

L'arrêt de travail dans les situations de Burn-out

Contribution du Collège de la Médecine Générale



I – Approche du Burn-out en médecine générale

La souffrance psychique au travail peut regrouper différentes notions comme le stress au travail, les risques psychosociaux ou encore l'épuisement professionnel ou Burn-out. Elle est devenue un motif fréquent de consultation en médecine de premiers recours. 45% des médecins généralistes interrogés en 2009 déclaraient en rencontrer « très souvent », juste après les pathologies lombaires (1).

Le Burn-out n'est pas considéré comme une maladie (2) mais comme un syndrome qui peut être appréhendé en « un processus de dégradation du rapport subjectif au travail à travers 3 dimensions » (3)(4) :

- L'épuisement émotionnel
- Le cynisme vis-à-vis du travail (ou déshumanisation)
- La diminution de l'accomplissement personnel au travail (ou désinvestissement)

Le Burn-out peut se traduire par des manifestations émotionnelles, physiques, cognitives, comportementales ou interpersonnelles et motivationnelles.

Si ce qui suit va s'intéresser à la prise en charge spécifique du Burn-out, les principes sont en réalité transposables aux autres situations de souffrance psychique au travail (6).

II - Burn-out : « Et au travail, ça se passe comment ? »

Il s'agit donc dans un premier temps de repérer les situations de Burn-out. La clinique peut être évocatrice d'emblée, le motif de la consultation étant annoncé clairement, mais il faut parfois aider le patient à faire le lien entre le travail et les symptômes qui peuvent être multiples : fatigue, irritabilité, troubles du sommeil, douleurs,... **Poser simplement la question « et au travail, ça se passe comment ? » peut suffire (5).**

La prise en charge doit ensuite être adaptée selon la cause du Burn-out, la sévérité des signes cliniques et leur évolution ; le tableau peut être sévère avec même des éléments suicidaires, qui sont à rechercher systématiquement ; le Burn-out peut aussi être le premier signe d'un épisode dépressif majeur (1/3 des cas). Il peut également déboucher sur une spirale destructrice avec notamment une victimisation.

Le véritable « outil thérapeutique » qu'est l'arrêt de travail ne résume bien sûr pas la prise en charge, souvent pluriprofessionnelle, qui associe psychothérapie, médecin du travail et, si besoin, anxiolytiques, antidépresseurs. Mais l'arrêt de travail est un élément « majeur », donnant souvent le rythme du suivi. L'intérêt de le poursuivre doit être régulièrement réévalué en pesant la balance bénéfiques / risques avec le patient, de manière adaptée à son état (6). Si l'arrêt de travail peut permettre d'éloigner le patient de la cause de la souffrance et de reconstituer ses ressources, il peut aussi conduire à la chronicisation de la situation, à une culpabilité, à une dévalorisation par les collègues et la hiérarchie et aboutir in fine à une désinsertion professionnelle. En effet, plus l'arrêt de travail est prolongé, plus la reprise d'activité devient difficile, voire impossible (7).

S'il faut veiller à minimiser le risque de désinsertion professionnelle, il faut souvent faire accepter au patient sa situation et la nécessité d'arrêter de travailler afin de se reposer et d'être écarté du cadre professionnel habituel. Certains patients ont en effet des difficultés à désinvestir leur pilier professionnel.

L'analyse de la situation permettra de guider la prise en charge tout au long du suivi, permettant d'être attentif aux causes du Burn-out et à l'individu malade (9) :

- **Le contexte professionnel** : relation à la hiérarchie (harcèlement réel ou ressenti), mise au placard, réorganisations, mutations techniques ou logicielles,
- **Les pertes associées à la perte du travail** : financières, reconnaissance, voiture de fonction...
- **Le repérage de la violence ressentie**, favorisée notamment par des échecs répétés, des antécédents dépressifs, l'Interférence avec des conflits familiaux, des conduites addictives.
- **La qualité de vie et le soutien en dehors du travail** : famille, amis, loisirs, santé physique...

III - Burn-out : l'arrêt de travail en pratique

Deux stratégies sont envisageables concernant l'arrêt de travail (8)

⇒ **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 de 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 revoir le patient au cours de l'arrêt afin d'évaluer son état psychique, de voir comment il envisage l'avenir, de lui demander de consulter le médecin du travail si ce n'est pas déjà fait et de poursuivre l'écoute.

Les consultations répétées permettront de repérer et faire percevoir par le patient la restauration de l'humeur, la restauration de la confiance en soi, l'ouverture vers un avenir professionnel.

Tant que le corps est épuisé, que l'émotivité est très forte et les capacités cognitives en difficulté, l'individu n'est pas capable d'entamer une réflexion sur son positionnement professionnel. Lui en faire prendre conscience au fil des consultations, légitimer le droit à l'arrêt de travail est souvent nécessaire. Favoriser la capacité du patient à faire face dans une situation souvent conflictuelle peut nécessiter une aide psychothérapeutique, notamment dans le cadre de la réforme récente de « monpsy », sans dispenser le médecin traitant d'aborder la question.

Le praticien affichera une neutralité dans ses propos pour aider à la prise de distance, veillera à éviter les propos moralisateurs, prendra en compte la capacité d'adaptation du patient aux exigences de la société.

Soulignons également la vigilance quant aux causes évoquées par le médecin dans l'arrêt de travail : il ne peut que constater l'état du patient mais pas le relier au travail. En particulier, les expressions « Burn out » et encore plus « harcèlement » sont en principe à proscrire.

La prolongation de l'arrêt de travail va dépendre régulièrement de la réponse à la question : « Retourner au poste de travail peut-il altérer de nouveau l'état de santé ? »

Une reprise aménagée, notamment à temps partiel ou dans un autre poste, est souvent utile. Le contact avec le médecin du travail sera donc précoce dès que la problématique du travail et de la reprise d'activité est envisageable pour le patient. Le médecin du travail, dont le rôle est encore trop souvent vu comme limité à la visite d'embauche, peut en effet jouer un rôle majeur en permettant une résolution des conflits, une reprise progressive (temps partiel thérapeutique), un reclassement ou en accompagnant la construction d'un nouveau projet avec un changement d'entreprise, une formation, parfois un passage vers l'inaptitude et/ou l'invalidité.

IV – Pour aller plus loin

Dans le cadre de ce travail le CMG a mené une étude en 2021 auprès d'un panel de 287 médecins généralistes afin d'étudier la prise en charge de la souffrance psychique au travail. Si les résultats complets feront l'objet d'une publication ultérieure, ci-après quelques résultats principaux :

- ⇒ **64% des médecins ont prescrit un arrêt de travail « très souvent » ou « toujours dans le cas d'une souffrance psychique au travail.** Pour 55% d'entre eux la durée de l'arrêt de travail initial était de moins de 14 jours alors que la durée totale était entre 1 et 3 mois pour 50% d'entre eux.
- ⇒ **80% des médecins** ont « très souvent » ou « toujours » revu leurs patients avant la reprise du travail et 39% après la reprise du travail.
- ⇒ **56% des médecins** ont adressé « très souvent » ou « toujours » leurs patients en visite de pré-reprise.

Références

1. Le Luong. Médecins du travail, médecins généralistes: regards croisés [Internet]. 2011. Disponible sur: Le Luong T, Pimbert S, Bled JJ, et al. Médecins du travail, médecins généralistes: regards croisés. Ménard C, Demortière G, Durand É, éditeurs. Saint-Denis, France: INPES; 2011. 189 p.
2. OMS. CIM 11 [Internet]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news/item/11-02-2022-icd-11-2022-release>
3. 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
4. HAS. Repérage et prise en charge cliniques du syndrome d'épuisement professionnel ou Burnout [Internet]. 2017. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_2769318/fr/reperage-et-prise-en-charge-cliniques-du-syndrome-d-epuisement-professionnel-ou-burnout
5. BEGUE Cyril. BURN OUT. Concours Méd. 2016;
6. SISTE - Souffrance liée au travail [Internet]. [cité 4 mars 2012]. Disponible sur: <http://sistepaca.org/01c-souffrance.htm>
7. Barnay T, Favrot J, Pollak C. effet des arrêts maladie sur les trajectoires professionnelles. ÉCONOMIE Stat N° 475-476 2015.
8. Mesters, Pitchot. SYNDROME DE FATIGUE PROFESSIONNELLE (BURNOUT) 2ème partie : de la prise en charge thérapeutique. Rev Médicale Liège.
9. Gollac. 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.

Travaux coordonnés par le Cyril Bègue
Groupe de travail : Francis Abramovici, Michel Villiers-Moriamé
Février 2023