

TAKING A STEP BACK

Accueillir le burnout dans sa consultation

Le 3 octobre dernier, de nombreux médecins étaient présents à Wavre pour participer à un symposium interactif consacré au burnout. En effet, ils sont de plus en plus souvent confrontés à des plaintes, et à la nécessité de prendre en charge des patients souffrant d'épuisement professionnel, une pathologie en croissance, mais qu'ils ne connaissent pas bien. Des spécialistes de la question ont abordé avec les médecins participants, de manière très pratique, les questions du diagnostic, de l'incapacité de travail et de la prise en charge de ces malades des temps modernes.

Dr S. Audali

Le burnout, ou épuisement professionnel, est un syndrome de plus en plus fréquent dans nos sociétés occidentales. Selon les professions, il est à l'origine de 5 à 30% des causes d'incapacité et d'absences au travail. La durée moyenne de ces arrêts de travail est de 5 mois. Le stress chronique, à l'origine du mal, est très fréquemment présent chez les travailleurs, il est cité dans 10% des consultations chez le généraliste, et 1 travailleur sur 10 est actuellement en processus de burnout. Ces chiffres démontrent l'ampleur du problème, et la raison pour laquelle le législateur a intégré dans la loi sur le bien-être au travail, la notion de prévention et de prise en charge du burnout. Ils expliquent aussi le besoin d'informations et de formation continue des médecins généralistes, placés en première ligne face à ce type de plaintes. Comme le disait en introduction de la journée le



Dr Pierre Firket

docteur Pierre Firket (clinique du stress et du travail-Liège), « *Il nous faut, en tant que médecins, être aujourd'hui compétents, capables d'entendre des plaintes de burnout, ne pas fuir devant notre impuissance et jouer le rôle d'avocat de notre patient, tout en acceptant de participer à une prise en charge multidisciplinaire par un réseau de thérapeutes.* »

Une maladie qui n'en est pas une

Bien que le concept de la pathologie de burnout soit encore fréquemment nié dans la population générale, les médecins sont aujourd'hui largement confrontés aux divers symptômes associés à l'épuisement professionnel et à la détresse des patients en burnout. Il leur faut donc reconnaître, diagnostiquer, traiter, mettre en arrêt de travail, etc... des individus qui souffrent d'un trouble qui n'est pas défini en tant que tel dans le DSM V. Comment dès lors procéder? Le burnout est en réalité une décompensation de la résistance au stress chronique. Des personnes stressées en détresse, qui ne se plaignent pas toujours, présentent une fatigue extrême qui s'installe et se détériore en épuisement. Classiquement, on décrit le burnout par la présence de trois clusters de symptômes :

- un épuisement physique et émotionnel, le patient est littéralement « vidé », il exprime que c'est « maintenant, sa tête qui lâche ».
- Une dépersonnalisation, qui se manifeste par du cynisme, de l'agressivité parfois ;
- Une perte de satisfaction professionnelle, manifestée par une démotivation, un désengagement, de la culpabilité ou un isolement. Parfois, des problèmes cognitifs sont prépondérants.

Le stress chronique, à l'origine du burnout, est très fréquemment présent chez les travailleurs, il est cité dans 10% des consultations chez le généraliste.

Cependant, chaque burnout est différent, il peut être parfois à l'origine d'une dépression caractérisée, parfois pas. Faire suite à une très longue période de stress, parfois moins. La notion de décompensation est très ténue, puisqu'il s'agit d'un trouble de l'adaptabilité, de la résistance au stress, pour laquelle il n'existe pas de définition de la normalité. Les causes de ce déséquilibre sont intensément liées aux stress chroniques, les stressors pouvant être intrinsèques ou extrinsèques. Parmi les facteurs personnels de risque, on retrouve l'exigence du travail bien fait, la conscience professionnelle, le sens de la vocation ainsi que le fait d'occuper de multiples rôles. Les facteurs de risque extrinsèques sont liés à la surcharge de travail, le manque de reconnaissance ou d'accès aux informations, l'absence de définition des rôles de chacun ou des valeurs de la profession. On constate de ce fait que les travailleurs les plus à risque de burnout sont les plus appréciés dans le monde du travail, on recherche leurs capacités et leur engagement au travail et on leur en confie volontiers de plus en plus.

Des personnalités plus à risque que d'autres

Parmi les facteurs de risque intrinsèques, l'impact du type de personnalité n'est pas anodin. On décrit ainsi des personnalités à haut risque et d'autres protectrices. Les personnalités de type « A », décrites par Meyer Friedman et Ray Roseman pour leur risque cardiovasculaire élevé, sont hyperactives, impatientes, exigeantes vis-à-vis d'elles-mêmes et des autres. Le profil type est celui du « jeune cadre dynamique » dont le stress et l'ambition sont les deux moteurs les plus puissants. Ce profil de « workaholic » est décrit comme particulièrement à risque de burnout, alors que les personnalités extraverties, qui se réjouissent de l'instant présent et sont ouvertes à de nouvelles expériences semblent protégées de ce risque.



Un diagnostic par exclusion



Dr Patrick Mesters

C'est au docteur Patrick Mesters qu'a incombé la difficile tâche de parler du diagnostic de burnout. « *C'est un diagnostic par exclusion* » a-t-il expliqué. D'après les symptômes majoritairement présents, on éliminera les hypothèses de dépression majeure, et on recherchera les causes de types organique,

hormonale, infectieuse, ou encore troubles anxieux, PTSD (harcèlement) et troubles du sommeil.

La principale différence entre burnout et dépression réside dans la perte de l'intérêt : si elle est due à la fatigue, c'est plutôt du burnout, alors que le sujet dépressif est triste et n'éprouve plus de désir par définition. Il n'est pas rare que le burnouté retrouve l'intérêt et le sens du plaisir pendant ses vacances, puis le reperde lors de son retour au travail. Le dépressif est triste et lointain, le burnouté cherche à savoir ce qui lui arrive. Cepen-



Il n'est pas rare que le burnouté retrouve l'intérêt et le sens du plaisir pendant ses vacances, puis le reperde lors de son retour au travail.

dant, il arrive que le burnouté non pris en charge évolue vers une dépression caractérisée, qu'il faudra alors traiter comme telle.

S'agit-il alors d'un trouble de l'adaptation? A part pour les délais décrits dans le DSM V, c'est la pathologie dont la définition se rapproche le plus du burnout. Le certificat d'arrêt de travail devra, selon P. Mesters, être le plus descriptif possible, afin d'aider le médecin-conseil à comprendre la situation. On peut y indiquer burnout, ou trouble de l'adaptation, mais y rajouter tous les symptômes présents et leurs conséquences sur la capacité de travail.



Prof Pitchot (ULg)

N'oublions pas, a rappelé le Pr Pitchot (ULg), qu'un syndrome de type burnout, avec des symptômes de dépression mineure, est 2 à 3 fois plus fréquent qu'une dépression caractérisée dans nos consultations actuelles.

Le médecin n'est pas un juge

La prise en charge de patients burnoutés nécessite énormément de recul. Le Pr W. Pitchot (ULg) met en garde: «*En réalité, c'est le travail qui est malade, pas votre patient. Il est donc particulièrement important de ne pas succomber à la tentation du jugement, de se demander si son patient ne tire pas sur la ficelle en décrivant une incapacité de travailler pour si peu de choses...*» «*Le burnout est aussi une chance*» poursuit-il, «*son pronostic est excellent, des stratégies de traitement existent et sont efficaces, et le passage par le burnout permet de dépister d'autres troubles, de mettre en place une prévention secondaire. De plus, en mettant les choses à plat, en cherchant le sens de sa souffrance, on recherche le bonheur.*»

La prise en charge multidisciplinaire du burnout

«*Avant de chercher à traiter le patient, il faut lui permettre de parler de son travail*» répète le Dr Firket. «*L'écouter de façon professionnelle, lui donner le temps (30 minutes) de parler de ce qui ne va pas, c'est déjà 50% du job.*» Ensuite, on ne devra pas hésiter à faire appel à d'autres ressources (médecin du travail, psychothérapeutes, personne de confiance, formateurs et autres coaches), en fonction des besoins du patient. De fait, la première chose à faire, c'est de prévenir la dépression, l'anxiété, les troubles de l'humeur, voire la décompensation psychotique. On conseille un arrêt de travail suffisamment long, de quelques semaines à quelques mois selon l'ampleur du burnout, et on cherchera à mettre en place des stratégies centrées sur la situation professionnelle (exemple: gestion

du temps), centrées sur la réponse personnelle (exemple: gestion des émotions) et destinées à augmenter la résistance au stress (exemple: relaxation et sport).

«*En règle générale, on ne prescrira pas d'antidépresseur, explique le Professeur Pitchot. Les antidépresseurs peuvent néanmoins se justifier dans certains cas particuliers, mais il conviendra d'être attentif aux effets secondaires (sexuels par exemple) qui pourraient être une source supplémentaire de souffrance. Il ne faut pas non plus dédaigner les alternatives naturelles, telles que le millepertuis (attention aux interactions), le safran ou encore des alicaments tels que le Grintax®, spécifiquement développé pour ce type de symptômes et avec lequel j'ai une expérience positive.*»

«**Le burnout est aussi une chance**»

«**Son pronostic est excellent, des stratégies de traitement existent et sont efficaces, et le passage par le burnout permet de dépister d'autres troubles**»

On peut envisager les antidépresseurs dans les situations suivantes :

- Dépression sub-syndromique avec des antécédents de dépression modérée ou sévère
- Dépression légère compliquant la prise en charge de problèmes somatiques
- Dépression sub-syndromique présente depuis longtemps (> 2 ans)
- Dépression sub-syndromique persistante ou dépression légère persistant malgré d'autres interventions ■

Nice Guidelines