envoyé un des membres en congé maladie [6]. Dans le cas contraire, pour peu que l'individu qui revient soit rempli de l'énergie qu'il avait perdue, ait appris des techniques efficaces de gestion de sa propre vie et du stress (comme d'apprendre à séparer vie familiale et professionnelle, ne pas mettre tous ses espoirs dans l'ascenseur social, ou encore savoir dire non parfois), c'est un autre membre de l'équipe qui tombera dans les semaines qui suivent. On pourrait décrire ce phénomène comme le « syndrome de la pièce de tissu neuve sur un vieux vêtement » : ça craque là où on n'a pas réparé.

Une reprise progressive, à temps partiel si possible

Le retour au travail ne s'effectue pas dans un contexte de guérison. Bien au contraire, celle-ci est un processus graduel, qui ne se consolidera précisément que grâce au pouvoir structurant du travail [6]. C'est une des raisons pour lesquelles il n'est pas réaliste de reprendre à temps plein immédiatement après un *burnout* authentique [23]. Si l'intensité du travail était à l'origine de l'épuisement professionnel progressif, il faut que l'individu accepte de diminuer sa charge de travail, de déléguer, de demander de l'aide. Responsabilités, cadences, horaires à rallonge, présentisme, nombre de gardes ou d'astreintes sont autant de points d'impact à revoir, dans l'idéal (en réalité, rarement voire jamais) pour une réorganisation du travail de toute la structure. En fait, nous l'avons confirmé [5], ce n'est pas la quantité de travail qui provoque les *burnout*, mais le plus souvent le déficit de reconnaissance mis en balance avec l'engagement professionnel (déséquilibre effort-récompense du modèle de Siegrist) ou encore la faible maîtrise du professionnel sur l'organisation de son travail (déséquilibre Demande – Contrôle du modèle de Karasek et Théorrel) [10]. Dans ce cas, le stress et la dévalorisation qui ont conduit à l'épuisement ont laissé des traces durables dans la psyché du sujet.

Il faut parfois un retour extrêmement progressif au travail, avec une véritable technique d'inoculation du stress, comme on l'utilise dans le cas des phobies [10]. Le comité médical peut accorder un mi-temps thérapeutique ne dépassant pas un an. Il n'existe hélas en France pas de solution toute faite, prévue « dans les textes » mais l'ingéniosité et la bienveillance de certains managers – distincts de ceux qui

ont pu mener l'individu au *burnout*, ce qui suppose un changement de service – peut faire des miracles. On peut par exemple commencer par recevoir le sujet en quête d'une reprise de travail dans son futur milieu professionnel, au départ comme simple observateur, puis progressivement, l'inclure de plus en plus dans l'équipe (par exemple pour la préparation de staffs, la réflexion sur les procédures, les protocoles de recherche, etc.). Une reprise à temps partiel peut, pour les premières semaines, prévoir des activités non cliniques, puis des journées auprès du malade, d'abord une, puis deux, puis trois par semaine. Dans les pays anglo-saxons, certaines structures ont prévu un coordinateur responsable du retour au travail. C'est lui qui fait le lien entre la structure, la hiérarchie immédiate, la médecine du travail et les travailleurs sociaux, les psychologues et le personnel malade. Notamment, la reprise à temps plein, lorsqu'elle est jugée possible, devra se faire en concertation avec le psychothérapeute.

Prévenir la rechute

Il s'agit à la fois de traiter les symptômes d'épuisement professionnel au niveau de l'individu et du collectif de travail [24]. Il y a donc un aspect managérial primordial. Nous sommes sur la bonne voie, mais il faut reconnaître que les bonnes intentions sont encore embryonnaires. Il faudra lutter longtemps contre l'immobilisme, la psychorigidité, la viscosité administrative, le passéisme (« de notre temps, on travaillait plus, on s'impliquait davantage, on était moins individualiste, il n'y avait pas de repos de sécurité », etc.).

La constatation que le *burnout* coûte si cher à une société qui cherche à optimiser son rendement et son modèle social, conduira à mettre en place des stratégies de prévention de la souffrance au travail. C'est ce que font déjà de grandes entreprises, convaincues que ne pas nier le problème, mais le prévenir, permet en fin de compte de réaliser de substantielles économies. L'enseignement de la problématique de la souffrance au travail pendant les études médicales, l'organisation de sessions à thèmes comme l'ont fait ces dernières années les sociétés savantes posent les jalons du « bien-être au travail » de demain.

Au niveau individuel, c'est la pratique au quotidien d'une discipline de vie saine. Éviter le présentéisme, savoir dire non courtoisement, respecter les autres et leur travail, cultiver sa vie sociale, apprendre à dire merci à tous les échelons d'un monde dédié à l'être humain mais souvent déshumanisé par des rythmes d'usines... La reconnaissance est la meilleure prévention du *burnout* [25]. Elle n'est pas seulement bienveillance, elle est la condition sine qua non de l'équilibre du concept de Siegrist entre ce que demande le travail et ce que perçoit le professionnel : perception d'un juste revenu certes, mais surtout que le travail accompli ne l'est pas en vain.

Au niveau collectif, nous avons rappelé l'importance de la réorganisation, de l'attribution du matériel nécessaire à un travail de qualité, des locaux indispensables (Salle de staff dans le service, salles de détente proche du bloc opératoire, chambre de garde éloignée des incessantes alarmes de la réanimation ou des téléphones du service, bureau correct, etc.), de l'équilibre entre le travail clinique et les activités transversales, la recherche ou la formation continue (DPC).

Prendre régulièrement des vacances n'est pas une faiblesse, mais la prophylaxie de la fatigue chronique ; dormir est un impératif... vital. Les managers doivent apprendre que tout décider pour leurs subordonnés les expose fortement au *burnout*. Chaque membre de l'équipe doit avoir un droit de regard dans l'organisation de son propre travail. L'organisation de groupes de parole (comme les groupes *Balint*) n'est pas une tradition française ; elle a pourtant fait ses preuves outre-Atlantique pour gérer les conflits, prévenir le stress post-traumatique [7]. Les réunions de RMM (revues morbi-mortalité) qui nous sont devenues familières sont une opportunité. Elles ne doivent pas être, comme on le voit parfois, l'occasion de désigner un bouc émissaire (ce qu'on observe communément dans les situations de harcèlement [26]), mais au contraire de mettre en place une plasticité des procédures qui doivent sans cesse s'adapter aux erreurs et aux désorganisations.

Changer d'orientation professionnelle

Dans certains cas, parfois après une, deux rechutes, ou lorsque le soignant est proche de l'âge de la retraite, il faudra envisager définitivement un travail à temps partiel et l'arrêt temporaire ou définitif de la prise de gardes ou d'astreintes [19], ce qui suppose un certificat médical, seule possibilité de faire exception à l'obligation d'assurer la continuité des soins. Certains anesthésistes réanimateurs parviennent à migrer vers des domaines où les compétences qu'ils ont acquises sont précieuses : médecine palliative, traitement de la douleur chronique par exemple. D'autres se tourneront vers une activité d'expertise, aucune porte n'est fermée si le milieu de travail accepte d'entraider ceux d'entre nous qui ont mis leur vie en danger pour être au service des autres : « même si un médecin doit abandonner la profession, la profession ne devrait pas l'abandonner » [19].

Conclusion

Christophe Dejours a été depuis quarante ans l'observateur impartial de la lente dégradation des conditions de travail qui est loin de toucher le seul milieu médical. « Ils ne mourraient pas tous, mais tous étaient frappés » écrit Marie Pezé, reprenant la célèbre phrase de La Fontaine [27]. C'est la révélation de l'ampleur du suicide au travail, inconnu en dehors des campagnes avant les années 1970, par l'affaire France Télécom, puis les suicides à Pôle Emploi de chômeurs en fin de droit qui a braqué les projecteurs sur l'épidémie d'épuisement professionnel. Cette observation, faussement contradictoire, de mort par le trop de travail ou par le chômage de longue durée, dit seulement combien le travail fait sens pour l'être social. Desjours dénonce la « qualité totale », la surveillance de professionnels toujours plus productifs, contrôlés, accrédités, tracés, parfois harcelés, bref, stressés [2].

Même après ce qui apparaît comme un désastre, il est possible de retrouver un équilibre professionnel prolongé, et le fait pour un soignant d'avoir été malade est souvent l'occasion de croître dans son professionnalisme [19]. La seule façon de diminuer les pourcentages alarmants de *burnout* dans nos professions est de réintroduire ce que d'aucun

nomment une écologie humaine et qui se conjugue dans le milieu professionnel avec bienveillance et reconnaissance. L'enjeu majeur des prochaines années sera de mettre en place des approches individuelles de prise en charge des personnes en *burnout*, mais surtout, au-delà, d'évoluer d'une logique curative, vers une logique préventive de la souffrance au travail [6]. Dans ce domaine, tout reste à faire.

Déclaration d'intérêts

Les auteurs déclarent ne pas avoir de conflits d'intérêts en relation avec cet article.

Annexe 1. Matériel complémentaire

La version audio de cet article au format mp3 est disponible en ligne sur <http://www.sciencedirect.com> et <http://dx.doi.org/10.1016/j.pratan.2014.04.002>.

Références

- [1] Canoui P, Mauranges A. Le burnout à l'hôpital. Le syndrome d'épuisement professionnel des soignants. 4^e éd. Paris: Elsevier-Masson; 2008, 240 p.
- [2] Dejours C. Souffrance en France. La banalisation de l'injustice sociale. Paris: Éditions du Seuil, Collection Points Essais; 1998, 239 p.
- [3] Embriaco N, Azoulay E, Barrau K, Kentish N, Pochard F, Loundou A, et al. High level of burnout in intensivists: prevalence and associated factors. *Am J Respir Crit Care Med* 2007;175:686–92.
- [4] Doppia MA, Estryn-Béhar M, Fry C, Guetarni K, Lieutaud T, Comité de pilotage de l'enquête SESMAT. Burnout in French doctors: a comparative study among anaesthesiologists and other specialists in French hospitals (SESMAT study). *Ann Fr Anesth Reanim* 2011;30:782–94.
- [5] Mion G, Libert N, Journois D. Facteurs associés au burnout en anesthésie-réanimation – Enquête 2009 de la Société française d'anesthésie et de réanimation. *Ann Fr Anesth Reanim* 2013;32:175–88.
- [6] St-Arnaud L, Briand C, Durand MJ, Corbière M, Pelletier M, Kedl E. The best practices for managing return to work following mental health problems at work. In: Clarke S, Burke RJ, Cooper CL, editors. Occupational health and safety: psychological and behavioural aspects of risk. England: Gower Publishing Ltd; 2011. p. 342–59 [Chapitre 15].
- [7] Larsson J, Sanner M. Doing a good job and getting something good out of it: on stress and well-being in anaesthesia. *Br J Anaesth* 2010;105:34–7.
- [8] Alexander BH, Checkoway H, Nagahama SI, Domino KB. Cause-specific mortality risks of anesthesiologists. *Anesthesiology* 2000;93:922–30.
- [9] Dejours C, Gernet I. Psychopathologie du travail. Issy les Moulineaux: Collection psychopathologie, Éditions Elsevier Masson; 2012, 155 p.
- [10] Servant D. Le stress au travail. Prévention et prise en charge en thérapies comportementales et cognitives. Pratiques en psychothérapie. Santé psy et travail. Issy les Moulineaux: Elsevier Masson; 2013.
- [11] Bianchi R, Boffy C, Hingray C, Truchot D, Laurent E. Comparative symptomatology of burnout and depression. *J Health Psychol* 2013;18:782–7.
- [12] De Oliveira Jr GS, Ahmad S, Stock MC, Harter RL, Almeida MD, Fitzgerald PC, et al. High incidence of burnout in academic chairpersons of anesthesiology: should we be taking better care of our leaders? *Anesthesiology* 2011;114:181–93.
- [13] Silva AT, Menezes PR. Burnout syndrome and common mental disorders among community-based health agents. *Rev Saúde Pública* 2008;42:921–9.
- [14] West CP, Huschka MM, Novotny PJ, et al. Association of perceived medical errors with resident distress and empathy: a prospective longitudinal study. *JAMA* 2006;296(9):1071–8.
- [15] Shanafelt TD, Balch CM, Bechamps G, Russell T, Dyrbye L, Satele D, et al. Burnout and medical errors among American surgeons. *Ann Surg* 2010;251:995–1000.
- [16] Fahrenkopf AM, Sectish TC, Barger LK, Sharek PJ, Lewin D, Chiang VW, et al. Rates of medication errors among depressed and burnt out residents: prospective cohort study. *BMJ* 2008;336:488–91.
- [17] Doppia M-A, Torrielli R, Mion G, Leroy S, Steib A. Les attentes des anesthésistes réanimateurs pour une meilleure prise en compte des troubles de la santé au travail. Résultats partiels de l'enquête SMART du CFAR. Paris: SFAR; 2010 (Congrès National de la SFAR 2010, www.cfar.org/images/stories/DOCSSmart/abstractenq-smart.pdf).
- [18] <http://www.fonction-publique.gouv.fr/fonction-publique/carriere-et-parcours-professionnel-108>
- [19] Farmer JF. Return to work for junior doctors after ill-health. *Med J Aust* 2002;177(Suppl.):S27–9.
- [20] Pejušković B, Lečić-Toševski D, Priebe S, Tošković O. Burnout syndrome among physicians – the role of personality dimensions and coping strategies. *Psychiatr Danub* 2011;23:389–95.
- [21] Berghmans C, 190 p Soigner par la méditation. Thérapies de pleine conscience. Collection Pratiques en psychothérapie. Issy les Moulineaux: Éditions Elsevier Masson; 2010.
- [22] Moody K, Kramer D, Santizo RO, Magro L, Wyshogrod D, Ambrosio J, et al. Helping the helpers: mindfulness training for burnout in pediatric oncology-a pilot program. *J Pediatr Oncol Nurs* 2013;30:275–84.
- [23] Hoefsmit N, Houkes I, Nijhuis FJ. Intervention characteristics that facilitate return to work after sickness absence: a systematic literature review. *J Occup Rehabil* 2012;22:462–77.
- [24] Gómez-Gascón T, Martín-Fernández J, Gálvez-Herrer M, Tapias-Merino E, Beamud-Lagos M, Mingote-Adán JC, Grupo EDESPROAP-Madrid. Effectiveness of an intervention for prevention and treatment of burnout in primary health care professionals. *BMC Fam Pract* 2013;14:173.
- [25] Vinet A. Travail organisation et santé: le défi de la productivité dans le respect des personnes. Québec: Les presses de l'Université Laval, Saint-Nicolas; 2004, 390 p.
- [26] Hirigoyen MF. Le harcèlement moral: la violence perverse au quotidien. Paris: Pocket; 1999, 252 p.
- [27] Pezé M. Ils ne mouraient pas tous mais tous étaient frappés. Paris: Flammarion, Champs actuel; 2008, 215 p.