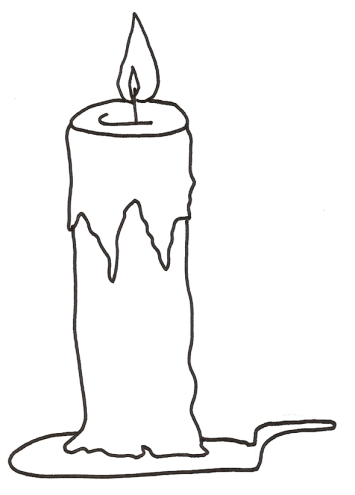
MCj02343970000[1]

**LE BURN-OUT**

**ou**

**LES CENDRES D’UN FEU SACRÉ**

****

« Il n’y avait plus assez de musique en moi pour danser la vie «

Dr Louis Ferdinand Céline

EPU BAIE DE SOMME  
 21 DECEMBRE 2OO9 Formateur : Dr G DUSSART

Expert : Dr J DOUNIOL

Sommaire

[PRE- et POST-TESTS 3](#_Toc238963147)

[INTRODUCTION 4](#_Toc238963148)

[Cas clinique n°1 5](#_Toc238963149)

[CAS CLINIQUE N° 2 8](#_Toc238963150)

[CAS CLINIQUE N° 3 9](#_Toc238963151)

[CAS CLINIQUE N° 4 10](#_Toc238963152)

[CAS CLINIQUE N°5 11](#_Toc238963153)

[CONCLUSION 13](#_Toc238963154)

[BIBLIOGRAPHIE 14](#_Toc238963155)

# PRE- et POST-TESTS

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Vrai | Faux |
| 20% des médecins en invalidité le sont pour des motifs  « Psychiatrie, éthylisme, toxicomanie « |  | **x** |
| Les enseignants constituent la profession la plus touchée  par le suicide. |  | **x** |
| L’épuisement émotionnel à point de départ professionnel  est l ‘unique signe majeur du burn-out. |  | **x** |
| Le B.O.S. (burn- out syndrome) est une dépression sévère  à point de départ professionnel |  | **x** |
| Quand on recherche un B.O.S. chez un médecin, le déni de tout problème par ce dernier est une constante. | **x** |  |
| Un médecin victime du B.O.S devient le plus souvent cynique. | **x** |  |
| Le B.O.S est guéri par le repos. |  | **x** |
| L’incidence du B.O.S. commence à diminuer grâce à une meilleure connaissance de cette pathologie et à la prévention qui en découle. |  | **x** |

# INTRODUCTION

**Le B.O.S. (BURN – OUT SYNDROME)** est une pathologie du mal-être professionnel

pouvant conduire au suicide; celle-ci est en pleine progression malgré une meilleure

approche diagnostique et thérapeutique.

Elle survient avant tout dans des professions à fortes sollicitations mentales, émotionnelles et affectives.

En tête de liste : les professions médicales et paramédicales.

Quelques chiffres :

D’après l’OMS, la dépression deviendra la deuxième cause d’invalidité dans le monde, après les maladies cardio vasculaires.

Concernant les médecins :

1. **Rapport CARMF 2008 :**

* En 2007 ,42% des médecins en invalidité le sont pour des motifs

psychiatriques et/ou éthylisme et/ou toxicomanie.

* Les suicides ont représenté cette année-là 35 % des causes de décès de la tranche des 35 -65 ans. (A comparer aux chiffres 2003 : 14%)

1. **Enquêtes URML (2002 à 2007)**

* 47% des médecins interrogés présentent les symptômes du burn-out et 53% se sentent menacés par ce syndrome.
* 90% des médecins interrogés se plaignent de mal-être.
* 86% des médecins prenant des psychotropes le font en auto prescription.

1. **Dans l’arrondissement d’Abbeville**,

* 3 médecins sont actuellement interdits d’exercice pour ces motifs.
* Sondage sur 43 médecins en Juin 2009 (AMRA et EPU BS) :
* 63% présentent des signes de burn-out élevé (test de Maslach), sur au moins un des trois critères
* 23% considèrent la toxicomanie comme un problème fréquent chez les médecins de la Somme.
* 53% considèrent l’alcoolisme comme un problème fréquent voire très fréquent chez ces mêmes médecins.

# Cas clinique n°1

Le docteur LABOU. J se consume petit à petit : lui qui était si enthousiaste, si énergique, parait désormais complètement lessivé.

Depuis un an, il se sent de plus en plus vidé nerveusement, devient irritable et anxieux devant un travail lui paraissant de plus en plus difficile.

Ses confrères ont noté que, depuis quelques mois, il devenait moins sympa avec ses malades, voire cynique :

« Ce brave monsieur Martin «  était devenu  »Le pontage de la 243 «, puis, depuis peu,

« Ce c…qui, s’il n’avait pas fumé comme un sapeur, ne serait pas là à me faire c…. cette nuit !

Depuis peu, sa famille est inquiète : il semble déprimé, néglige son travail, prend

(de lui-même) des anxiolytiques à grosses doses, augmente sa consommation de pur malt 15 ans d’âge et son banquier commence à tousser…

Ses proches l’entendent dire qu’il est nul, qu’il fait un boulot de m…, mais à ses rares collègues qui s’inquiètent, il dit que tout va bien.

**QUESTIONS :**

**Quels sont les signes pouvant être rapportes à un Burn-out ?**

**Pouvez –vous les regrouper en catégories distinctes ?**

**Quand semble débuter le B.O. du Dr LABOU ?**

**REPONSE CC1**

LE BURN-OUT : bougie en train de s’éteindre, à bout de souffle, être carbonisé.

**LE B.O. est une TRIADE :**

1. **L’EPUISEMENT EMOTIONNEL**

Sentiment d’être épuisé et vidé par son travail, entraînant un manque de motivation et d’entrain au travail.

Sentiment d’accablement qui rend tout difficile, voire insurmontable.

Baisse progressive et de plus en plus nette de l’énergie au travail.

Fatigue.

Les difficultés matérielles paraissent ingérables.

Irritabilité.

Stress, anxiété.

1. **DEPERSONNALISATION**

Deshumanisation de la relation à l’autre ; tendance à dépersonnaliser ses patients, considérés comme des objets sans affect, ni intérêt.

**Maitre mot : le CYNISME**

C’est une stratégie catastrophique à moyen terme :

« Je n’ai plus d’énergie pour répondre aux demandes de mes patients.

Ma seule façon de me défendre, de ne pas souffrir de cette incapacité est de bloquer toute l’empathie que j’avais à leurs égards. »

Apparition de psychorigidité, d’inertie, de pseudo-activisme associé à une inefficacité grandissante au travail, indifférence.

1. **REDUCTION DE L’ACCOMPLISSEMENT PERSONNEL**

**Ou AUTODEVALUATION**

Le soignant se dévalue lui-même, se jugeant incompétent, sans aucune efficacité professionnelle et donc inutile pour ses patients.

Sans estime pour son travail, il le néglige et se laisse aller à l’épuisement.

Baisse de l’estime de soi.

Anhédonie.

Addiction.

Déni de souffrance.

Développement de sentiments et d’attitudes négatives.

La victime d’un burn-out s’isole.

**LES SIGNES DE GRAVITE SONT :**

° Perte du plaisir à exercer son métier

° Changement du caractère

° Isolement accentué

° Perte du respect de soi

° Incapacité à mener ses consultations

° Décompensation de certaines névroses sous-jacentes

° Difficultés à se protéger du décès de ses malades

**EXEMPLE D’EVOLUTION POSSIBLE D’UN B.O. :**

Je m’investis trop +++++

Je fais trop de sacrifices +++++

Je m’épuise +++++

Je n’apporte plus autant à mes patients ++++++

Je me protège en devenant cynique puis en bâclant mon travail ++++++

Je finis par me trouver nul et donc parfaitement inutile.

**Enthousiasme**

**Stagnation**

**Frustration**

**Apathie**

**Désespoir**

# CAS CLINIQUE N° 2

LE B.O.S. PEUT EVOLUER ET PRESENTER, COMME ON L’A VU DANS LE CAS N° 1, DES SIGNES DE GRAVITE.

IL PEUT MEME ABOUTIR A UN SUICIDE.

QUELS SONT ALORS LES SIGNES D’ALARME, VERITABLES MARQUEURS DU RISQUE SUICIDAIRE, QU’IL FAUT ABSOLUMENT REPERER ET NE PAS NEGLIGER ?

**REPONSE CC2**

Il existe cinq marqueurs du risque suicidaire :

**1) ADDICTOLOGIE** (surtout alcool et médicaments)

(Dans 50% des cas)

**2) DIVORCE**

(Dans 50% des cas)

**3) DIFFICULTES FINANCIERES**

(Dont retard paiement Ordre, Ursaff, Carmf)

1. **CONTENTIEUX**

(Subis ou provoqués : administratif, judiciaire ou ordinal)

**5) MALADIE GRAVE**

(Physique ou psychique)

° Enquête CNOM-CARMF concernant 26 départements :

492 décès dont 69 suicides certains

Incidence 14% (population générale même tranche d’ âge 35-65 ans = 5,4% )

° Enquête Léopold dans le Vaucluse :

22 morts dont 11 suicides :

80% avaient au moins 3 marqueurs

90% avaient au moins 2 marqueurs

100% avaient au moins 1 marqueur

Il faut savoir repérer et ne pas négliger ces marqueurs du risque suicidaire.

L’incidence élevée de suicide (14% des décès) soit 2 à3 fois la normale

(Et, soi dit en passant, supérieure à celle du corps enseignant ….)

se retrouve dans toutes les enquêtes et tous les pays occidentaux.

# CAS CLINIQUE N° 3

QUELS SONT LES FACTEURS FAVORISANT LE BURN-OUT ?

**REPONSE CC 3**

**1°) SURMENAGE ET SOLITUDE professionnelle**

Suractivité, longueur des journées et surtout nombre d’ actes élevé,

Isolement, insécurité,

Prise en charge difficile et/ou chronophagie de certains patients

**2°) ALTERATION RESSENTIE DE L’IMAGE**

Perte du statut, de la respectabilité ; non- reconnaissance de son action ;

Utopie du rêve humaniste initial ; attitudes non confraternelles

**3°) DIFFICULTES DUES A L’INDIVIDU LUI- MEME**

Difficultés à passer du statut de soignant à soigné,

Maniement des drogues, auto –prescription,

Incapacité à dire non à une demande abusive,

Difficultés d’adaptation aux nouvelles recommandations

**4°) REALITES ADMINISTRATIVES ET COMPTABLES**

Difficultés gestion cabinet, excès paperasserie, fisc, contrôle URSSAF

**5°) HARCELEMENT** des caisses, du judiciaire, des patients :

Pression des caisses, judiciarisation, clientèle mal éduquée voire harcelante, atermoiement des politiques.

**6°) DESINTEGRATION FAMILIALE**

Manque de temps pour soi-même (repos et loisir) et pour sa famille.

A NOTER :

°dans la plupart des séries, risque hommes = risque femmes ;

Risque rural = risque urbain ; risque libéral = risque salarié.

°discuté pour quelques uns : le rôle positif de la FMC et du travail en cabinet de groupe.

# CAS CLINIQUE N° 4

QUELLE EST LA PALETTE DE PRISES EN CHARGE POSSIBLES ?

Y ‘ A T ‘ IL DES STRUCTURES SPECIFIQUES POUR LE MONDE SOIIGNANT  ?

QUELLE DOIT ETRE L’ ATTITUDE DES COLLEGUES ET AMIS ?

**REPONSE CC N°4 :**

1°) Avoir le courage de s’observer, de sortir du déni, d’écouter ses proches ;

accepter d’être soigné, d’être accompagné, ne pas croire que se faire aider

est un signe de faiblesse .Arrêt de toute médication.

2°) Un médecin ne doit pas accepter de soigner un collègue entre deux portes.

3°) Prise en charge psy ou psycho, thérapie cognitivo-comportementale,

Techniques de relaxation, analyse, traitement médicamenteux si besoin

(Antidépresseurs, anxiolytiques) ; repos conseillé ; sevrage addiction.

4°) AAPML sur le principe « SOS …. »

Réponse à un appel téléphonique par professionnels :

Conseils, orientation éventuelle, procédure spécifique si besoin.

5°) ANPAA : structures hospitalières d‘addictologie pour professionnels de la

Santé. Ouverture prochaine (2010) de la première en France (Besançon)

6°) Site internet «  souffrance du soignant «  (Groupe Pasteur Mutualité)

Informations, forum de discussion, tests …

7°) Association France Dépression

8°) Réfléchir sur son environnement de travail, son mode de vie, sa philosophie,

Sa vision du monde …..En tirer les conséquences.

# CAS CLINIQUE N°5

PREVENTION DU BURN-OUT :

MESURES PROFESSIONNELLES ? MESURES SOCIALES ?

MESURES INDIVIDUELLES ?

LE POUVOIR POLITIQUE, L’ORDRE DES MEDECINS, LA CARMF,

LA FAC, LES URML ONT –ILS UN ROLE A JOUER ?

SI OUI, LEQUEL ?

**REPONSE CC N° 5**

**PREVENTION : FUSEE A PLUSIEURS ETAGES**

**1°) POUVOIRS PUBLICS :**

* Politique de santé plus linéaire ; aide pour gestion administrative ;
* Lutte contre déficit démographique médical ;
* Bien définir la nature et les limites de la responsabilité médicale.

**2°) INSTITUTIONS** (Ordre, Carmf, Urml, Sécu, Prévoyance)

* Information des médecins
* Médecine du Travail
* Rôle confrères en retraite
* Réflexions et propositions sur judiciarisation et prévention des agressions.
* Former réseaux spécifiques de soins et développer les structures réservées aux médecins .
* Tableau des maladies professionnelles.
* Limiter possibilités d’autopresccription.
* Inscrire les médecins comme assurés sociaux dans un département voisin du leur.
* Indemnités journalières dès le premier jour
* Meilleures assurances.
* Deux expériences canadiennes :

1) PAMQ et

2) Dénonciation réglementée

**3°) FAC et FMC**

* Information sur le B.O.S., ses signes précurseurs, ses signes de

gravité et ses facteurs de risque

* Evaluer l’ aptitude physique et psychique des futurs médecins

* Formation étudiants et médecins sur :
  + - Le B.O. et les marqueurs de risque suicidaire
    - La gestion du cabinet
    - Les techniques de communication (relation patient – médecin,

gérer une demande abusive ….)

* Aider à développer le tissu associatif (groupes FMC, groupes de pairs, groupes BALINT, groupes EPP : évaluation des pratiques professionnelles) et bilan de compétences.

**4°) PERSONNELLES**

* Connaissances de ses motivations, de ses besoins
* Se fixer, pour sa vie professionnelle , des limites claires et les respecter
* Etablir ou rétablir une saine distance avec la patientèle
* Modifier son mode d ’ exercice, changer de spécialité,

Voire changer de métier.

* Pour les libéraux , avoir une activité annexe ( autant pour le travail

en groupe que pour la couverture sociale)

* Consulter un confrère pour toute pathologie
* S ‘ éduquer, se former, augmenter les temps de repos et de

loisirs

# CONCLUSION

Plus que les citations désuètes de MONTAIGNE ( « la maladie du médecin est un scandale » ) et de VOLTAIRE (« il n’y a rien de plus ridicule qu’un médecin qui ne meurt pas de vieillesse » )

et plus que la conclusion inutilement violente du rapport du CNOM

«  Un médecin malade n’ est pas un bon médecin ,

un médecin mort encore moins … »,

Nous préférons cette réflexion de :

**Martin WINCKLER dans « LA MALADIE DE SACHS »** :

« La médecine est une maladie qui frappe tous les médecins de façon inégale.

Certains en tirent des bénéfices durables.

D’ autres décident un jour de rendre leur blouse parce que c’ est la seule possibilité de guérir au prix de quelques cicatrices.

Qu’ on le veuille ou non , on est toujours médecin .

Mais on n’ est pas tenu de le faire payer aux autres ,

Et on n’est pas non plus obligé d’en crever  »

# BIBLIOGRAPHIE

1. **BUSCATTO Marie, Marc LORIOL, Jean Marc WELLER**

« Au-delà du stress au travail »

Edition ERES clinique du travail

1. **CANOUI Pierre et MAURANGES Aline**

« Le syndrome d’épuisement professionnel des soignants : de l’analyse du burn out aux réponses

Ed MASSON

1. **DOUNIOL Jean**

« Les Médecins de la Somme et le Burn Out : Pourquoi et comment les sensibiliser ? »

Mémoire de DU Stress et souffrance au travail. Amiens 2009

1. **ESTRYN-BEHAR Madeleine**

« Stress et souffrance des soignants à l’hôpital. Reconnaissance, analyse et prévention. »

Ed ESTEM

1. **GALAM Eric**

Dossier burn out

Le concours médical tome 130-8 17/04/2008

1. **GALAM Eric**

« Burn Out des médecins libéraux »

Revue de Médecine Novembre et Décembre 2007

1. **GREBOT Elisabeth**

« Stress et Burn Out au travail : identifier, prévenir, guérir »

Ed EYROLLES Edition d’organisation

1. **HILL Peter**

Mémoire master 1. Etude de psychologie clinique et pathologique.

Paris VIII UFR Psychologie 2006

1. **JOSSE Evelyne**

« Le Burn in et le Burn Out »

19ème journée de médecine générale Paris VII 2008

1. **LEFEBVRE Danièle**

« Le Burn Out, ou l’épuisement professionnel des soignants »

Primary Care 2004 ; 4 Nr 46

1. **LEOPOLD Yves**

« Le suicide des médecins : expression ultime du burn out »

Rapport 2006 pour le CNOM et la CARMF

1. **MANGEN Marie-Hélène**

« Etude du burn out chez les médecins généralistes luxembourgeois »

Thèse de médecine. Paris VI. 2007

1. **PLAMENDON Denis et TREMBLAY Chantal**

« La prévention du burn out auprès des travailleurs sociaux »

Communication conférence de l’Association internationale des écoles de travail social. Juillet 2002.

1. **POMMEROLLE Cécile**

« Le phénomène d’épuisement professionnel »

Mémoire pour le diplôme d’état Educateur Spécialisé. Amiens 2008

1. **TRUCHOT D.**

« Le burn out des médecins libéraux de Champagne Ardennes »

Rapport de l’URML de champagne Ardennes 2007