



La plainte de Burn-Out

Dossier documentaire

Thème d'avril 2024

Rédacteur : Dr Denis OKSENHENDLER
Relecteurs et contributeurs: Yves FROGER, Hervé LE NEEL

« Ce dossier documentaire est un document de travail destiné à servir de base de réflexion aux participants de groupes de pairs de médecins généralistes. Ce document est non opposable et non exhaustif ».

PREAMBULE

L'objectif de ce travail est de permettre au médecins participants d'appréhender les différentes dimensions du Burn-Out.

La grande disparité de présentation du patient, les chiffres de prévalence parfois contradictoires, une définition complexe, l'absence de méthodes de mesures diagnostic valides, expliquent la difficulté pour nous de distinguer une plainte souvent somatique au début, d'un burn-out.

Pourtant, une prise en charge précoce et multidisciplinaire est indispensable pour réduire l'impact d'une pathologie dont la forte croissance inquiète tous les acteurs socio-économiques.

LE BURN-OUT EN QUELQUES CHIFFRES

Il n'existe pas à ce jour de **système de calcul officiel pour mesurer le burn-out chez les salariés**, mais de nombreuses études ont permis de dresser un bilan chiffré et de mettre en avant certains faits sur le sujet.

Ainsi, selon l'Institut de veille sanitaire, **480 000 personnes en France** seraient en **détresse psychologique au travail** et le burn-out en concernerait 7%, soit 30 000 personnes sur le territoire français.

Une étude du cabinet Technologia révèle un chiffre bien plus inquiétant : 3,2 millions d'employés, c'est-à-dire 12% de la population active, présenteraient un "risque de burn-out".

Selon une plus récente étude réalisée par Opinion Way avant l'été 2022, la détresse psychologique des collaborateurs « reste à un niveau élevé et inquiétant ». Selon ces chiffres, elle toucherait 41 % des salariés, dont 14 % à un taux élevé. En outre, 34 % des salariés français seraient en burn-out, et parmi eux 13 % en burn-out qualifié de « sévère » (soit plus de 2,5 millions de personnes).

Selon cette même enquête, les populations les plus durement exposées à ce type de pathologies seraient :

- Les femmes, à 46 %, avec une baisse de 1,5 points par rapport à 2021 ;
- Les moins de 29 ans, à 59 %, avec une hausse de 5 points par rapport à 2021 ;
- Les télétravailleurs, à 45 %, avec une hausse de 5 points par rapport à 2021 ;
- Les managers, à 43 %, avec une hausse de 10 points par rapport à 2021.

Aujourd'hui, le problème envahit tous les secteurs d'activité avec une prévalence plus importante chez les travailleurs exposés au public.

Le Réseau national de vigilance et de prévention des pathologies professionnelles (RNV3P) constate qu'aujourd'hui les troubles psychosociaux et du comportement sont les premiers problèmes de santé au travail observés dans les centres de consultation de pathologies professionnelles (CCPP).

LA PLAINTÉ DU PATIENT, PRESENTATION CLINIQUE

Trois stades conduisent au burn-out.

Ces trois stades représentent également les trois dimensions du burn-out :

l'épuisement émotionnel, la déshumanisation (dépersonnalisation) et la réduction de l'accomplissement personnel.

Au cours du 1er stade, le patient présente un sentiment de fatigue physique et psychologique irrécupérable, des troubles du sommeil, des douleurs inexplicables (cervicalgies, dorsalgies, lombalgies, céphalées), des réactions neurovégétatives (vertiges, nausées), une prise ou perte de poids, des troubles de la libido, des troubles de l'humeur et des troubles cognitifs (concentration, attention, indécision, procrastination, désorientation spatiale, etc.).

Dans le 2ème stade, le patient adopte une attitude cynique avec déshumanisation, agressivité à l'égard du travail et des personnes impliquées dans ce travail, pessimisme, disparition de l'empathie, hypersensibilité émotionnelle, troubles de l'humeur et culpabilité. C'est souvent à ce stade que l'entourage déclarera ne plus reconnaître le patient. Celui-ci pouvant lui-même déclarer : «Docteur, je ne me reconnais plus».

Enfin, au 3ème et dernier stade de la pathologie, le patient «craque» littéralement. Il présente une perte du sentiment d'accomplissement personnel dans l'exercice du métier, une diminution de l'efficacité au travail, un désengagement psychologique. Le burn-out entraîne une disparition de la volonté de l'individu qui se sent acculé dans une impasse, sans la moindre issue, avec un risque suicidaire.

Le médecin généraliste est clairement en première ligne pour détecter, identifier et traiter le 1er stade du burn-out. De son intervention efficace à ce stade peut dépendre la guérison du patient, ou son évolution inexorable vers les stades suivants de la pathologie.

Les **plaintes seront souvent d'ordre organique** et le médecin généraliste sera amené à faire le tri. En cas de suspicion, il ne faut pas hésiter à ordonner une interruption du temps de travail de courte durée et demander à revoir le patient lors d'une consultation de plus longue durée.

Évolution du syndrome de burnout, du déni à l'acceptation

La souffrance s'installe insidieusement. Sa progression peut prendre des mois, voire des années. Souvent, les personnes concernées ne se rendent pas compte de l'ampleur du problème. L'entourage et/ou le MG tireront, les premiers, le signal d'alarme. le patient passera successivement par plusieurs étapes que le MG devra apprendre à accompagner et respecter :

- déni,
- révolte,
- négociation,
- victime,
- abattement et découragement,
- enfin l'acceptation.

DEFINITION

Absence d'une définition convaincante, consensuelle, et réellement opérante.

Le syndrome d'épuisement professionnel n'est pas considéré comme une maladie dans les classifications de référence, mais comme un « facteur influant sur l'état de santé et motif de recours aux services de santé ».

L'OMS caractérise le burn-out comme un sentiment de fatigue intense, de perte de contrôle et d'incapacité à aboutir à des résultats concrets au travail, ce qui se traduit par les trois stades successifs : **épuisement émotionnel**, **déshumanisation** (dépersonnalisation) puis la **réduction de l'accomplissement personnel**.

L'OMS précise bien que ce terme concerne uniquement le contexte professionnel.

En conséquence, la diminution ou l'atténuation des troubles liés à l'épuisement professionnel passe d'abord par une analyse des dysfonctionnements des organisations et des relations de travail.

LES CAUSES DU BURN-OUT

Facteurs professionnels

*La liste des causes liées au travail n'est pas exhaustive, les **deux principales** sont probablement :*

- conflit de valeurs, notamment dans le service public, **la perte de sens**,
- **la forte implication** dans le travail: Touche particulièrement les professions vocationnelles, (l'aide ou le soin)

On peut citer également :

- objectifs trop élevés (déséquilibre entre objectifs demandés et moyens mis à disposition),
- un manque de clarté des tâches, une confusion des rôles,
- la surcharge de travail,
- un faible soutien des supérieurs hiérarchiques ou des collègues,
- difficultés relationnelles, une mauvaise ambiance de travail, voire conflits avec les collègues
- disparition de la notion de «mission» et de solidarité entre collègues
- des comportements managériaux abusifs ou défaillants.
- faible latitude d'action,
- restriction du droit aux initiatives spontanées,
- absence de reconnaissance,
- difficulté d'accès à l'information,
- qualité empêchée qui force l'employé à «devoir bâcler la tâche».

Facteurs individuels

Les causes individuelles sont multiples et interagissent avec les causes organisationnelles.

Elles ne peuvent jamais être incriminées seules dans la survenue d'un burn-out. Les causes individuelles «flambent» au contact de facteurs propres à l'entreprise.

- *La robustesse (hardiness) ou dynamisme* qui se caractérise par une implication importante dans les activités professionnelles, le sentiment de contrôle sur les événements et les situations et l'ouverture aux changements.
- *L'estime de soi et la confiance en soi* : Les trois dimensions du burn-out sont corrélées négativement avec l'estime de soi, de sorte que plus les symptômes de burn-out sont importants, moins l'individu s'estime et a confiance en lui.
- *La sociabilité* : le burn-out est également associé à des individus qui sont «orientés vers les autres», généreux, toujours présents pour les autres, dans une empathie extrême, le désir de plaire aux autres et l'oubli de soi.
- *L'hyperactivité* caractérisée par une ambition marquée et un emploi du temps surchargé dans lequel le repos est vécu comme une perte de temps.
- *Le perfectionnisme* se caractérise par le souci du détail, des exigences élevées avec l'impossibilité ou la grande difficulté à déléguer des tâches aux autres.

Envahissement de la vie personnelle

Le lieu et le temps de travail sont quasiment abolis dans bien des secteurs.

Le travail occupe une place prépondérante dans la vie des cadres (61 %). Ces derniers sont de plus en plus nombreux à travailler le soir, après 20 heures (50 % des cadres) et le week-end (droit à la déconnexion, la loi n° 2016-1088 du 8 août 2016).

LA MESURE DU BURN-OUT (5), des méthodes encore imparfaites

La psychométrie du burn out est dominée par le Maslach Burn Out Inventory (**MBI**) mis au point en 1981. Le MBI est constitué de 22 questions qui ont trait à trois domaines :

- l'épuisement émotionnel (9 items) ;
- la dépersonnalisation, la déshumanisation ou le cynisme (5 items) ;
- le sentiment d'accomplissement personnel (8 items)

Le MBI n'est pas exempt de critiques. En premier lieu, il n'a été construit qu'autour des trois dimensions du burn out selon Maslach. Il ne peut être considéré comme un outil diagnostique. Il est joint en annexe à ce dossier.

Copenhagen Burn-out Inventory (CBI) prend en compte autour de 19 questions trois dimensions fondamentales du burn-out : l'épuisement personnel, l'épuisement professionnel et l'épuisement relationnel. Il produit un score pour chacune de ces dimensions.

Il est généralement considéré que les qualités psychométriques du CBI en font un bon outil de diagnostic et de prévention. Cependant, il n'existe pas de version francophone complètement validée.

LE ROLE DU MEDECIN TRAITANT

Le premier recours

Le diagnostic du lien entre état de santé et travail fait partie de la mission générale de prévention attribuée au médecin du travail par le code du travail. Malheureusement, compte tenu des difficultés d'accès régulier aux services de santé au travail, se tourner vers leur médecin traitant est donc très souvent la seule possibilité qui s'offre aux patients.

L'arrêt de travail (AT)

La **prescription d'un arrêt de travail pour interrompre l'exposition** au facteur de risque professionnel et permettre la guérison est indispensable.

La déclaration de maladie professionnelle peut être faite en concertation avec le patient. Il est important d'expliquer au patient que nous déclarons un syndrome, une **maladie à caractère professionnel** et que cela n'implique pas de facto la responsabilité du salarié ou de son employeur, ceci afin d'éviter au patient de **s'installer dans une position de victime** avec l'idée du harcèlement de l'employeur, et donc un déplacement de la problématique qui complique un éventuel retour à l'emploi.

Notre rôle est de rédiger un **certificat médical initial (CMI)** en précisant bien un **diagnostic** (trouble anxieux, syndrome dépressif) et faire un arrêt de travail en maladie professionnelle.

Nous ne devons pas noter d'origine professionnelle ni mettre burn-out sur le certificat et l'arrêt afin de ne pas être mis en cause en cas de contestation de l'employeur.

C'est au médecin conseil et à la CPAM d'instruire notre demande et d'établir le lien de causalité.

Il faut bien prévenir le patient qu'il n'y a **pas de tableau de MP** pour le burn-out. Ce sont donc les **C2RMP** (Comités Régionaux de Reconnaissance des Maladies Professionnelles) qui statuent au cas par cas. En attendant la réponse qui peut être longue, le patient sera indemnisé en maladie.

Une concertation possible avec la médecine du travail

Selon une étude du cabinet Rehalto publiée le 10 juin 2016, pour 20 % des arrêts de travail, les salariés concernés estiment que leur arrêt est lié à leur travail. Cette perception contraste

fortement avec celle des directeurs des ressources humaines, qui estiment que seuls 4 % des arrêts sont liés au travail.

Selon le rapport de l'Agence européenne pour la sécurité et la santé au travail, 50 à 60 % des journées de travail perdues dans l'Union européenne ont un lien avec le stress au travail.

Un communiqué des syndicats médicaux, publié le 6 avril 2015 évalue à **200 par an le nombre de plaintes d'employeurs contre des médecins** (dont la moitié concernerait des médecins du travail).

La demande de consultation ou un échange avec le médecin du travail (MdT) est donc **primordiale dès le début de la prise en charge** pour plusieurs raisons :

- un **RDV de liaison** avec son employeur ne peut être déclenché **qu'après 3 mois** d'arrêt. L'employeur est alors obligé de l'informer de ses droits (visite de MdT, aller voir conseiller d'évolution pro, voir son service RH).
- L'arrêt de travail n'est pas connu du MdT qui ne peut donc convoquer spontanément le patient au début de sa prise en charge.
- Permettre au MdT d'avoir le temps de faire une « étude de poste » pour ensuite nous partager son point de vue sur l'étiologie professionnelle de la maladie et les facteurs de risque aggravants est une information qui modifie la prise en charge thérapeutique (Le nombre d'entreprises et de salariés suivis par chaque MdT ne leur permet pas la plupart du temps de connaître les risques en amont).
- Préparer le retour à l'emploi, prévoir visites de pré-reprise et de reprise.

Cette demande de consultation peut être faite par le salarié lui même, par le médecin traitant, par le médecin conseil, mais pas par l'employeur (car l'arrêt de travail est une suspension du contrat).

Pour faciliter ses échanges et aider au retour à l'emploi, des Cellules de prévention de la désinsertion pro (CPDP) devraient être mises en place prochainement par les services de prévention et de santé au travail (SPST), PST 35 en Ille et Vilaine.

Cette CPDP doit bénéficier d'une ligne directe et a un rôle de coordination.

La **visite de pré-reprise** est à anticiper et est obligatoire maintenant après 60 jours d'arrêt en maladie, 30 jours en accident du travail et sans limite en cas de maladie professionnelle.

Annexés au dossier, trois documents concernent ces visites de pré-reprise, de reprise et les liens entre médecin traitant et médecin du travail d'une part, entre salarié et employeur d'autre part.

<https://preventionsantetravail35.fr/risques-psychosociaux>

<https://bretagne.dreets.gouv.fr/>

LA PRISE EN CHARGE THERAPEUTIQUE (4)

Importance de l'écoute

Le patient pourra présenter une multitude de tableaux cliniques tant somatiques (notamment une fatigue irrécupérable, des troubles du sommeil, des douleurs diffuses) que psychologiques (notamment des troubles de l'humeur, des troubles cognitifs et une perte de la libido) que seule l'écoute permettra de décoder.

La question du temps à octroyer à ce type de patient se pose de manière centrale. Il sera souvent intéressant de **fixer un deuxième rendez-vous** au patient, à un moment plus propice tant pour lui que pour le médecin, afin d'envisager une consultation de plus longue durée.

L'incapacité temporaire de travail (ITT)

Il est généralement difficile de convaincre les travailleurs victimes d'un burn-out d'être mis en incapacité pendant une longue période. En effet, ceux-ci sont, le plus souvent, très investis dans leur travail et présentent de grandes difficultés à lâcher prise.

Un des premiers objectifs dans une prise en charge optimale du burn-out sera de faire accepter au patient sa situation et la nécessité d'arrêter de travailler.

Le fait d'être en dehors du milieu du travail permettra au patient, avec l'aide du thérapeute, d'identifier et distinguer les facteurs intrinsèques (par exemple, le perfectionnisme) des facteurs extrinsèques (environnement de travail), mais également de permettre une réflexion afin de mieux identifier ses priorités et trouver un meilleur équilibre entre vie privée et vie professionnelle. Par la suite, au bout de plusieurs mois, quand le patient sera à nouveau apte à reprendre une activité professionnelle, la prescription d'un mi-temps thérapeutique sur une période déterminée est souvent indiquée et permet au patient de se réadapter de manière progressive à son environnement professionnel.

La durée d'arrêt de travail va dépendre de différents facteurs dont :

- a) le stade d'évolution du burn-out,
- b) la personnalité du patient,
- c) les capacités du patient à lâcher prise,
- d) sa capacité de remise en question,
- e) la présence d'un soutien professionnel, social et familial,
- f) sa qualité de vie et son hygiène de vie,
- g) la présence d'une pathologie psychiatrique associée.

En cas de burn-out, l'ITT est estimée en moyenne à **10 mois**; 80 % des patients se situant entre 5 et 11 mois

Antidépresseurs

Environ **2 patients en burn-out sur 3 ne répondent pas aux critères d'un épisode dépressif majeur**. Ils se plaignent principalement de symptômes comme les troubles du sommeil, la perte d'énergie, les difficultés de concentration ou une diminution de l'appétit. Par contre, la tristesse, l'anhédonie, le ralentissement psychomoteur ou les idées suicidaires sont des symptômes assez peu présents. Lorsque le seuil de diagnostic n'est pas atteint, on parle d'une dépression sub-syndromique.

La fatigue professionnelle non traitée peut, dans certains cas, évoluer vers la dépression, auquel cas la prescription d'un antidépresseur sera requise.

Plus le degré de burn-out est sévère, plus le risque d'évoluer vers la dépression et la nécessité de prescrire un antidépresseur augmenteront.

On peut envisager la prescription d'antidépresseurs dans les situations de dépression sub-syndromique suivantes :

- avec des antécédents de dépression modérée ou sévère,
- avec dépression légère mais compliquant la prise en charge de problèmes somatiques,
- avec dépression présente depuis longtemps (> 2 ans),
- avec dépression légère mais persistant malgré d'autres interventions.

Si un antidépresseur est indiqué, on choisira un inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (SSRI/ ISRS) qui ont également fait la preuve de leur efficacité dans la prise en charge des troubles anxieux.

Les inhibiteurs de la recapture de noradrénaline et sérotonine (SNRI/ IRSNa) sont également des produits intéressants lorsque la réponse aux SSRI / ISRS est insuffisante (fonctions cognitives).

Autres médicaments

La prescription d'une benzodiazépine est une option **souvent évitable** et est surtout loin de constituer un élément important de la prise en charge.

L'anxiété décrite par le patient en burn-out n'est pas forcément pathologique. La prescription d'une benzodiazépine pourra être justifiée si l'anxiété est associée à une souffrance importante, une inhibition et, surtout, si elle perturbe le fonctionnement du patient.

Thérapies comportementales et cognitives

Les thérapies comportementales et cognitives (TCC) sont des thérapies relativement brèves, empiriquement validées («Evidencebased») qui visent le changement dans «l'ici et le maintenant» des pensées, des émotions et des comportements invalidants qui sont sources de souffrances chez un individu. L'objectif est, d'abord, d'analyser avec le patient les facteurs qui ont contribué à l'apparition (le pourquoi) et au maintien (le comment) des comportements problématiques. Le psychothérapeute accompagne le patient dans le développement de nouvelles manières de penser et de développer des comportements adaptés à la réalité de sa situation en vue de retrouver un sentiment de bien-être et de satisfaction dans sa vie actuelle.

Le burn out est dévastateur en ce qui concerne la confiance en soi. La thérapie comportementale et cognitive vise d'abord la reconstruction de soi.

A. Phase de l'acceptation

Une première phase de la thérapie consiste en l'acceptation du burn-out et de ses conséquences sur la vie quotidienne. Il permet de remettre le sens des priorités et de réfléchir à ce qui a le plus d'importance.

La question de l'avenir professionnel, essentielle pour son développement personnel, est reportée à plus tard, quand la personne sait à nouveau qui elle est.

B. La phase de reconstruction

Une deuxième phase concerne la (re)construction de l'estime de soi.

Il s'agit de travailler l'assertivité, c'est-à-dire apprendre à dire «non», mettre ses limites, et également travailler sur la question des idéaux professionnels et personnels («toujours plus et toujours mieux») de même que sur ses exigences personnelles, le perfectionnisme, les pensées anxieuses («que vais-je devenir ?», «si je perds mon travail, je ne vais plus pouvoir payer ma maison»), la peur du jugement de l'autre («que va penser ma famille de moi ?», «que vont dire mes collègues ?») etc.

C. La question du sens et des valeurs

Enfin, la question du sens et des valeurs est travaillée avec les patients : qu'est-ce qui est important pour le patient dans sa vie ? Qu'est-ce qui contribue à son bonheur ? Quelles sont ses priorités ? Quelles sont ses valeurs ? Comment peut-il être cohérent avec ses valeurs dans le monde professionnel ?

En final, lorsqu'il a été bien pris en charge, le burn-out peut avoir donné un «nouveau sens à la vie» parce que, à travers cette souffrance, la personne aura pu trouver la réorientation idéale, ou du moins la meilleure possible, à sa vie professionnelle.

Le rôle de la TCC et du psychologue consistera :

- 1) d'abord, à aider le patient à accepter son burn-out,*
- 2) ensuite, à aider le patient à reconstruire son estime de soi,*
- 3) enfin, à clarifier la question du sens et des valeurs dans la cohérence avec le monde professionnel.*

Adresses des psychologues du travail : <https://annuaire.souffrance-et-travail.com/>

La thérapie de soutien

Elle suppose recueil, écoute, compréhension et accompagnement pour susciter un changement. C'est ce que nous faisons tous lorsque nous prenons ces patients en charge, et son efficacité est souvent supérieure à ce que nous présumons.

La thérapie EMDR

Elle s'adresse surtout à des patients victimes de traumatismes (humiliations, harcèlement).

Les angoisses des patients en burn-out ne doivent pas être confondues avec **des états de stress aigus, des crises d'angoisses d'origine professionnelle qui doivent être déclarés en accident du travail.**

L'activité physique (6) (7) :

Être actif. On le sait depuis longtemps : le mouvement est le meilleur antidépresseur.

Pour cette raison, une activité physique modérée joue un rôle déterminant également au cours de la thérapie. Elle aide la personne concernée à revenir à une conscience de soi positive et satisfaisante.

La détente :

Être attentif. Idéalement, les activités physiques sont en juste équilibre avec des temps de détente. La détente ciblée, un comportement attentif envers soi-même et envers ce qui nous entoure, constituent le noyau central d'un concept thérapeutique holistique. La pratique régulière de la méditation ou d'exercices d'attention est importante pour prévenir la rechute en cas de syndromes dépressifs et psychovégétatifs.

L'hypnose médicale, le training autogène ou d'autres techniques de la médecine complémentaire telles que la médecine traditionnelle chinoise (acupuncture, qi gong) sont des éléments importants, faciles à intégrer dans la vie quotidienne.

L'auto-hypnose

L'apprentissage de la technique d'hypnose permet de reprendre la maîtrise de son espace mental, de lutter contre les pensées parasites qui l'envahissent.

Le patient a la sensation de penser tout le temps, sans pouvoir vous arrêter, sur un sujet unique : ce sont les ruminations. La conséquence la plus évidente est une sensation de fatigue intense et de lutte, de ne plus pouvoir lâcher.

Le patient en burn-out a perdu la capacité naturelle de vider votre tête et de passer d'une activité focale de votre cerveau à une activité générale. Il faut donc introduire une technique susceptible d'induire un changement d'état et de rétablir le bon équilibre.

L'auto-hypnose est une technique très puissante, qui permet d'arriver rapidement à cet effet. Il ne s'agit pas d'un lâcher-prise, mais au contraire d'une reprise en main du cours de vos pensées. L'auto-hypnose est rapide à acquérir, cinq séances peuvent suffire pour réaliser un changement et parvenir à une nouvelle prise de conscience. Les outils développés sont alors réutilisables dans le quotidien.

Le coach professionnel

Le coaching est un accompagnement qui aide le patient à faire face à des questions ou des difficultés professionnelles. Le coach soutient le patient dans la recherche et la mise en place de solutions qui lui conviennent, en se basant sur ce qu'il est prêt à mettre en œuvre pour atteindre ses objectifs.

Le coaching diffère de la consultation psychologique, même si les deux stratégies sont proches.

L'individu adopte une position différente face à ces deux professionnels : «réactif» chez le «psychologue» qu'il consulte parce que son travail et son organisation sont devenus une source de

stress, il est davantage «proactif» chez le coach, avec lequel il définit ses options et cherche des solutions face aux problèmes rencontrés dans son organisation.

A quel moment aller voir un coach ?

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. Il ne s'agit pas d'attendre que la personne soit prête à reprendre le travail, mais que ce soit possible pour elle d'y penser et d'y réfléchir.

C'est donc, **le plus souvent, pour éviter une rechute que l'on voit un coach**. Si le patient retourne dans la même entreprise, à la même place et en abordant son travail de la même façon, les mêmes causes produiront les mêmes effets.

Dans près d'un tiers des cas, la personne ayant fait un burn-out ne retourne pas chez son employeur précédent; soit que les causes de son burn-out soient trop liées au fonctionnement de son organisation pour qu'un retour soit envisageable sereinement; soit que le temps et le recul pris l'aient amenée à prendre conscience d'un souhait profond de réorientation.

Le rôle du coach ne doit pas être sous-estimé et doit être vu comme une approche complémentaire à la prise en charge, souvent dans un second temps et dans une optique de prévention pour éviter ou limiter le risque de récurrence.

Approche multidisciplinaire

Le MG et/ou le psychiatre seront amenés à mettre en incapacité de longue durée le patient et à mettre en place un traitement médicamenteux associé à la prise en charge psychothérapeutique, en bonne intelligence avec le psychologue et/ou le coach professionnel prenant également en charge le patient. Il est essentiel que les différents intervenants autour du patient (médecin généraliste, médecin du travail, psychiatre, psychologue, kiné, coach) travaillent main dans la main et de la manière la plus complémentaire possible.

Cette approche multidisciplinaire devient indispensable dans les stades de burn-out les plus profonds ou quand celui-ci se retrouve conjugué à un syndrome dépressif.

Conclusion

Le médecin généraliste, premier contact pour le patient, joue un rôle central dans l'évaluation diagnostique et la prise en charge thérapeutique du burn-out. Cette prise en charge pourrait se résumer en dépistage, écoute, arrêt de travail et orientation du patient.

1 - HAS, Repérage et prise en charge clinique du syndrome d'épuisement professionnel ou burnout, rapport d'élaboration mars 2017

2 - Rapport d'information n° 4487 enregistré à la présidence de l'assemblée nationale le 15 février 2017, déposé en application de l'article 145 du règlement, par la commission des affaires sociales, en conclusion des travaux de la mission d'information relative au syndrome d'épuisement professionnel (ou burn-out) et présenté par M Gérard SEBAOUN député

3 - SYNDROME DE FATIGUE PROFESSIONNELLE (BURNOUT) 1ère partie : de l'identification par le médecin généraliste ; N. Clumeck (1), S. Delroisse (2), S. Gozlan (3), M. le Polain (4), A.-C. Massart (5), P. Mesters (6), W. Pitchot (7)

4 - SYNDROME DE FATIGUE PROFESSIONNELLE (BURNOUT) 2ème partie : de la prise en charge thérapeutique
P. Mesters (1), N. Clumeck (2), S. Delroisse (3), S. Gozlan (4), M. Le Polain (5), A.-C. Massart (6), W. Pitchot (7)

5 - Des outils de mesure du burn out imparfaits, La revue prescrire, mai 2021, tome 41, n°451, page 375

6 - LE BURN-OUT ET LA DÉPRESSION D'ÉPUISEMENT Informations destinées aux personnes concernées et à leurs proches
Dr Joachim Leupold Spécialiste en psychiatrie et psychothérapie

7 -

https://www.researchgate.net/publication/316788953_L'IMPORTANCE_DE_L'EXERCICE_PHYSIQUE_DANS_LA_PREVENTION_ET_LE_TRAITEMENT_DU_BURN-OUT