



HAL
open science

Définir des situations de burn-out en médecine générale : enjeux d'une consultation de soins primaires entre savoir médical et injonctions sociales

Charlotte Mouton

► To cite this version:

Charlotte Mouton. Définir des situations de burn-out en médecine générale : enjeux d'une consultation de soins primaires entre savoir médical et injonctions sociales. Médecine humaine et pathologie. 2020. dumas-03467666

HAL Id: dumas-03467666

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03467666>

Submitted on 6 Dec 2021

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - NoDerivatives 4.0 International License

AVERTISSEMENT

Cette thèse d'exercice est le fruit d'un travail approuvé par le jury de soutenance et réalisé dans le but d'obtenir le diplôme d'État de docteur en médecine. Ce document est mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt toute poursuite pénale.

Code de la Propriété Intellectuelle. Articles L 122.4

Code de la Propriété Intellectuelle. Articles L 335.2 - L 335.10

UNIVERSITÉ DE PARIS

Faculté de Santé

UFR de Médecine

Année 2020

N° 16

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le : 27 février 2020

Par

Charlotte MOUTON

**Définir des situations de burn-out en médecine générale : enjeux
d'une consultation de soins primaires entre savoir médical et
injonctions sociales**

Dirigée par M. le Docteur François Baumann et M. le Docteur Alexandre Michel

JURY

M. le Professeur Henri Partouche	Président
M. le Docteur François Baumann	Directeur
M. le Docteur Alexandre Michel	Directeur
Mme la Docteure Lorraine Angeneau	Membre du jury
M. le Professeur Alexis D'Escatha	Membre du jury
M. le Professeur Jean-Claude Schwartz	Membre du jury

Ce qui domine le processus du travail et les processus ouvriers qui s'exécutent dans le monde du travail, ce n'est ni l'effort lucide de l'homme ni le produit qu'il désire, mais le mouvement du processus lui-même et le rythme qu'il impose au travailleur.

Hannah Arendt, in « Condition de l'homme moderne » (1958)

Table des matières

REMERCIEMENTS	3
LISTE DES PRINCIPALES ABREVIATIONS	8
INTRODUCTION.....	9
MATERIEL ET METHODES.....	21
1. METHODES.....	21
1.1 TYPE D'ETUDE : L'ENQUETE QUALITATIVE.....	21
1.2 METHODE DE RECUEIL : LE FOCUS GROUP	21
2. MATERIEL	23
2.1 ECHANTILLONNAGE	23
2.2 ÉLABORATION DU GUIDE D'ENTRETIEN	24
2.3 DEROULEMENT DES FOCUS GROUPS	26
2.4 ANALYSE DES DONNEES, SYNTHESE DES RESULTATS	27
3. ASPECTS ETHIQUES ET REGLEMENTAIRES	29
3.1 ETHIQUE.....	29
3.2 CONFLIT D'INTERET.....	29
RESULTATS.....	30
1. CARACTERISTIQUES DES PARTICIPANTS	30
2. PRESENTATION DES RESULTATS.....	30
2.1 LE BURN-OUT : UNE PATHOLOGIE AUX CONTOURS INCERTAINS.....	30
2.2 DEFINIR LA SITUATION DE BURN-OUT EN MEDECINE GENERALE.....	36
2.3 STRATEGIES THERAPEUTIQUES : RESOUDRE LES CONFLITS MIS EN EVIDENCE LORS DE LA DEFINITION DE LA SITUATION DE BURN-OUT.....	49
DISCUSSION	66
1. CONFRONTATION A LA LITTERATURE	68
1.1 LA DEFINITION DE LA SITUATION EN MEDECINE GENERALE : PARTIR DE L'INCERTITUDE ET RENDRE L'ACTION THERAPEUTIQUE POSSIBLE	68
1.2 LES RISQUES PSYCHOSOCIAUX : LA SOLUTION PREFERENTIELLE D'UNE DEMARCHE PREVENTIVE ?	72
1.3 SOIGNER LES PATIENTS EN BURN-OUT INDUIT-IL UNE DEPSYCHIATRISATION DES SOINS ?	79
2. FORCES ET LIMITES DE L'ETUDE	84
2.1 FORCES DE L'ETUDE	84
2.2 LIMITES DE L'ETUDE	85
CONCLUSION.....	87
BIBLIOGRAPHIE	89

<u>ANNEXE 1 : GUIDE D'ENTRETIEN – VERSION INITIALE</u>	<u>96</u>
<u>ANNEXE 2 : GRILLE COREQ</u>	<u>97</u>
<u>ANNEXE 3 : MASLACH BURNOUT INVENTORY (TRADUCTION FRANÇAISE)</u>	<u>99</u>
<u>ANNEXE 4 : SERMENT D'HIPPOCRATE</u>	<u>101</u>
<u>ANNEXE 5 : EXTRAIT DE VERBATIM – FOCUS GROUP N°1 (5/12/18)</u>	<u>102</u>
<u>RÉSUMÉ</u>	<u>106</u>

Remerciements

Je remercie le Professeur Henri Partouche de me faire l'honneur de présider le Jury de mon travail de thèse.

Votre vision de la médecine générale et votre sens de la pédagogie ont guidé mon parcours d'interne, et contribué de la meilleure manière à former le médecin que je suis aujourd'hui.

Je remercie le Docteur François Baumann d'avoir accepté dès le début de diriger mon travail de thèse et de m'avoir fait confiance jusqu'à la fin de cette épopée.

Je me souviendrai longtemps de ton cours sur le burn-out qui fut l'enclenchement de tout ce projet...

Je remercie le Docteur Alexandre Michel pour la tâche ardue que fut la co-direction de mon projet de recherche. Je te suis très reconnaissante d'avoir su remplir cette mission en cours de route, en m'aidant à élargir mes connaissances en méthodologie qualitative et en aiguisant mon sens de l'observation critique. Je ne sais comment te remercier pour ton aide si précieuse et ce, toujours dans la bienveillance... et l'efficacité !

Je remercie la Docteure Lorraine Angeneau de me faire l'honneur d'être membre de ce Jury. Merci aussi de ton amitié, et de l'exemple que tu me donnes d'une vie professionnelle (extrêmement) riche et admirable, et d'une vie de maman et épouse absolument exemplaires. Je ne sais si j'arriverai un jour à combiner aussi bien ces tâches ardues, mais je saurai que je peux te demander conseil !

Je remercie le Professeur Alexis d'Escatha d'avoir accepté de faire partie de ce Jury, j'en suis profondément touchée.

Vous êtes l'un de mes tout premiers enseignants de médecine et je me souviendrai toujours de votre cours sur les maladies professionnelles, l'un des cours les plus clairs et les plus dynamiques du module de SHS... Votre pédagogie restera ancrée en moi comme l'un des moteurs qui me conduisirent jusqu'en deuxième année d'externat.

Je remercie le Professeur Jean-Claude Schwartz de me faire l'honneur de participer à ce Jury. Ton écoute, ta bienveillance et ton charisme ont beaucoup apporté à ma formation d'interne. J'ai beaucoup de chance de t'avoir eu comme responsable de tutorat et GEP, les échanges entre étudiants n'en ont été que plus riches et passionnants. De belles amitiés se sont même créées au sein de ces groupes de pair.e.s grâce à l'ambiance si particulière lors de ces séances mythiques !

A tous les soignants et soignantes rencontrés durant ces stages qui ont constitué mon parcours d'étudiante, et plus particulièrement à l'équipe d'endocrinologie-diabétologie de Mondor qui a fait preuve d'une extrême bienveillance et d'un humanisme sincère durant ces moments difficiles. Vous toutes et tous qui œuvrez chaque jour au sein des hôpitaux : ASH, aide-soignant.e.s, infirmières et infirmiers, kinés, ergothérapeutes, psychologues, assistantes sociales, diététiciennes, secrétaires et toutes celles et ceux que j'oublie de citer. Vous avez pour certain.e.s d'entre vous largement contribué à rendre ces expériences hospitalières humaines, parfois inoubliables, et très souvent tout simplement agréables. Je vous admire.

Merci aux médecins qui furent pour moi des exemples de professionnalisme, d'empathie et de pédagogie : le Professeur J-E. Kahn, le Docteur A. Bizard, le Docteur P. Loué, le Professeur B. Godeau, la Docteure C. Ajzenberg, la Docteure A. Diop, la Docteure M. Marin, la Docteure A. Catu-Pinault.

Merci à l'équipe du DMG Descartes et plus particulièrement Armelle, Céline et Emilie qui sont des exemples pour moi et grâce auxquelles mes premières expériences de remplacement en cabinet de médecine générale ont pris une tournure idéale (dédicace à la MSP Maryse Bastié !).

Chers parents, merci de m'avoir inculqué des valeurs humaines, et donné l'exemple de vos parcours professionnels comme source de fierté et de vocation au quotidien.

Ma chère sœur, j'admire tes choix professionnels mais aussi la famille que tu as su construire jour après jour auprès de Marc, Hugo, Gabriel et Pauline, je vous aime de tout mon cœur.

Mon Doudou, tu peux être fier de l'adulte que tu es devenu, et dont j'admire le parcours depuis le début.

Dominique, Thierry, beaux-parents dont je ne saurai dire ici toutes les qualités. Vous êtes deux personnes au cœur généreux, et avez construit un foyer accueillant auprès duquel il est vital pour moi de me ressourcer.

Astrid, Olivier, Constantin, Juliette, Albane et Valentin. Vous êtes une vraie deuxième famille et votre affection m'est infiniment précieuse.

Chère Marraine, cher Jean-Clown, merci pour votre affection sans limites et votre générosité si délicate, en toutes circonstances.

Ma Camcam, merci d'être là. Tu es une force de la nature, que j'admire profondément. Avec Denis, vous formez un couple rayonnant et je me réjouis pleinement de voir grandir votre amour jour après jour.

Guigui, « sacré » compagnon de route. Sans ton humour et nos pérégrinations, la vie n'aurait pas eu la même saveur. Vive la coupétade !

Basile, mon cher Basou. Partenaires de virées parisiennes, amateurs de bonne chair. Je te dois parmi mes meilleurs moments d'amitié. Charlotte S., merci de ton amitié généreuse et fidèle.

Hermine, ma globe-trotteuse et si précieuse amie. Longue vie à nos conversations intimes et nos valeurs partagées. Clément B., tu es irremplaçable !

A ma chère Bernie, l'une des plus belles rencontres que j'ai faites. Ich hab dich so lieb.

Diane et Marie M., vous êtes des perles et je vous remercie de votre soutien indéfectible en toutes circonstances.

A Hélène S. et Marie B., vous êtes deux amies géniales que j'admire pour votre générosité, votre écoute et votre empathie.

Aux Esthètes de la Laponitude : Etienne, Léo, Pierre, mais aussi bien sûr Alice, Marie-Caroline et la p'tite Camille. Les filles, vos rires, votre énergie infatigable et votre amitié sont un vrai cadeau.

Aux ami.es de Vélizy Jouy : Annaëlle, Benoît, Blandine, Charlotte S., Clément L., Domitille, Francesco, François, Hélène G., Lise, Marion H., Martin, Tim, Stéphanie, Tristan, Thomas... et tous les bébés ! Nos tablées conviviales et nos soirées jeux m'ont apporté de vrais moments de bonheur. Je suis heureuse et chanceuse de vous connaître.

A Alejandra, Alexandre DSA, Clélia, Lucie et Philippine. Que de moments partagés, que de souvenirs vécus ensemble, au LFA et par la suite. Vous comptez pour moi.

Aux copines rencontrées durant les années Paris Ouest : Annouchka (la plus ancienne !), Bérangère (nos dîners papote), Marine L. (nos séances culinaires), Mathilde R. (vive la raclette/galette !), Pauline M. (nos vies à mille à l'heure !) et Pauline M. bis (sous-khôlles et 1^{er} stage d'interne !). J'espère que nous parcourrons du chemin ensemble encore longtemps.

Aux copines de DC : Eve, Marie, Mathilde. J'aime tant nos dîners animés, merci de m'avoir fait progresser en sciences politiques, et pour votre amitié si simple et bienveillante.

Aux amitiés qui se sont nouées pendant l'internat : Célia, encore une nouvelle lyonnaise ! (nos déjeuners veggie vont me manquer). Dodie et Léah, notre si chouette trio de Mondor. Chloé, Camille H., Bastien et toute la super clique de Broca (avec un groupe Messenger très très productif !). A notre super groupe GEP Cantinella, pourvu que ça dure ;)

A celles et ceux que je ne nomme pas, mais pour qui j'ai beaucoup de respect, et d'affection.

Un grand merci aux participantes et participants des différents focus groups, sans lequel.le.s cette thèse n'aurait pu voir le jour.

Merci aux relecteurs de ce travail qui ont apporté leur pierre à l'édifice !

A Virgile, l'homme incroyable avec qui je partage ma vie, et sans qui je n'aurais pas accompli certaines de plus belles choses qui la composent aujourd'hui. Je t'aime plus que tout.

Liste des principales abréviations

ANACT : Agence Nationale pour l'Amélioration des Conditions de Travail

BOS : *BurnOut Syndrom*

CIM : Classification Internationale des Maladies

CNGE : Collège National des Généralistes Enseignants

COREQ : *COnsolidated criteria for REporting Qualitative research*

DSM : *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux)

EU-OSHA : *European Agency for Safety and Health at Work* (Agence européenne pour la sécurité et la santé au travail)

HAS : Haute Autorité de Santé

INRS : Institut National de Recherche et de Sécurité

JAMA : *Journal of the American Medical Association*

JCM : *Job Characteristics Model*

MBI : *Maslach Burnout Inventory*

MBI-GS : *MBI-General Survey*

MG : Médecins Généralistes

NHS : *National Health Service*

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ReAGJIR : Regroupement Autonome des Généralistes Jeunes Installés et Remplaçants

RPS : Risques Psycho-Sociaux

SFTG : Société de Formation Thérapeutique du Généraliste

SNJMG : Syndicat National des Jeunes Médecins Généralistes

USA : *United States of America*

Introduction

PRÉAMBULE

La santé au travail est annoncée comme l'une des priorités en politique de santé publique depuis plusieurs décennies en France, étant considérée comme un « puissant opérateur de la santé »(1). Le rapport qu'entretient le travailleur avec son emploi repose d'après le sociologue P. Bourdieu sur une ambivalence fondamentale, condition nécessaire à l'accomplissement du travail(2). Selon lui, travailler implique à la fois la sensation de plaisir, mais aussi d'une forme de souffrance qui résulte de l'écart entre la vision subjective et la réalité objective de l'activité professionnelle.

En France, les concepts de « souffrance au travail » et de « conditions de travail » émergent au cours des années 80-90, au moment où s'opère une évolution majeure dans l'organisation du travail. Progressivement, les institutions publiques et notamment celles dédiées à l'organisation du travail, prennent conscience de l'écart existant entre la mesure de la tâche prescrite par l'employeur, et l'activité réelle qu'elle implique. Ancien directeur de l'Agence Nationale pour l'Amélioration des Conditions de Travail (ANACT), F. Guérin l'exprime parfaitement en ses propres termes : « *la tâche n'est jamais réalisée telle qu'on l'imaginait* »(3). Cette prise de conscience va donner lieu à l'échelle nationale à la première enquête sur l'organisation du travail prenant aussi en considération l'aspect des conditions de travail, en 1984(4).

Alors que la durée annuelle moyenne de temps travaillé a été divisée par deux entre le début du XIXème siècle et la fin des années 2000, on assiste en parallèle à un accroissement de l'intensité du travail(4). Cette intensification du travail repose notamment sur une exacerbation du contrôle exercé par les employeurs sur les horaires et les cadences de l'activité professionnelle, qui se définit notamment par l'augmentation des demandes industrielles et/ou marchandes(5). Avec des conséquences inéluctables sur la santé du travailleur, sur le plan physique mais aussi psychique.

Ces conséquences, j'ai pu les appréhender dès le deuxième semestre d'internat de médecine générale, à travers le stage ambulatoire de niveau 1 auprès de deux médecins généralistes exerçant en banlieue sud de l'Île-de-France. Je n'avais eu jusque-là aucune expérience en médecine générale, et plus particulièrement lors de l'externat où je n'avais pas réalisé de stage pratique chez le généraliste.

Dès le début du semestre en ambulatoire, j'ai pu constater avec beaucoup de surprise, et de questionnement, qu'un nombre important des motifs de consultation étaient en lien avec une situation de souffrance au travail. Pour certains de ces patients, mes maîtres de stage avaient porté l'étiquette de « burn-out », un diagnostic un peu flou selon moi, et surtout un concept à la mode dont j'entendais parler depuis de nombreuses années sans vraiment savoir de quoi il s'agissait exactement.

Toujours est-il que ce terme a fini par revenir très souvent durant mon stage en médecine de ville et au bout d'un certain temps, il a fallu me rendre à l'évidence : ce phénomène prenait de l'ampleur, et nous, médecins généralistes en formation, étions en première ligne dans cette mission de soins qui allait sans doute s'intensifier dans les prochaines années.

DÉFINITION DU BURN-OUT

La première apparition du mot « burn-out » est attribuée à Shakespeare, dans le 7ème poème de son recueil « The Passionate Pilgrim », datant de 1599 :

She burn'd with love, as straw with fire flameth

She burn'd out love, as soon as straw outburneth »(6).

Dans ce texte, le mot « burn-out » n'a pas exactement la même signification qu'on lui donne aujourd'hui mais il reflète malgré tout un état psychique d'épuisement, lié dans ce cas précis au sentiment amoureux.

Avant d'être évoquée comme un cas de « burn-out », une situation d'épuisement professionnel est décrite pour la première fois en 1953 dans la revue « Psychiatry » par deux médecins psychiatres, Schwartz et Will(7), à travers le cas de Miss Jones, infirmière en secteur hospitalier. Cette étude de cas fait encore figure de référence en la matière aujourd'hui.

En 1959, le psychiatre Claude Veil introduit le concept d'épuisement professionnel dans l'histoire médicale, dans son livre « Les états d'épuisement »(8). Pour lui, « l'état d'épuisement

est le fruit de la rencontre d'un individu et d'une situation. L'un et l'autre sont complexes, et l'on doit se garder des simplifications abusives. Ce n'est pas simplement la faute à telle ou telle condition de milieu, pas plus que ce n'est la faute du sujet ».

Le terme « burn-out » apparaît peu après dans la littérature, cette fois associé à un contexte psychopathologique, dans la nouvelle « A Burn-out Case » publiée en 1960 par Graham Greene(9), où il est question du burn-out du personnage principal, Querry, architecte œuvrant dans une léproserie au Congo. Par la suite, en 1969, Harold. B Bradley est la première personne à désigner, dans son article « Community-based treatment for young adult offenders », un stress particulier lié au travail sous le terme anglais de « burnout ».

Finalement, il faut attendre la fin des années 70 pour que deux psychologues théorisent et contribuent à rendre célèbre le burn-out dans la communauté scientifique. Il s'agit en premier lieu de Herbert Freudenberger, un psychologue américain ayant longtemps œuvré dans la St Mark's Free Clinic, lieu d'accueil et de soins de toxicomanes en situation de grande précarité. Il a ainsi observé auprès des volontaires bénévoles, qui travaillaient parfois après minuit au sein de la clinique, un état d'épuisement émotionnel et physique qu'il définit comme le « B.O.S » (pour Burn-Out Syndrom) dans son article « Staff burnout » en 1974(10).

A la même époque, c'est au tour de Christina Maslach d'étudier de plus près ce phénomène du « burn-out » avec son équipe californienne de l'université de Berkeley. Leurs travaux aboutissent d'une part à la publication de la définition officielle du burn-out, et d'autre part à l'invention du « Maslach Burnout Inventory » (MBI), un questionnaire ayant pour objectif de caractériser la sévérité du burn-out et qui est considéré comme l'un des outils de référence dans les études s'intéressant à ce sujet depuis sa publication en 1981(11).

Maslach décrit le burn-out comme un phénomène clinique reposant sur trois grandes dimensions :

- l'épuisement émotionnel,
- le cynisme vis-à-vis du travail ou dépersonnalisation (déshumanisation, indifférence),
- et enfin la diminution de l'accomplissement personnel au travail ou réduction de l'efficacité professionnelle.

Elle a appuyé sa théorie sur les travaux antérieurs du docteur H. Selye (« The Stress of Life », 1956), en rapport avec la notion de psychopathologie de stress, et de Walter Bradford Cannon qui est l'un des théoriciens du concept d'homéostasie et qui a notamment décrit les conséquences du stress sur celle-ci(12) . Les travaux de Maslach se sont par la suite également inspirés du modèle transactionnel du stress de Lazarus & Folkman(13), trouvant une application dans le milieu professionnel.

Les trois dimensions du burn-out décrites par Maslach sont reprises par la Haute Autorité de Santé (HAS) dans la Fiche mémo publiée en 2017(14). Cette fiche, qui a pour but d'aider au repérage et à la prise en charge clinique du burn-out, nous donne la définition de ce qui est appelé en français le syndrome d'épuisement professionnel : il se traduit par un « épuisement physique, émotionnel et mental qui résulte d'un investissement prolongé dans des situations de travail exigeantes sur le plan émotionnel ».

Selon l'Agence Européenne pour la Sécurité et la Santé au Travail (EU-OSHA)(15), le syndrome d'épuisement professionnel est le « résultat de l'exposition à une situation durant laquelle les stratégies du sujet qui sont censées gérer les stress de l'environnement, deviennent dépassées et inopérantes. Le patient se retrouve dans une situation dans laquelle existe un déséquilibre entre l'exigence des demandes et les ressources matérielles, opérationnelles et psychologiques pour y faire face. » On retrouve dans cette description les termes utilisés par le psychiatre Claude Veil, évoqués plus haut.

Aspect majeur de la définition sémantique du « burn-out », il est important de préciser que selon la Onzième Révision de la Classification internationale des maladies (CIM-11), publiée par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) en mai 2019, le burn-out est considéré comme un phénomène lié au travail(16), mais n'est toujours pas classé parmi les maladies. Il reste ainsi, tout comme dans la précédente version (la CIM-10), rattaché au chapitre « Facteurs influant sur l'état de santé ou sur les motifs de recours aux services de santé » qui représentent des motifs de consultation médicale et non pas des pathologies à proprement parler. Dans la CIM-10, le burn-out était ainsi inscrit de façon réductrice sous le code Z73.0 qui représente le facteur « surmenage »(17).

D'après l'OMS, le terme de burn-out ou d'épuisement professionnel désigne spécifiquement des phénomènes relatifs au contexte professionnel et ne doit pas être utilisé pour décrire des

expériences dans d'autres domaines de la vie », ce qui est une nouveauté par rapport à la précédente classification internationale des maladies où le facteur « travail » n'était pas aussi clairement évoqué (et invoqué).

Actuellement, le phénomène du burn-out reste identifié comme un problème de santé publique majeur. D'après le mémo HAS publié en 2017, après les affections de l'appareil locomoteur, la souffrance psychique causée ou aggravée par le travail est le 2e groupe d'affections d'origine professionnelle décrit dans la population salariée active française. D'après les chiffres publiés par le Baromètre Santé, la prévalence de la souffrance psychique en lien avec le travail était chez les salariés de 3,1% chez les femmes et de 1,4% chez les hommes en 2012(18).

Le programme MCP (maladies à caractère professionnel) a montré que le taux de prévalence de la souffrance psychique liée au travail a augmenté sur la période 2007-2012, aussi bien chez les femmes que chez les hommes(19). Elle s'accompagne d'une dégradation des conditions de travail et d'une médiatisation croissante de cette problématique.

Le coût de la souffrance au travail pour la société n'est pas négligeable, étant lié d'une part aux frais de santé, et, d'autre part à l'absentéisme, la perte de concentration et la diminution de productivité au travail(15). L'Institut National de Recherche et de Sécurité (INRS) a notamment publié en 2007 un rapport d'étude sur le stress professionnel en France, dans lequel elle rapporte un coût du stress au travail pour la société s'élevant à 2-3 milliards d'euros(20). Pour évaluer ce coût, l'INRS a adopté une approche macroéconomique, en combinant agrégats économiques et études épidémiologiques portant sur les risques de développer des pathologies en lien avec le stress. Les chiffres obtenus intègrent les dépenses de soins, celles liées à l'absentéisme, aux cessations d'activité et aux décès prématurés. Les résultats doivent être pondérés, sachant notamment qu'un seul facteur de stress a été pris en compte pour l'étude, le "*job strain*", c'est-à-dire les situations de travail combinant une forte pression subie et une absence d'autonomie dans la réalisation du travail. De plus, les auteurs ont retenu pour l'étude seulement les pathologies liées au stress qui ont fait l'objet de nombreuses études, telles que les maladies cardiovasculaires, la dépression et certains troubles musculosquelettiques.

Une revue systématique d'études prospectives visant à identifier les conséquences physiques, psychiques et professionnelles du burnout réalisée en 2017 par une équipe italienne(21), montrait que le burn-out était un facteur prédictif significatif d'hypercholestérolémie, de diabète de type 2, de coronaropathie et de mortalité avant l'âge de 45 ans d'une part, mais aussi sur le plan psychique, d'insomnie, de symptômes dépressifs, de consommation de psychotropes. Sur le plan professionnel, le burn-out était associé notamment à un absentéisme et l'obtention d'une pension d'invalidité.

ÉPISTÉMOLOGIE DU BURN-OUT

La question du burn-out, depuis plusieurs années, a été traitée par différents courants épistémologiques, et notamment le constructivisme, le positivisme et le réalisme critique, à l'intersection des deux précédents courants(22). Nous allons définir ces différents courants et notamment expliquer leurs approches différentes.

D'un côté, la communauté scientifique a tendance à adopter un point de vue positiviste (i.e. objectiviste), c'est-à-dire à défendre l'existence ou non du burn-out comme entité psychopathologique à part entière. Les théoriciens du courant objectiviste supposent que les données représentent des faits objectifs dans un monde connaissable, et qu'elles n'attendent qu'à être découvertes par le chercheur. Ce point de vue suppose une réalité externe en attente de mise en lumière avec un observateur impartial qui enregistre les faits rattachés à cette réalité.

D'un autre côté, les sociologues et historiens ont choisi d'aborder le concept de burn-out selon une perspective constructiviste. Leur interprétation du phénomène étudié appelle une compréhension imaginative de celui-ci. La théorie constructiviste suppose des réalités émergentes et multiples, et considère donc la vérité comme provisoire et la vie sociale comme processuelle. Plutôt que d'expliquer la réalité, les constructivistes voient les multiples réalités possibles, impliquant des connaissances sans cesse émergentes.

APPROCHE POSITIVISTE

La description du burn-out par la communauté scientifique adopte une vision objectiviste, (i.e. positiviste) du burn-out. Est-ce que cette entité pathologique existe en tant

que maladie à part entière, ou bien correspond-elle à une autre pathologie ? Et différentes réponses existent à ce sujet.

Ainsi, dans un rapport de l'Académie Nationale de Médecine rédigé en 2016(23) par Jean Pierre Olié et Patrick Légeron, ces derniers affirment que « le burn-out peut s'apparenter soit à un trouble de l'adaptation, soit à un état de stress post traumatique, soit à un état dépressif. Il peut aussi désigner un tableau de désarroi psychologique d'intensité infraclinique à celle qui est requise pour désigner une pathologie caractérisée ».

Pour l'équipe du psychiatre R. Bianchi et I. S. Schonfeld, le burn-out ne correspond à aucune entité nosographique claire, en raison de l'absence d'outil actuellement fiable pour mesurer la prévalence du burn-out(24). Ils rappellent notamment le fait que le MBI (Maslach Burnout Inventory) est un outil de suivi et non un outil diagnostique(25), bien qu'il soit utilisé dans de nombreuses études épidémiologiques. La conséquence de ce flou nosographique se traduit pour eux par la difficulté à mesurer la prévalence du burn-out actuellement, en raison d'une hétérogénéité méthodologique(26). Certaines études de prévalence réalisées ces dernières années se sont même construites sur des questionnaires d'auto-évaluation ce qui limite fortement la significativité des résultats, souvent très surestimés(27).

Ainsi, d'après le psychiatre N. Clumeck et son équipe de recherche, les études de prévalence internationales montrent que 0,8 à 46 % des travailleurs développeraient un burnout(28), soit un différentiel très important. Une autre méta-analyse publiée en 2018 dans le JAMA par une équipe de Harvard a montré que la prévalence chez les médecins pouvait varier entre 0 et 80.5%, en sachant que 142 définitions différentes du burn-out et 47 versions de l'échelle MBI ont été retrouvées dans ces différentes études(29).

Enfin, en 1982, les psychologues B. Perlman et A. Hartman avaient retrouvé 48 définitions différentes du burn-out après avoir recensé l'ensemble des articles publiés entre 1974 et 1980(30). Ceci étant, les trois dimensions issues de la définition officielle décrite par Maslach étaient retrouvées dans la majorité de ces articles.

Bien que difficile à appréhender statistiquement, le phénomène burn-out est aujourd'hui au cœur des préoccupations de santé publique et met en jeu la notion de souffrance au travail et de risques psycho-sociaux. Depuis maintenant plusieurs années, il ne s'agit plus seulement de parler du burn-out des soignants, catégorie socio-professionnelle historiquement la

première à avoir été associée à cette pathologie, mais de l'épuisement professionnel de manière globale, pouvant toucher toutes les sphères de métiers. Ainsi, W. Schaufeli, M. Leiter et C. Maslach ont modifié et complété le MBI en 1997 pour en faire une version applicable à l'ensemble des professions existantes : le MBI-General Survey (ou MBI-GS)(31). Ainsi, la deuxième dimension du burn-out, la dépersonnalisation, qui concerne les attitudes développées à l'égard des clients, patients ou étudiants et donc à certains types de métiers seulement, a été remplacée dans la nouvelle version par le cynisme, une des attitudes qui sous-tend la dépersonnalisation. Quant à la troisième dimension, l'accomplissement personnel, elle a été renommée en efficacité professionnelle pour une plus grande généralisation de ce concept.

Il existe en fait une réelle controverse dans le monde scientifique médical, et donc au sein du courant positiviste, se reflétant par une catégorisation radicalement opposée du concept de burn-out.

Pour certains chercheurs, le burn-out est considéré comme une pathologie identifiable et spécifique, qui doit donc être étudiée comme une entité clinique à part entière. C'est le cas entre autres, de l'équipe de West *et al.* ayant publié en 2016 une méta-analyse ne s'attachant qu'à une seule définition consensuelle du burn-out (épuisement émotionnel important ou dépersonnalisation) et aux mêmes scores du MBI, avec des résultats relativement homogènes d'un point de vue scientifique(32).

Pour d'autres chercheurs, et parmi eux nous pouvons citer principalement l'équipe de Bianchi *et al.*, le burn-out est considéré comme une forme particulière de syndrome dépressif liée à l'environnement professionnel(33). Ce qui remet en cause, selon eux, la pertinence de l'ensemble des travaux publiés ne partageant pas cette catégorisation du burn-out(26).

C'est également cette théorie que partagent d'autres chercheurs dans le domaine de la psychiatrie, tel que R. Balon, pour lequel « *Le concept du burn-out comme entité indépendante est nosologiquement, logistiquement et méthodologiquement intenable ; [il] est devenu un phénomène à la mode dans la recherche en santé du travail. La caractérisation du syndrome du burn-out, cependant, reste terriblement déficiente. Plutôt que de multiplier les études de prévalence du burn-out, les chercheurs devaient concentrer leurs efforts sur la clarification du statut nosologique de l'entité qu'ils prétendent examiner* »(27) (traduit de l'anglais).

Cette vision positiviste du burn-out peut rappeler la catégorisation du concept flou de neurasthénie, et ce d'autant plus qu'un certain nombre de chercheurs ont établi un parallèle sémiologique entre ces deux pathologies. C'est notamment le cas dans l'étude de Leone *et al.*(34).

La neurasthénie est un concept développé dès 1869 par le neurologue George Miller Beard aux USA, et qui fut ensuite diffusé dans l'ensemble du continent européen puis asiatique après la deuxième guerre mondiale. Beard voyait la neurasthénie principalement comme une pathologie de la société moderne, causée par le rythme rapide de la vie urbaine. « *La vie moderne accélérée, impose des contraintes excessives au cerveau, ce qui affaiblit et épuise leur force nerveuse, provoquant ainsi des symptômes neurasthéniques tels que l'épuisement, l'anxiété, le désespoir, l'insomnie, l'indigestion, la palpitation et la migraine.* » Il la considérait comme une « *surcharge mentale résultant d'un travail excessivement exigeant ou sous pression* ». En outre, dans son livre « *Textbook of Psychiatry* », E. Kraepelin parle de la neurasthénie comme d'une « *maladie de l'épuisement* », rappelant l'une des caractéristiques principales du burn-out dans sa définition selon C. Maslach.

Plus d'un siècle et demi plus tard, la neurasthénie est actuellement considérée comme un concept dépassé, ayant à l'époque émergé dans un contexte médical, social et historique définis, à une époque où la révolution industrielle a profondément bouleversé les attitudes socio-culturelles et politiques d'une société en plein essor. Ainsi, elle n'est plus évoquée que comme anecdote dans les manuels sémiologiques modernes, et a entretemps fait place à de nouvelles maladies aux contours sémiologiques similaires(35) : le « *syndrome de fatigue chronique* », la « *fibromyalgie* », la « *dysthymie* », autant de pathologies encore mal expliquées sur le plan physiopathologique et qui ne cessent de faire débat dans la communauté scientifique.

APPROCHE CONSTRUCTIVISTE

Pour un certain nombre de chercheurs en sociologie et en sciences économiques, le burn-out s'inscrit de la même façon que la neurasthénie dans un contexte socio-économique particulier. Dans les années qui ont suivi la seconde guerre mondiale, le monde occidental a assisté à une modification en profondeur des rôles sociaux attribués aux principales institutions « *symboliques* » que sont la religion chrétienne, la famille et le travail notamment,

tandis que le système économique capitaliste s'est développé rapidement. Par la suite, dans les années 60-70, la société néolibérale imprégnée d'une nouvelle forme de capitalisme(36) voit se construire progressivement un nouveau rapport de force entre l'individu et la sphère du travail, à travers les remaniements dans l'organisation des conditions de travail.

Le sociologue R. Sennett a ainsi développé la théorie de la « corrosion du caractère » chez l'homme, dans un article publié en 1998(37) et dont parle le psychiatre W. Schaufeli dans son ouvrage « Burnout: A Short Socio-Cultural History »(38). Pour Sennett, le capitalisme se construit sur une politique du court-termisme qui entame progressivement le caractère et, en particulier, les traits de caractère qui lient les êtres humains les uns aux autres et donnent à chacun un sentiment de son « moi » durable. Le régime temporel du capitalisme, c'est-à-dire les nouvelles façons d'organiser le temps et, en particulier, le temps de travail, engendre un conflit entre le caractère et l'expérience.

Cette notion de temporalité au cœur des problématiques socio-économiques est aussi décrite dans le livre de la sociologue et psychologue Nicole Aubert(39) : la société moderne valorise le « présentisme », le tempo du présent immédiat qui ignore le passé et le futur, ne donnant comme seul horizon que le présent instantané, le présent « pressé » qui écrase progressivement l'être humain, jusqu'au « burn-out ».

L'homme contemporain, selon N. Aubert, c'est celui qui doit être à la fois conquérant sur le marché économique, et flexible, car il fait face à un réseau toujours plus vaste et interconnecté d'outils de communication. Cette notion de flexibilité est d'ailleurs reprise par Sennett dans ses théories sur l'érosion du caractère.

Résumant les analyses précédentes, et poussant loin la théorie de l'émergence d'une temporalité nouvelle dans un monde économiquement transformé, le sociologue Hartmut Rosa a développé dans les années 2000 le concept d' « accélération sociale »(40). L'accélération sociale se divise en trois catégories : l'accélération technique, l'accélération du changement social et l'accélération du rythme de vie. L'accélération technique concerne les transports, la communication, la production, l'organisation et l'administration principalement. L'accélération sociale est définie par une « *augmentation de la vitesse de déclin de la fiabilité des expériences et des attentes et par la compression des durées définies comme le présent* ». Enfin l'accélération du rythme de vie répond au « désir et/ou au besoin

de faire plus de choses en moins de temps » évoqué par le professeur en psychologie R. Lévine dans son livre « A Geography of Time »(41). Une accélération qui peut potentiellement faire place secondairement à une décélération réactionnelle, dont l'expression à l'échelle individuelle humaine prend parfois la forme d'une dépression ou d'un épuisement global, alors que les conséquences à l'échelle collective sont notamment les phénomènes de chômage massif, ou encore de récession économique. En résumé, H. Rosa parle d'une évolution du monde social, sur un mode accélératoire, avec pour conséquence l'émergence de situations de souffrance chez l'homme travailleur, voire l'apparition de « pathologies sociales ».

Ce concept de pathologies sociales est également repris par le sociologue français A. Ehrenberg. Pour lui, l'homme psychiquement malade au XXème siècle est soit l'homme insuffisant, qui n'arrive pas à faire l'impossible dans une société « de tous les possibles », soit l'homme qui souffre de la « maladie de l'idéalité », ou « burn-out », n'ayant pu satisfaire les exigences de l'Idéal du Moi(42). Dénonçant là encore, une société où le culte de la performance prend le pas sur le bien-être de l'homme civilisé(43).

PROBLÉMATIQUE

Les diverses significations du burn-out proposées par les courants épistémologiques précédemment évoqués, impliquent une définition complexe de ce phénomène, à l'intersection de problématiques médicales, scientifiques et sociales. Ces problématiques vont impliquer un questionnement au niveau institutionnel, socio-économique mais aussi individuel.

Ainsi, le burn-out ne doit pas seulement être considéré sous un angle uniquement nosographique, mais aussi comme phénomène de société impliquant non seulement les acteurs des organisations institutionnelles mais encore, et surtout, les acteurs de soins. Parmi ces acteurs, les médecins généralistes vont jouer un rôle majeur auquel j'ai choisi de m'intéresser dans ce travail en étudiant leurs pratiques. N. Clumeck précise ainsi: « *Le médecin généraliste est clairement en première ligne pour détecter, identifier et traiter le premier 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* »(28).

J'ai fait l'hypothèse que l'étude de ces pratiques telles qu'elles existent, peut éclairer la manière dont les médecins généralistes comprennent le fonctionnement des pathologies, ainsi que leurs stratégies thérapeutiques qui en découlent.

Plus précisément, dans le cas du burn-out, je souhaitais que ce travail de recherche puisse nous éclairer à la fois sur la fonction sociale du généraliste dans sa mission de soins primaires, mais aussi sur la signification sociale du burn-out, qui semble être une entité pathologique complexe aux multiples enjeux.

J'ai pour cela choisi de réaliser un travail de recherche qualitative, en effectuant des entretiens collectifs, ou focus groups, auprès de généralistes exerçant en Ile-de-France. Nous détaillerons la méthodologie de cette enquête dans la suite de ce travail.

Matériel et méthodes

1. Méthodes

1.1 Type d'étude : l'enquête qualitative

Dans ce travail de recherche, une enquête qualitative a été réalisée sous la forme de focus groups. L'approche qualitative permet de répondre au mieux à la problématique formulée en introduction. Les méthodes de recueil et d'analyse de données qualitatives permettent en effet d'étudier des processus complexes, et de problématiser le réel en proposant une approche multidimensionnelle(44).

1.2 Méthode de recueil : le focus group

La méthode de recueil des données par focus group est issue de techniques de marketing de l'après-guerre aux États-Unis qui permettaient de recueillir les attentes des consommateurs et de rendre ainsi un produit plus attractif à la vente(45). Elle a été délaissée par le monde académique après la deuxième guerre mondiale en faveur du développement des techniques quantitatives et d'autres méthodes qualitatives.

Au début des années quatre-vingt, la recherche universitaire l'a remise au goût du jour pour l'utiliser dans les domaines de la santé, des sciences sociales et de l'éducation. Elle est très utilisée dans les pays anglo-saxons dans les travaux de recherche en soins primaires pour le recueil qualitatif d'informations et d'opinions sur des thèmes variés(46). Malgré tout, elle reste un mode de recueil de données qualitatives encore peu utilisé dans le monde médical. Ainsi, une consultation sur Medline réalisée le 23 février 2003 a permis d'identifier 2924 publications référencées sous le mot clé « Focus group », sans limitation temporelle(47). La répétition de la requête en spécifiant « langue française » n'a identifié que 17 publications.

Un focus group réunit classiquement entre 6 et 8 participants, le minimum conseillé étant de 4 personnes, afin de permettre un échange interactif, et la limite à ne pas dépasser étant fixée arbitrairement à 12 personnes(48).

Concrètement, il s'agit d'un groupe de discussion semi-structuré modéré par un animateur dont le rôle est de faire émerger les différents points de vue. Le modérateur doit idéalement maîtriser la technique de conduite de réunion par la reformulation, la clarification et l'esprit de synthèse(49).

Il est le plus souvent aidé par un observateur du groupe qui connaît la thématique, et dont la mission va être de noter le langage non verbal et relationnel, et retranscrire à l'écrit des remarques pertinentes en lien avec le contenu des échanges, ainsi que certaines phrases clés énoncées pendant le focus group. Enfin, l'observateur peut également préciser sur son cahier de notes, l'ordre d'intervention des participants pour faciliter la retranscription finale des échanges.

Le nombre de séances n'est pas fixé à l'avance, celles-ci étant répétées jusqu'à épuisement du thème, mais il faut généralement compter environ 3 à 4 focus groups par thématique abordée(50).

La technique d'entretien collectif repose sur la dynamique de groupe, sans rechercher un consensus ou à faire valoir un point de vue. Il ne s'agit pas d'imposer un questionnaire précis aux individus réunis, mais de laisser libre cours à la parole et aux échanges des participants.

Le focus group est une méthode qui favorise l'émergence d'opinions alternatives, grâce à une dynamique de groupe qui permet d'explorer et de stimuler différents points de vue par la discussion. D'après F. Julien-Gauthier, la notion d'« intelligence collective »(51), dans cette technique d'entretien, permet de mobiliser à la fois la réflexivité individuelle, et de préciser et clarifier les pensées de chacun des participants.

Tout cela permet de distinguer cette technique de celle de l'entretien individuel, qui permet certes d'aborder avec une grande finesse le vécu personnel, les émotions et représentations des acteurs, mais ne tient pas compte de la potentialité induite par l'interaction entre les personnes(46).

J'ai personnellement choisi la méthode de focus group préférentiellement à celle de l'entretien individuel pour différentes raisons. Tout d'abord, j'ai été séduite par la possibilité de réunir plusieurs participants en une seule fois, à l'inverse de la technique de l'entretien

individuel qui nécessite de consacrer un temps d'échange à une seule personne à chaque fois. Ce qui permet selon moi d'optimiser les temps de recueil de données.

Ensuite, je trouvais très intéressante cette technique d'échanges collectifs, qui repose sur une dynamique de groupe et peut faire émerger à tout moment un propos pertinent, grâce à la réflexivité de l'ensemble des participants. Les discussions me semblaient pouvoir se dérouler de façon plus proactive, avec un rythme soutenu, au contraire de l'entretien individuel qui pour moi repose sur deux interlocuteurs et dépend majoritairement du participant interrogé. Enfin, le caractère encore anecdotique de ce mode de recueil de données en médecine générale m'a rendue curieuse de son utilisation.

L'ensemble de ces raisons a contribué à mon choix de l'outil du focus group comme méthode de recueil des données, dans la perspective de réalisation de ce travail. Afin de répondre à la problématique initiale, je souhaitais ainsi recueillir un maximum de données en un minimum de temps, et comptais sur les expériences diverses et la capacité d'interaction des médecins généralistes interrogés pour faire émerger des discussions riches et bien plus intéressantes qu'au moyen d'entretiens individuels.

2. Matériel

2.1 Echantillonnage

Nous avons sélectionné les participants parmi différentes populations de médecins généralistes. Il pouvait s'agir :

- d'internes en médecine générale étudiant en Île-de-France et ayant validé au moins 4 semestres dont 1 en médecine ambulatoire (stage de niveau 1),
- de médecins remplaçants en médecine générale, travaillant en Île-de-France,
- de médecins généralistes installés, exerçant en Île-de-France.

L'échantillonnage s'est déroulé sur la période comprise entre le mois d'octobre 2018 et le mois de janvier 2019.

Une proposition de participer aux focus groups a été rédigée et diffusée :

- par mail, à différentes structures syndicales et associatives en médecine générale sur l'Ile-de-France (syndicat ReAGJIR, MG service, SFTG, SNJMG), ainsi qu'à l'entourage médical (anciens collègues internes, contacts de la faculté etc...)
- par SMS, à des médecins généralistes dont le numéro de téléphone était disponible sur le site d'annonces de remplacement « Soigner en Ile-de-France »
- sur les réseaux sociaux (Facebook, Twitter), notamment via l'intermédiaire de groupes de pairs (SNJMG, Med Gé IDF...)
- au moyen de flyers distribués lors du Congrès du CNGE en novembre 2018
- via le bouche-à-oreille

Un mail de relance a été envoyé à chaque personne ayant accepté de participer aux focus groups, une dizaine de jours avant et la veille de l'entretien collectif.

Le retour des participants sur leurs motivations principales à participer à ce travail, a mis en avant leur désir de découvrir la méthodologie du focus group, aucun d'entre eux n'ayant participé à un entretien collectif auparavant. De plus, le sujet du burn-out les a intéressés, à la fois parce qu'ils souhaitent apprendre de l'expérience de leurs pairs, mais aussi parce qu'ils voulaient partager la leur.

2.2 Élaboration du guide d'entretien

2.2.1 Recherche bibliographique préalable

La recherche bibliographique a permis de circonscrire l'objet d'étude en décrivant et regroupant les thèmes à aborder selon un plan d'analyse, et finalement à définir les contours du guide d'entretien. Les moteurs de recherche utilisés étaient PubMed, Cairn, Google Scholar, le catalogue de thèses Sudoc et Google. Les mots clés MeSH principalement utilisés sur PubMed étaient « burn-out », « professional », « depression », « general practitioner ».

2.2.2 Contenu du guide d'entretien

Dans cette méthodologie, le guide d'entretien, appelé également canevas, définit le cadre à partir duquel se déroule l'entretien collectif. Il contient une série de questions ouvertes et de relances classées en plusieurs thèmes, qui reprennent les axes prioritaires à évoquer dans cette démarche de recherche qualitative(46).

Ces questions ouvertes ne doivent pas être posées forcément lors des séances de focus group, mais constituent le fil conducteur de la discussion, permettant de poser des repères tout au long de celle-ci.

A la fin du guide d'entretien, il peut figurer une question globale de clôture qui peut être posée après une synthèse des échanges, cette question finale permettant à chaque participant de s'exprimer sur le thème central de l'étude en dernier lieu en essayant de résumer sa pensée.

Concernant mon travail de thèse, le guide d'entretien a été progressivement amélioré après chaque séance de focus group, en essayant de recentrer les questions sur les points considérés comme étant au cœur de la problématique de ce travail (voir plus loin la partie « analyse des résultats »).

Le guide d'entretien initial, présenté en annexe, contenait trois parties : une première partie sur la classification internationale des maladies et le DSM-5, et sur l'absence du « burn-out » dans ces classifications ; une deuxième partie sur la manière dont les généralistes pouvaient définir le burn-out, puis décrire leur démarche diagnostique et leurs critères diagnostiques éventuels ; et enfin une troisième partie sur l'ensemble des dispositions thérapeutiques mises en place pour soigner les patients en burn-out.

Un pré-test du guide d'entretien a été effectué avec l'encadrant principal de ce travail, le Dr François Baumann, qui a donné lieu à une relecture et une amélioration du guide avant son utilisation pour le premier focus group.

2.3 Déroulement des focus groups

2.3.1 Lieu et dates

Le premier focus group s'est déroulé le 5 décembre 2018 dans le cabinet du Dr François Baumann à Paris 14^{ème}.

Le deuxième focus group a eu lieu le 15 décembre 2018 à mon domicile dans le 13^{ème} arrondissement de Paris 13^{ème}.

Le troisième et dernier focus group s'est tenu le 15 janvier 2019 chez l'une des participantes à Versailles (Yvelines).

2.3.2 Animation des groupes

J'ai personnellement assuré la tâche d'animation des trois séances de focus groups précédemment détaillées. Il y avait à mes côtés un observateur lors des deux premiers focus groups. Pour le premier il s'agissait du directeur de thèse, le docteur François Baumann, et pour le deuxième, il s'agissait de mon père, que j'ai mis à contribution en raison de son expérience dans le domaine des sciences sociales et des méthodes d'analyse qualitatives. Il n'y a pas pu y avoir d'observateur durant le dernier entretien collectif.

2.3.3 Déroulement des séances

Au début de chaque entretien collectif, j'ai remis une fiche de renseignements afin de recueillir des données socio-démographiques descriptives des participants qui seront synthétisées dans la partie « Résultats » de ce travail. Cette fiche comportait en outre un encart spécifique pour le recueil du consentement à participer à l'étude et à l'enregistrement audio des échanges, via une signature manuscrite.

Avant que les participants ne soient invités à échanger, j'ai également rappelé à chaque fois le cadre conventionnel, à savoir la liberté d'expression, la confidentialité et la bienveillance au cœur de la démarche du focus group.

Enfin, la thématique principale de l'étude a été systématiquement réexpliquée, ainsi que les objectifs attendus du travail de recherche.

2.3.4 Matériel utilisé

Les propos ont été enregistrés vocalement au moyen d'un dictaphone et d'un ordinateur (logiciel Audacity).

Le langage non verbal ainsi que toutes les informations jugées importantes par l'observateur ont été annotées sur un cahier, de façon manuscrite.

2.4 Analyse des données, synthèse des résultats

2.4.1 Retranscription

J'ai personnellement retranscrit l'ensemble des entretiens, intégralement et mot à mot, à l'aide du logiciel Microsoft Word®, sans utiliser de logiciel de reconnaissance vocale. Les passages jugés inaudibles ont été systématiquement réécoutés par une tierce personne, afin de compléter ceux-ci.

2.4.2 Analyse des données en théorie ancrée

Dans cette étude, il a été décidé d'utiliser la méthode d'analyse par théorie ancrée. Elle constitue une traduction-adaptation du concept de « grounded theory », à savoir une approche de théorisation empirique présentée pour la première fois en 1967 par Glaser et Strauss dans leur ouvrage « Awareness of Dying »(52), puis reprise et enrichie par ces deux auteurs, séparément ou en collaboration(53).

À la différence des théories traditionnelles, l'analyse en théorisation ancrée est construite et validée simultanément par la comparaison constante des différentes occurrences des catégories entre elles pour faire émerger une théorie compréhensive. Il s'agit en fait d'une approche abductive, c'est-à-dire tour à tour inductive et déductive : elle propose d'élaborer des théories directement à partir des données empiriques en renversant la relation traditionnelle entre théories, hypothèses et données et faisant une plus large place à l'observation.

Elle ne repose pas sur l'analyse d'un contenu fini, mais sur un processus constant de relecture des informations recueillies en temps réel, qui commence dès le début de la collecte des données. Ainsi, contrairement au modèle hypothético-déductif, l'analyse par théorisation ancrée peut conduire le chercheur à développer des axes de pensées et des conclusions qui n'étaient pas formulées au début de l'enquête.

L'analyse par théorie ancrée contient 6 grandes étapes. Tout d'abord, la codification par codage ouvert, sur l'ensemble du verbatim, phrase par phrase. Ensuite, a lieu la catégorisation, qui consiste dans le réarrangement des codages pertinents selon une liste de catégories faisant émerger les thèmes principaux. J'ai ainsi pu isoler 48 catégories grâce au logiciel Excel[®], que j'ai mises ensuite en relation afin de former une cartographie : c'est la troisième étape de l'analyse en théorie ancrée, à partir de laquelle l'analyse à proprement parler débute. A l'issue de cette étape, j'ai regroupé ces différentes catégories selon 12 thèmes principaux.

Viennent ensuite l'étape de l'intégration, puis de la modélisation, durant lesquelles j'ai progressivement élaboré la problématique centrale de mon sujet de recherche.

Concernant la dernière étape de théorisation, il s'agit de la construction du plan définitif découlant de la problématique choisie.

Ce plan d'analyse final se découpe en trois grandes parties. La première s'intéresse au burn-out comme pathologie aux contours nosologiques incertains. La deuxième partie décrit une proposition de définition de la situation appliquée au burn-out. Enfin, la dernière partie aborde la démarche thérapeutique suivie par les médecins généralistes, qui repose sur la résolution des différents conflits émergeant de la définition de la situation de burn-out.

L'ensemble des données ont été triangulées, c'est-à-dire soumises à l'interprétation des deux encadrants de ce travail, les Docteurs François Baumann et Alexandre Michel.

Nous avons appliqué un contrôle externe de la qualité de notre travail en utilisant la grille « COnsolidated criteria for REporting Qualitative research » (COREQ)(54).

3. Aspects éthiques et réglementaires

3.1 Ethique

Le consentement de chacun des participants a été recueilli par écrit et oralement avant le début de chaque enregistrement, sans exception. Le caractère anonyme et confidentiel de la retranscription a été rappelé systématiquement en début de séance, et respecté lors de la réalisation de chaque transcription, en remplaçant les noms propres par les lettres [X], [Y] etc... L'identité des participants a quant à elle été remplacée par un code chiffré et lettré, non genré (exemple : P1G1 pour le participant numéro 1 du premier focus group).

3.2 Conflit d'intérêt

Aucun conflit d'intérêt n'est à rapporter.

Résultats

1. Caractéristiques des participants

Au total, 12 médecins ont été interrogés. Il y avait 4 hommes et 8 femmes. L'âge médian était de 32 ans, les extrêmes s'étendant de 28 à 68 ans.

3 participants étaient encore internes et avaient déjà réalisé un stage ambulatoire de premier niveau chez un praticien généraliste.

1 participant était assistant hospitalier en cours de validation du DESC de gériatrie.

3 participants étaient remplaçants, dont 2 n'étaient pas encore thésés.

5 participants étaient des médecins installés, l'un d'entre eux ayant auparavant exercé comme médecin du travail.

2. Présentation des résultats

2.1 Le burn-out : une pathologie aux contours incertains

2.1.1 Un cadre nosologique atypique

Aux yeux des médecins interrogés, le burn-out s'inscrit dans un contexte nosologique particulier, ne pouvant se rattacher ni à une définition consensuelle, ni à des outils de mesures traditionnels.

Une définition non consensuelle

Les échanges réalisés lors des focus groups montrent une difficulté des généralistes à définir de façon précise le burn-out. Premièrement, ils méconnaissent pour la plupart la définition officielle du burn-out, évoquée dans la fiche mémo HAS publiée en 2017. Ainsi, aucun des participants n'est capable de citer cette définition dans sa totalité :

« *Et y a une définition ?* » (P3G1, 374)

« *Sans rechercher, j'aurais pas sorti la définition* » (P4G1, 433-434),

Ceux qui connaissent cette définition, en outre, remettent parfois en cause la pertinence et l'applicabilité des trois critères de Maslach sur les situations qu'ils rencontrent en pratique clinique :

« y'en a qu'ont un métier... qu'est pas forcément dans l'accomplissement » (P4G1, 476)

Et certains trouvent même qu'elle manque de clarté : *« mais même dans la définition... je la trouve pas si claire que ça » (P2G1, 376)*

Même en connaissant cette définition, pour les généralistes interrogés dans l'étude, le burn-out peut difficilement se résumer à un seul concept. Pour eux, ce phénomène regroupe une multitude de situations possibles, et notamment de symptômes, rendant complexe sa caractérisation de façon simple :

« moi l'autre question que je me pose, mais ça c'est mon ignorance hein, est-ce que y a un burn-out, ou un burn-out par personne et des burn-out [...] est-ce que c'est aussi bien classable et identifiable et généralisable » (P4G1, 84-88)

« je pense qu'il y a une autre difficulté, c'est... c'est qu'il y a une multiplicité de symptômes, qui peuvent être présentés par le patient, donc c'est p't-être un peu difficile de classer les symptômes » (P4G2, 209-211).

Des outils de mesure critiqués et parfois écartés

Pour les généralistes, les outils de mesure existants ne conviennent pas à leur pratique et ne sont pas adaptés à leur prise en charge du burn-out. Ils ne sont ainsi pas d'accord sur l'utilisation d'une ou plusieurs échelles de façon consensuelle, et évoquent, qui le Maslach Burnout Inventory (MBI) (P2G2, 748-749), qui l'échelle de Pichot (P1G3, 501), qui celle de Hamilton (P2G3, 480-489), ou encore l'échelle de bien-être au travail (P2G3, 329-331).

En outre, il leur arrive de critiquer ces échelles, notamment celle du MBI qui n'est selon eux pas applicable pour certaines professions :

« Bah, j'ai utilisé quelque fois le test de [Maslach]... mais alors c'est pas valable pour toutes les professions » (P2G3, 748-749)

Ils vont même jusqu'à remettre en cause l'utilité des échelles de manière générale pour leur pratique, concernant les situations de burn-out :

« Est-ce que tu penses qu'il faut absolument une échelle pour pouvoir bien le prendre en charge ? » (P2G1, 311-312)

Et de fait, vont parfois assumer de ne pas les utiliser :

« Il existe des échelles de perception du bien-être au travail, dont j'ai pas le nom ce qui montre bien combien je m'en sers peu » (P1G2, 329-331)

2.1.2 Refuser de poser le diagnostic de burn-out avec certitude

Les généralistes considèrent le burn-out avec prudence quand il s'agit d'asseoir leur diagnostic et de poser ce mot sur l'ensemble des symptômes observés.

Les généralistes ne placent pas les classifications au centre de leurs pratiques

Pour les médecins généralistes, il n'est pas forcément utile de mobiliser les outils de catégorisations officiels pour soigner le patient.

En effet, il est difficile d'associer chaque situation clinique à un cadre sémiologique précis, notamment dans le domaine de la psychiatrie. Que ce soit parce qu'il peut y avoir différents diagnostics possibles, ou parce qu'il n'est pas possible de faire correspondre parfaitement un certain nombre de symptômes à une pathologie prédéfinie par les classifications médicales :

« [...] et je pense que à mon avis ça me sert à rien parce que bah c'est un peu insuffisant, on met pas les gens dans les cases » (P3G1, 64-65)

« [...] je fonctionne moi pas spécialement en mettant les gens dans des cases parce que je me rends bien compte que dans la vraie vie ils sont rarement casables ou ils sont dans plein de petites cases différentes » (P4G1, 45-47)

En outre, les généralistes ont beaucoup de mal à fonctionner avec les classifications officielles notamment pour le codage informatisé des pathologies (P1G3, 103-104).

Enfin, l'utilisation des classifications peut être limitante dans la démarche de réflexion du médecin, et être un frein pour une prise en charge optimale :

« [...] dans ma pratique je dirais que j'ai pas forcément besoin de ça pour réfléchir à est-ce que c'est présent ou pas et comment je vais prendre en charge » (P4G1, 45-46)

Douter du diagnostic de burn-out

Quand ils évoquent les situations de burn-out rencontrées chez leurs patients, les médecins généralistes décrivent une incertitude envahissante, qui se traduit par un sentiment de doute durant la consultation quant à la réalité du diagnostic envisagé :

« [...] le diagnostic burn-out je suis pas sûre de l'étiqueter » (P4G1, 128)

« des fois y a des moments où on doute aussi, est-ce que c'est vraiment un burn-out ? ou est-ce que... » (P3G3, 1170-1171)

Ce sentiment de doute est l'une des raisons qui poussent le médecin généraliste à ne pas prononcer le mot « burn-out » systématiquement devant le patient. Ainsi, soit il évite de poser clairement le diagnostic devant le patient :

« parfois en consultation je pose un diagnostic... alors je le dis pas forcément au patient, j'emploie pas forcément le mot burn-out » (P4G2, 360-362)

« [...] et essayer aussi le moins possible de leur suggérer le mot de burn-out et vraiment laisser faire la consult' sans le diagnostic... » (P3G3, 919-920)

Soit il le prononce, s'il estime que le patient en a besoin, pour mettre un mot sur sa souffrance et ainsi reconnaître l'existence de ses troubles dans une perspective de réhabilitation, voire de résilience future :

« le diagnostic, le mot, je peux le prononcer quand il a déjà été prononcé, [...] je le confirme, ou quand y a un besoin de reconnaissance de cette souffrance-là au travail, de le verbaliser comme ça... » (P1G2, 686-688)

« le fait de poser un mot ça peut peut-être les aider à aller mieux... voilà... le fait de poser un mot « [...] j'ai fait un burn-out avec mon travail... c'était reconnu » [...] Ça peut p't'être les aider à aller mieux. » (P3G2, 806-810)

La possibilité d'un diagnostic différentiel et d'une surestimation de la prévalence

Les médecins généralistes peinent à affirmer de façon certaine le diagnostic de burn-out, non seulement du fait d'un cadre nosologique selon eux insatisfaisant, mais aussi en raison de la possibilité d'autres diagnostics :

« il faut penser au diagnostic différentiel aussi parce que [...] j'ai déjà vu deux trois patients chez qui je me suis dit [...] c'est de la paranoïa [...] » (P4G2, 398-400)

« oui y a des diagnostics différentiels ! » (P1G3, 317)

Poser le diagnostic de burn-out, pour le médecin, représente une démarche périlleuse également parce que d'après lui, le burn-out est sur-représenté dans les médias et dans la sphère publique ce qui pousse le patient à s'approprier ce phénomène à son compte de façon surestimée :

« Et puis maintenant c'est aussi, voilà, bah euh beaucoup plus généralisé, donc les gens connaissent ce mot... » (P3G3, 137-138)

De fait, quand le patient se présente d'emblée avec un diagnostic de burn-out, cela déstabilise le médecin parce qu'il sent que ce diagnostic est peut-être posé à tort :

« le burn-out c'est quelque chose dont on entend énormément parler dans l'ensemble de la population... et pas forcément toujours je pense à bon escient » (P4G1, 321-323)

« C'est devenu un mot assez courant de la population générale : 'Ah j'serais pas en train de faire un petit burn-out docteur ?' » (P4G1, 244-245)

Ainsi, le généraliste d'après son expérience, a la sensation que les « vraies » situations de burn-out ne peuvent pas être aussi nombreuses :

« Moi j'ai l'impression de pas en avoir tant que ça » (P3G1, 496)

Enfin, les médecins généralistes affirment qu'il pourrait être plus aisé pour le patient de se déclarer en burn-out plutôt qu'en dépression :

« Parce que finalement je trouve que c'est plus facile de dire 'je suis en burn-out', d'accepter d'être en burn-out, que d'accepter d'être en dépression » (P4G3, 645-647)

Burn-out ou dépression... une distinction qui est loin d'être évidente pour le médecin généraliste.

2.1.3 Distinguer le burn-out de la dépression : un défi pour le généraliste

La dernière grande difficulté pour le généraliste qui est face à un patient en burn-out, est cette ressemblance qu'il reconnaît entre le burn-out et la dépression et l'existence de frontières floues entre les deux diagnostics.

Le burn-out : une forme de dépression ?

Quand ils parlent du burn-out, il arrive que les médecins le décrivent comme un syndrome dépressif, plus ou moins réactionnel au travail :

« on est dans la dépression » (P2G2, 473)

« Alors que moi c'est... 'fin une dépression réactionnelle au travail » (P1G3, 2281)

La prise en charge de l'un ou de l'autre serait d'ailleurs possiblement identique pour certains participants :

« [...] mais je pense que je prendrais de la même façon en charge quelqu'un qui a un burn-out, que quelqu'un qui est en dépression » (P3G2, 267-268)

Le burn-out et le syndrome dépressif : deux entités séparées ?

Pourtant, la dépression ne semble pas totalement remplacer le burn-out aux yeux de certains médecins généralistes, et ceci se ressent à travers différentes réflexions.

D'une part, la dépression est présentée parfois comme une évolution possible du burn-out :

« oui ça c'est important qu'on regarde si y a une dépression sous-jacente mais après le burn-out il peut amener aussi plus tard une dépression » (P4G2, 780-781)

Les deux maladies peuvent également être concomitantes, ce qui était déjà sous-entendu dans la précédente citation, mais est exprimé par d'autres participants :

« moi je suis là pour voir si dans leur... entre le travail et la famille, et surtout si eux ont un syndrome dépressif... moi je pense que c'est très important pour moi. » (P2G2, 721-723)

Deux concepts indissociables mais qui ne font pas qu'un

Ainsi, burn-out et dépression sont deux phénomènes qui ne sont pas aisément distinguables l'un de l'autre aux yeux des généralistes :

« et c'est pour ça que parfois on sait plus faire la différence entre un burn-out et une dépression... 'fin moi parfois j'ai du mal » (P4G3, 314-315)

« j'ai une patiente que j'avais aujourd'hui, au bout du compte elle va mieux là... elle a pu reprendre le boulot [...] je saurais pas te dire si c'est un burn-out qu'elle a fait, si c'est un syndrome dépressif... » (P4G1, 132-137)

Cependant, à aucun moment durant les échanges des focus groups, il n'a été mentionné le DSM-5 comme outil de diagnostic du burn-out, ni formellement déclaré de façon unanime et sans ambiguïté, qu'un burn-out était une dépression.

Pour les médecins généralistes, le burn-out ne peut être défini de façon consensuelle. Cela se traduit notamment par une tendance à s'affranchir des outils de mesure existants pour prendre en charge leurs patients. En outre, l'existence de diagnostics différentiels plausibles

et notamment la difficulté à distinguer le burn-out de la dépression, rend difficile l'élaboration de pratiques harmonisées. Poser l'étiquette de « burn-out » sur un patient n'est pas une habitude dans leur pratique clinique, ni celle de prononcer ce diagnostic avec certitude devant le patient.

Face à ces obstacles, le médecin généraliste pourrait être découragé, ne réussissant pas à trouver une démarche diagnostique satisfaisante. Cependant, nous verrons dans une deuxième partie comment la notion de définition de situation peut constituer une solution pour le médecin dans sa mission de soins primaires.

2.2 Définir la situation de burn-out en médecine générale

2.2.1 Le récit du patient : une étape essentielle de la définition de situation

Définir la situation de burn-out nécessite de placer le patient au cœur de la démarche diagnostique. La situation ne peut s'élaborer sans la mobilisation du récit du patient, en premier lieu: « *Nous l'important, c'est qui on soigne* » (P4G1, 606).

Après ce temps d'accueil du patient, il s'agit d'établir une relation d'écoute sur le long terme, qui va permettre de recueillir le plus grand nombre d'éléments historiques auprès de celui-ci. Ceci nécessite d'élaborer une alliance thérapeutique durable et solide, sans laquelle il n'est possible de gagner la confiance du patient.

Prendre le temps d'écouter ce que le patient veut (nous) dire

Pour s'adapter au mieux à la demande du patient, il est important de prendre le temps d'accueillir sa plainte : « *On a d'abord le temps de l'accueil de la plainte, et puis ensuite la construction du planning* » (P1G2, 524-525)

La consultation se déroule de manière à ce que le médecin ne bouscule pas le patient, mais au contraire, lui laisse le temps nécessaire pour lui permette de se dévoiler suffisamment :

« *où on est d'abord là... y a d'abord un déversement d'un trop plein et on est plus dans l'accueil de la souffrance aiguë, que dans une démarche diagnostique de confirmation...* » (P1G2, 332-334)

D'autre part, définir une situation en lien avec le burn-out nécessite un suivi sur le long terme avec le patient, et donc qu'il soit revu plusieurs fois par le médecin :

« tandis que si on aborde les choses, qu'on les anticipe, qu'on les parle, on peut faire un bout de chemin avec eux... » (P2G3, 233-235)

« ça prend du temps, il faut revoir le patient souvent, pour pouvoir établir un plan d'attaque » (P1G2, 335-336)

C'est d'ailleurs une grande difficulté abordée par les participants ayant un statut de remplaçant, que celle de ne pouvoir systématiquement revoir le patient par la suite en raison d'un planning moins régulier :

« parce que c'est pas toujours évident quand t'es remplaçant, que t'es pas là tout le temps [...] » (P4G1, 906-907)

Créer une alliance thérapeutique durable

Il ne s'agit pas seulement d'écouter avec attention et patience le récit du patient, mais de construire progressivement une relation médecin-malade de qualité. Ce lien entre le soignant et le soigné est l'une des conditions pour faciliter le récit du patient :

« En fait la première consultation, c'est... y a beaucoup d'écoute et on essaie de créer une alliance thérapeutique, un lien et... c'est vrai que ça peut se faire qu'en plusieurs consultations [...] que le patient dévoile un peu toute sa souffrance... » (P4G2, 536-539)

L'instauration de cette alliance thérapeutique nécessite d'établir un climat de confiance réciproque :

« [...] justement ce genre de consultation, burn-out, où t'interroges les gens, y a très aussi, une relation de confiance. Toi tu lui fais confiance... » (P3G3 / 2191-92)

L'existence de cette confiance mutuelle va reposer sur différentes attitudes du médecin.

Une attitude bienveillante tout d'abord, à travers une démarche de soutien du patient :

« Alors que le burn-out, on est dans un besoin urgent de débrief et de soutien » (P1G2, 1175-1176)

Le médecin doit parfois réassurer le patient, et notamment lever un sentiment de culpabilité qui parfois l'opresse, pour mieux gagner la confiance du patient :

« j'ai l'impression que mon rôle, dans ce genre de prise en charge, c'est l'accompagnement, la réassurance... d'essayer de le déculpabiliser, l'accompagner, l'arrêter, le revoir... » (P3G2, 658-660)

Enfin, le médecin ne peut pas susciter la confiance du patient sans lui-même lui accorder sa confiance. Et cette démarche ne va pas de soi, dans la mesure où la plainte du patient est bien évidemment subjective :

« Mais t'as besoin de croire en fait, quand tu es dans cette situation-là [...] C'est très difficile de te sentir thérapeutique [...] si tu sens que tu accroches pas au discours » (P2G3, 2195-2203)

2.2.2 Un élément central de la définition de la situation : la souffrance liée au travail

L'élément principal de la définition de situation de burn-out est le repérage d'une souffrance au travail. C'est l'élément déclencheur de l'élaboration de cette définition, grâce auquel l'enquête du médecin peut se dérouler selon un processus que nous détaillerons à la fin de cette partie.

L'existence d'une souffrance

Le mot « souffrance » est répété à de très nombreuses reprises par les participants, durant les entretiens collectifs :

« ils sont en souffrance » (P2G2, 1038) ;

« ils disent 'c'est tous les collègues', 'on est tous en souffrance, tout le monde se met en arrêt de travail...' » (P4G2, 374-377)

« donc j'aime bien m'intéresser à l'histoire de vie, donc j'en profite pour les connaître, j'en profite pour savoir ce qui les fait souffrir » (P2G3, 1160-1161)

Deux termes équivalents sont aussi utilisés : celui de « mal-être » et « d'aller mal/ne pas aller bien » :

« quand c'est un vrai, entre guillemets, burn-out, la prise en charge quoi... je pense, doit pas être la même que sur un mal-être autre. Voilà je pense que c'est plus sur ça et sur la question de comment prendre au mieux le patient qui va mal. » (P4G1, 498-501)

« oui c'est ça donc dans tout ça bah je sais pas, elle va pas bien, je l'ai arrêtée puis finalement elle est quand même retournée travailler... » (P3G1, 164-165)

Cette souffrance peut être physique au premier abord, se caractérisant par un trouble psychosomatique :

« finalement on a du mal à assumer un peu toutes les casquettes, aussi bien des conséquences psychosomatiques, des manifestations organiques, que de l'organisation, que de la souffrance mentale » (P1G2, 339-341)

« les patients ne parlent pas directement d'une souffrance au travail, ils peuvent venir avec juste une fatigue ou des douleurs musculaires, ou peu importe, des symptômes somatiques » (P4G2, 366-367)

Mais il s'agit d'abord et surtout d'une souffrance psychique :

« moi j'ai l'impression que je détecte plutôt la souffrance psychologique et ensuite euh... en explorant, en explorant un petit peu finalement y a pas beaucoup de choses » (P3G2, 257-259)

« pour moi y a à la fois l'expression d'une souffrance psychique avec [...] » (P1G2, 323)

Les troubles des conduites instinctuelles sont enfin considérées comme des manifestations de cette souffrance aux yeux des médecins. Non seulement le sommeil, mais aussi l'appétit sont le reflet de l'état psychique du patient, et leur perturbation est souvent la conséquence d'un état de souffrance globale :

« ça vous arrive souvent de poser la question du travail à vos patients ? » (modératrice FG3)

« moi si, systématiquement si y a un trouble du sommeil ou de l'alimentation, prise de poids ou un amaigrissement. 'Fin voilà, les trucs basiques quoi » (P2G3, 934-935)

Une souffrance rattachée à l'environnement du travail

La souffrance « nue » n'a pas de signification précise dans la définition de situation. Il faut pouvoir faire la connexion entre cette souffrance et l'environnement professionnel du patient :

« je vais plutôt cibler la souffrance, après bon y a ce lien avec le boulot » (P3G2, 278)

Soit ce lien est directement fait par le patient :

« Alors soit c'est directement clairement dit que 'ouais c'est l'enfer [...] j'en peux plus c'est horrible' » (P3G2, 262-263)

« ils disent 'j'en peux plus de mon travail' ; soit ils arrivent comme ça et nous l'apportent sur un plateau » (P2G3, 169-170)

Soit il faut le découvrir en questionnant le patient sur son travail (plus ou moins systématiquement) dès lors qu'une souffrance psychique est détectée :

« alors l'autre jour j'ai vu une patiente d'une quarantaine d'années qui vient me voir pour son épaule [...] et je sais pas comment c'est venu, je lui ai parlé de son travail, et elle s'est mise à chialer ! » (P1G3, 173-175)

« est-ce que ça ne pourrait pas venir du travail... ? tu leur poses la question » (P4G3, 881)

2.2.3 La souffrance liée au travail s'inscrit dans un processus évolutif

La souffrance du patient n'est pas un processus figé dans le temps, mais se construit de façon dynamique. Le médecin prend en compte le stade évolutif, car les conséquences psychiques et physiques ne sont pas les mêmes selon l'intensité de cette souffrance. Ceci induit une temporalité dans la prise en charge médicale, c'est-à-dire à la nécessité de dépister la situation de burn-out le plus tôt possible : *« Ouais, il faut leur faire comprendre qu'il faut prendre les choses tôt je pense, parce que plus c'est pris tôt mieux ça marche... » (P1G3, 296-297)*

Évaluer le degré de souffrance

Il est important pour les médecins généralistes de mesurer le degré de souffrance du patient à un instant donné :

« parfois en consultation, je pose un diagnostic... alors je le dis pas forcément au patient, j'emploie pas forcément le mot burn-out, mais ça dépend du stade auquel il est » (P4G2, 360-362)

« ... je vais partir des plaintes [...] physiques et psychiques du patient, pour faire un peu une stadification, évaluer son degré de souffrance » (P1G2, 517-518)

La souffrance comme engrenage menaçant les ressources psychiques du patient

Dans la définition de la situation de burn-out, la souffrance au travail est considérée comme la conséquence d'un processus qu'il devient impossible au patient d'arrêter. Celui-ci est pris dans un engrenage, dont l'issue lui échappe totalement :

« je vais trouver la personne qui va clairement pas bien, qui m'inquiète et qui est inquiétante... ou si y a un lien direct ou son incapacité à prendre la distance et son engrenage, et souvent des refus d'arrêt au départ parce qu'ils sont justement dans cet engrenage » (P4G1, 127-129)

« ils sont dans un truc où ils s'imaginent pas qu'ils pourraient éviter ou... voilà ils sont dans un truc, dans un engrenage, dont ils s'imaginent pas sortir en fait... » (P2G3, 203-205)

Cet engrenage se traduit notamment par un sentiment de déni que décrivent les généralistes chez leurs patients :

« y a certains patients qui ont pas forcément, pas pensé [...] des fois on a l'impression de leur ouvrir [...] les yeux » (P3G2 423-425)

Le processus dans lequel s'inscrit le burn-out, constitue en outre une forme d'engrenage, dans la mesure où les patients expriment une résistance à se faire aider, à stopper le processus pour admettre un espace temporel et spatial de consultation pour soins :

« et je pense que cette patiente elle était dans la phase de résistance là [...] je lui ai dit 'bon parlez-moi de votre travail etc...', elle a... 'non non je veux pas en parler, soignez-moi mon épaule' [...] je pense qu'elle est assez résistante mais euh... elle va revenir » (P1G3, 181-186)

La conséquence de cet engrenage est de mener le patient au-delà de ses ressources psychiques, qu'il n'arrive plus à mobiliser, ou qui deviennent insuffisantes :

« souvent les cadres sup' [...] quand ils disent 'je suis en burn-out', je sais que je vais... enfin... y a souvent une cohérence entre le mot qu'ils posent et la souffrance dont ils se plaignent et ils arrivent souvent à un stade où leurs ressources sont déjà dépassées » (P1G2 , 414-418)

« [...] si ils étaient venus plus tôt, on aurait pu parler de souffrance au travail non... 'fin on aurait pu mettre en place des ressources, mobiliser les ressources du patient pour euh, pour euh gérer cette souffrance au travail sans que ça devienne euh... complètement incapacitant » (P1G2, 418-421)

L'effondrement des ressources psychiques du patient et ses conséquences

A un stade évolué de souffrance, alors que le patient ne peut plus mobiliser les ressources psychiques suffisantes pour se défendre contre cette situation délétère, il parvient à un état psychique « dépassé ». Cet état traduit un effondrement de ses capacités à maintenir un équilibre psychique, la tension émotionnelle et morale étant trop forte, il se laisse submerger par la souffrance et ne peut plus lutter contre ce sentiment. Le retentissement sur son quotidien et son fonctionnement global est majeur, et va se manifester de différentes manières.

Pour le médecin, cet état de souffrance avancé se définit premièrement par un état d'épuisement, de fatigue majeure, qui sort des limites du cadre de la normalité :

« alors c'est pas le cas pour tous mais... j'ai plusieurs patients en tête où y a eu cette notion d'épuisement intense qui fait qu'y a une inertie, une incapacité de mobiliser pour continuer le fonctionnement basal quoi » (P1G2, 631-633)

En outre, il arrive que le patient se retrouve dans un état de sidération, ayant été jusqu'au bout de ses limites dans la mobilisation des ressources nécessaires pour faire face à la situation de souffrance :

« une espèce de dissociation qui fait que les patients sont euh... figés au travail avec une incapacité à trouver l'énergie qui leur permettra de traiter ce qui est... d'avoir une réaction à ce qui est délétère au travail » (P1G2, 326-328)

« et là je viens de la repasser à la Venlafaxine® et elle se réveille hein...[...] alors qu'avant elle bougeait plus de chez elle, plus rien quoi... » (P2G3, 2467-2472)

L'effondrement des ressources du patient peut se manifester d'autre part par une anxiété intense, avec des bouffées d'angoisse envahissantes :

« et elle s'est mis à avoir des angoisses pas possibles dès qu'elle arrivait dans le car, pour aller, pour partir travailler » (P3G1, 995-996)

Le médecin généraliste va également rechercher des troubles des conduites instinctuelles, c'est-à-dire des troubles du sommeil ou encore de l'appétit par exemple :

« c'est vrai qu'il y a des manifestations anxieuses, des troubles du sommeil importants » (P4G2, 1203-1204)

« [...] moi si, systématiquement si y a un trouble du sommeil ou de l'alimentation, prise de poids ou un amaigrissement. 'Fin voilà, les trucs basiques quoi » (P2G3, 934-935)

Au bout de ce processus d'effondrement, il y a la menace du risque suicidaire qui ne doit pas être sous-estimée et que le médecin peut rencontrer parfois frontalement chez son patient :

« Les suicidaires, on n'en a pas parlé mais crise suicidaire, c'est sérieux hein... Moi j'en ai vu, bah oui quand je faisais des gardes là, il y a très très très longtemps [...] Et y avait un gars qui travaillait dans l'hôtellerie. Il est... je m'en souviens, alors... j'étais allé dans son domicile. J'appelle les policiers [...] et il a été rattrapé, plaqué par le policier parce qu'il était en train de courir pour sauter par la fenêtre » (P1G3, 1786-1792)

2.2.4 Poursuivre la démarche d'élaboration de la définition de burn-out : rechercher les facteurs de risque principaux

La définition de la situation de burn-out repose donc en premier lieu sur le repérage par le médecin d'une souffrance qui liée à l'environnement du travail. Il est également important pour le généraliste de situer cette souffrance sur une échelle de gravité en fonction notamment de son retentissement sur les conduites instinctuelles et l'état émotionnel du patient.

Le deuxième élément décrit par les généralistes comme étant au cœur de la définition de la situation de burn-out, est la mise en évidence de facteurs de risque, qui peuvent être regroupés en deux grandes catégories. Les facteurs liés à l'environnement du travail, et ceux liés au patient, ou facteurs individuels.

Les facteurs de risque liés à l'environnement du travail

L'un des principaux facteurs de risque retrouvés lors des échanges avec les médecins est l'existence d'une ou plusieurs situations de harcèlement, et/ou de maltraitance sur le lieu du travail :

« De deux choses l'une, ou y a harcèlement professionnel, ou y a vraiment une violence caractérisée, et dans ces cas-là on peut tout de suite aller... » (P2G3, 224-225)

Derrière la notion de harcèlement, les médecins s'attachent par exemple à dépister les situations où des reproches faits par la hiérarchie auprès du patient, ont été ressentis comme abusifs :

« [...] les conditions de travail. Pour moi c'est très important. C'est-à-dire que une mère, une mère de famille qui a deux enfants, qui dépose à l'école, [...] qui arrive au boulot, on lui fait une remarque en lui disant « vous êtes en retard » etc etc... voilà. » (P2G2, 287-289)

Le harcèlement peut également se manifester à travers une ambiance malsaine au travail, du fait notamment de techniques managériales qualifiées de violentes :

« et ensuite, ça, lié à des styles de management qui sont parfois très violents... » (P4G2, 380)

Enfin, en abordant le sujet du harcèlement, un participant a décrit la « personnalité sombre », qui pourrait être assimilée à un trouble de la personnalité d'ordre psychiatrique. Ainsi, parmi les supérieurs hiérarchiques responsables de harcèlement, certains pourraient présenter ce type de trouble de la personnalité à l'origine d'un comportement malsain néfaste pour les employés :

« y a un truc qu'il faut connaître à mon avis, c'est la personnalité [...] sombre [...] Ça a été décrit par un psychiatre canadien [...] il est narcissique, machiavélique et psychopathe. Mais il va pas venir te consulter en te disant 'je vais mal'. Celui qui va venir te consulter c'est celui qui est sous ses ordres. C'est sa victime. » (P1G3, 599-602 ; 852-854)

Un autre facteur de risque lié à l'environnement de travail, et qui n'est pas forcément lié à des situations de harcèlement, est fréquemment mis en avant. Il s'agit des difficultés relationnelles entre collègues ou avec la hiérarchie, qui peuvent reposer sur une incompréhension mutuelle, des difficultés de communication ou encore des luttes de pouvoir. La conséquence de ces relations conflictuelles est la détérioration du climat professionnel et donc le risque qu'émerge une situation de souffrance liée à l'environnement de travail :

« ils supportent plus ! ils supportent plus toute cette hiérarchie, et eux ils sont... ils se sentent complètement sous pression, et ne pouvant plus réagir, ne pouvant plus leur parler, parce que la façon de parler, ça compte, les mails ça reste [...] ils se sentent paralysés, ils peuvent plus dialoguer [...] » (P2G2, 713-717)

Une charge de travail trop importante est également considérée comme un facteur de risque de burn-out :

« elle arrivait plus parce qu'elle avait trop de charge du point de vue du travail de secrétariat » (P3G1, 156-157)

« Par exemple, une copine infirmière qui va bosser, [...] qui veut pas lâcher ses collègues qui sont en difficulté parce qu'il y a des sous-effectifs [...] » (P1G2, 1059-1060)

Les métiers qui nécessitent un contact humain permanent sont également pris en compte dans la définition de cette situation. Parmi ces métiers, les généralistes mentionnent les professions de la santé, ou encore les métiers administratifs du service public impliquant un contact direct et permanent avec l'utilisateur :

« mais c'est des gens qui font un travail où y a besoin d'empathie... qui vont aussi faire leur burn-out. Mais les infirmières, et tout ça... c'est des gens à risque ça » (P1G3, 970-971)

« ceux qui sont à l'accueil 24 sur 24 - nous on peut fermer la porte du bureau -... à la poste ou aux impôts [...] qui sont en face du public tout le temps [...] où en fait ils se font insulter 5-6 fois dans la journée » (P2G3, 965-968 ; 1006-1008)

Au total, tous ces facteurs environnementaux liés au travail sont pointés comme étant pourvoyeurs de stress d'une manière ou d'une autre. Et c'est précisément l'émergence de ce stress professionnel, à fortiori quand il se chronicise, qui constitue un élément majeur du processus de souffrance liée à l'environnement de travail.

Ainsi, au cœur de la définition de la situation de burn-out, le généraliste s'attache à discerner les contours d'une situation de stress professionnel qui lui permettent d'identifier une souffrance liée au milieu du travail et de définir une situation de burn-out :

« [...] mais dans ma représentation j'ai l'impression que le traumatisme, ça crée un état de stress post-traumatique avec un événement aigu qui vraiment euh... brise les défenses de la personne, alors que le burn-out je le vois plus comme un stress chronique... chronique sur des mois, ou des années, ou... qui attaque petit à petit la personne... » (P4G2, 576-579)

Les facteurs de risque liés au patient

L'autre catégorie de facteurs de risque décrits par les généralistes regroupe les facteurs individuels, dont l'identification constitue un indice supplémentaire dans l'élaboration de la définition de la situation de burn-out.

Parmi ces facteurs liés au patient, figurent les évènements de vie rencontrés par le patient, et qui parfois ont pu contribuer à le fragiliser, à marquer son existence défavorablement :

« Plusieurs mois ou plusieurs années après on peut parler de leur personnalité, de ce qui fait qu'ils sont peut-être fragilisés, de leur vécu, de plein d'autres choses mais ça, ça vient dans un deuxième temps quand la première étape est passée. »

« et je pense que c'est multifactoriel, c'est-à-dire y a pas que le travail, y a des ... des facteurs individuels, des facteurs de la vie personnelle antérieure » (P4G2, 215-216)

Un autre facteur de risque individuel important évoqué par les généralistes, est l'existence de certaines représentations du patient vis-à-vis de son travail. Parmi celles-ci, sont prises en compte notamment la manière dont le patient souhaite s'investir dans son travail, ainsi que l'existence ou non d'un équilibre entre le travail attendu et les efforts effectivement fournis par le patient. Quand il y a un déséquilibre entre ces deux derniers aspects, il y a alors une situation risquant de faire émerger de la souffrance chez le patient :

« alors après j'essaie de voir si y a d'autres facteurs... comment je pourrais expliquer... ouais, si y a d'autres facteurs qui peuvent déclencher... alors souvent, y a aussi la distance au boulot » (P3G2, 263-265)

« mais après ce sont des patients [...] qui en font toujours plus qu'on ne leur en demande et qui estiment, enfin qui font des choses qu'on leur demande pas... » (P2G3, 513-514)

Parmi les représentations qu'ont les patients de leur travail, les généralistes repèrent la manière dont le patient peut s'identifier à travers et dans son travail. Lorsque le patient surinvestit son « moi » dans sa carrière professionnelle, les conséquences d'une déception dans son travail peuvent être décuplées. Les attentes du patient vis-à-vis de son travail ne sont pas seulement inscrites dans un parcours de carrière ambitieux, mais peuvent parfois révéler la volonté d'un accomplissement global : « je travaille, donc je suis ». Or, il peut y avoir mille raisons d'être insatisfait dans son travail, ce qui expose le patient à se sentir visé dans son

essence-même, c'est-à-dire menacé dans son identité profonde. Les généralistes donnent l'exemple d'une promotion attendue qui finalement ne vient pas, ou encore qui est reportée, voire annulée :

« mais c'est vrai qu'y a des multiples facteurs, y a des attentes, les représentations personnelles [...], les supérieurs qui donnent des informations contradictoires, ou qui donnent des informations floues ou qui promettent des promotions alors que finalement non... » (P4G2, 475-478)

« chez certaines personnes, la composante travail dans leur existence est tellement importante, que quand y a un déni euh... de valeurs, ou une attaque dans cette dimension professionnelle, l'identité est atteinte... et là, du coup, y a... en termes d'égo, de narcissisme, y a une menace. » (P1G2, 603-606)

Un autre facteur important lié à l'individualité du patient, regroupe certains traits de caractère décrits comme plus susceptibles d'induire une souffrance au travail. Il ne s'agit pas nécessairement de troubles de la personnalité au sens psychiatrique du terme, mais de tendances et schémas comportementaux pouvant constituer un terrain propice au développement d'un burn-out à un moment donné de la vie du patient :

« au départ c'est... moi j'ai l'impression que c'est toujours des gens quand même [...] qu'ont pas eu toujours une vie simple, voilà des personnalités particulières... »

Parmi ces traits de caractère, les généralistes évoquent la tendance chez certains patients à se placer en victime dans des situations conflictuelles, notamment au travail :

« et après il peut y avoir aussi une personnalité de victime en fait, quelqu'un qui se soumet toujours dans cette situation-là » (P2G3, 518-519)

Les tempéraments rigides, qui rendent notamment difficile l'adaptation au changement, ainsi que la gestion des conflits avec tous les bouleversements émotionnels et psychiques qu'ils peuvent induire, sont également considérés à risque :

« ... des troubles de la personnalité qu'ils soient obsessionnels ou quoi que ce soit mais à un moment donné ça peut... quand les mécanismes de défense sont trop rigides, ils iront plus facilement dans le mur [...] » (P2G3, 524-529)

D'autre part, les personnes ayant une tendance au perfectionnisme, à la recherche d'une amélioration constante du « être » et du « faire » au risque de ne jamais atteindre la satisfaction professionnelle, sont aussi considérées comme des profils « à risque » :

« donc il bossait comme un fou sur l'hôtel et il était perfectionniste... donc comme souvent d'ailleurs dans l'hôtellerie, [...] c'est des milieux où ils sont maboules, ils veulent toujours... ils sont à la recherche de leurs étoiles là [...] » (P1G3, 1796-1799)

Enfin, les patients ayant une tendance exacerbée à l'altruisme, à l'empathie, vont être aussi plus concernés par les situations de burn-out, d'après les généralistes :

« ce sont des personnalités particulières quand même qui développent, qui favorisent en fait [...] et se trouver dans des contextes, mais après ce sont des patients qui sont euh... extrêmement altruistes... » (P2G3, 507-509)

Un troisième facteur décisif lié à l'individualité du patient dans le processus d'apparition du burn-out, est la qualité de ses interactions sociales. Pour les généralistes, avoir un soutien de l'entourage, une situation familiale stable, des amitiés durables et bienveillantes sur lesquelles compter, sont autant de facteurs protecteurs limitant le risque d'apparition de burn-out :

« quand y a pas de facteurs protecteurs, c'est qu'on a une personne accablée, qui n'a vraiment pas de soutien [...] » (P2G2, 557-558)

« ceux qui ont une famille de qualité, des gens qui les soutiennent, des amis, des vrais amis, des gens qui peuvent les entourer, ils ont des endroits pour se ressourcer. On dit que quelqu'un qui est isolé justement, qui est veuf ou veuve depuis moins d'un an ou quelque chose comme ça, va être beaucoup... voilà y a la qualité de l'entourage quoi, de l'entourage et des liens sociaux [...] » (P2G3, 846-850)

Enfin, un dernier facteur rapporté par les médecins généralistes est celui du genre. Selon eux, être une femme implique parfois pour les patientes de devoir gérer à la fois leurs tâches professionnelles, mais aussi leur rôle d'épouse, voire de mère avec la charge mentale que cela implique. Ce qui représente un risque à part entière de se retrouver dans une situation de burn-out :

[...] et qui en plus sont mères célibataires, avec deux gamins qui se retrouvent avec le trajet, plus le gamin, la convocation chez la directrice parce que forcément ça va pas bien, et un autre qui a eu un diagnostic de trouble de l'attention (P4G1, 579-581)

Face aux difficultés qu'ont les généralistes à catégoriser le burn-out selon un cadre nosologique classique, ils réussissent à mobiliser leurs ressources d'une autre manière, en proposant à la place la définition d'une situation de burn-out.

Cette définition de la situation repose tout d'abord sur le repérage d'une souffrance en lien avec le travail qui se manifeste sur le plan psychique d'emblée, ou peut s'exprimer parfois en premier lieu par des troubles psychosomatiques. Le degré d'intensité de cet état de souffrance est important à prendre en compte dans une perspective de temporalité, afin d'évaluer s'il s'agit d'une situation d'urgence ou non. Ainsi, au stade évolué de la souffrance du patient, le risque suicidaire existe et ne doit pas être méconnu.

En outre, la définition de la situation de burn-out ne peut se faire sans rechercher des facteurs de risque, qui sont d'une part en lien avec l'environnement de travail, et des facteurs individuels, liés au vécu, aux représentations vis-à-vis de la sphère du travail, et enfin aux traits de caractère du patient.

2.3 Stratégies thérapeutiques : résoudre les conflits mis en évidence lors de la définition de la situation de burn-out

Nous avons vu que pour l'élaboration de la définition de situation de burn-out, les généralistes vont mettre en exergue des problématiques diverses impliquant l'environnement professionnel du patient et sa relation avec cet environnement, ainsi que des états psychiques et émotionnels qui nécessitent une prise en charge particulière.

Nous allons maintenant voir que l'objectif principal de leur démarche thérapeutique va être de cibler précisément ces situations délétères, en proposant des solutions adaptées à chacune d'entre elles.

2.3.1 L'arrêt de travail : extraire le patient d'un environnement délétère

La première étape de toute stratégie thérapeutique consiste, pour le médecin, à proposer un arrêt de travail à son patient :

« même si je suis d'accord l'arrêt de travail est pour moi un élément capital de la prise en charge du burn-out... » (P1G2, 1082-1083)

Les objectifs de l'arrêt de travail

L'arrêt de travail va tout d'abord permettre d'éloigner le patient d'un environnement professionnel considéré comme nocif, la souffrance au cœur du burn-out étant liée au travail :
« moi mes premières réactions dans ces cas-là où je pense que c'est vraiment le travail en premier lieu [...] c'est de les retirer et de se prendre un peu de temps » (P4G1, 649-651)

Mais il va également permettre, en plus de l'extraction d'un milieu professionnel délétère, une prise de recul vis-à-vis de cet environnement :

« pour moi la justification de l'arrêt, y avait à la fois la prise de recul et la notion de mise en danger du patient. » (P1G2 / 1055-64)

Cette prise de recul va être nécessaire pour le patient, car ce dernier va pouvoir de nouveau se concentrer et revaloriser les autres aspects de son quotidien :

« alors l'arrêt de travail ça peut faire une semaine, et encore c'est... ils prennent un peu de distance ça fait du bien, et ils se disent « finalement y a pas que le boulot dans la vie... » (P2G2, 304-306)

La mise à distance du milieu professionnel va également créer un espace et laisser le temps nécessaire pour retracer les événements récents et plus anciens, dans une perspective d'introspection :

« Mais y a un arrêt de travail pour... on en fait quelque chose. Moi c'est du pain béni, parce que c'est des personnes que... moi j'aime... j'aime beaucoup, je suis une grande balintienne, donc j'aime dire... donc j'aime bien m'intéresser à l'histoire de vie, donc j'en profite pour les connaître, j'en profite pour savoir ce qui les fait souffrir, leurs priorités, où ils iraient si ce travail s'arrêtait [...] qu'est-ce qu'ils peuvent évoquer... » (P2G3, 1158-1165)

Enfin, l'arrêt de travail est l'une des conditions à l'élaboration d'un nouveau projet professionnel et donc à la création d'une nouvelle situation de travail (cf dernier chapitre de cette partie) :

« [...] le but de l'arrêt est pas de le reprolonger, de le reprolonger... c'est d'avoir un projet. » (P4G1, 700-702)

Les conditions d'instauration de l'arrêt de travail

Une notion importante est celle de l'acceptabilité de l'arrêt pour le patient. D'emblée, il est souvent difficile pour lui de prendre conscience de la nécessité de s'arrêter car il est encore dans l'engrenage de la situation de burn-out. Or, il est important pour le généraliste de considérer l'arrêt de travail comme une décision partagée, reposant sur une coopération mutuelle et impliquant notamment une phase de négociation. Car cette phase de négociation est non seulement l'une des conditions d'instauration de la relation de confiance entre médecin et patient, mais aussi d'acceptabilité de l'arrêt de travail par le patient :

« Et après y a l'acceptabilité par le patient de l'arrêt. Que ce soit dans les entreprises [...] 'ça va être mal vu' ou 'je peux pas, j'ai un projet important' [...] et y a souvent une phase de négociation et d'acceptation... » (P1G2, 980-984)

Concernant la durée de l'arrêt de travail, les généralistes ont pour la plupart tendance à initier un arrêt de quelques jours, puis à régulièrement prolonger ces arrêts, pour plusieurs raisons. La première d'entre elles est liée à la phase de négociation évoquée plus haut. En effet, les généralistes observent qu'un temps de réflexion est nécessaire pour le patient, qui va lui permettre de s'habituer progressivement à l'idée d'une pause dans sa vie professionnelle :

« [...] où... quand les patients sont en difficulté pour accepter, et bien 'rdv dans une semaine' en disant 'on voit dans une semaine et on voit ce qui se passe'. Et ça aura permis l'ouverture de la réflexion, qui permettra d'accepter, ou pas, cet outil-là » (P1G2, 984-986)

D'autre part, prolonger l'arrêt régulièrement va permettre de revoir régulièrement le patient tout au long du suivi en réévaluant à chaque fois la nécessité et la pertinence de cet arrêt :

« je préfère prolonger parce que je veux revoir les gens, pour faire le point, pour voir où ils en sont... » (P3G1, 716-717)

Enfin, la prolongation de l'arrêt permet de limiter l'appréhension du patient à l'approche de la reprise. Elle constitue un moyen de réassurance, dans l'hypothèse d'un retour au travail plus difficile que prévu :

« [...] je vais faire quinze jours en leur disant « on se revoit une fois dans huit jours » et puis... de toute façon, ces patients-là, je les revois systématiquement... la plupart du temps euh, je les revois avant la fin de leur arrêt pour pas... et pas la veille quoi, en leur disant « si y a besoin on prolonge » pour pas qu'il y ait le stress de la potentielle reprise immédiate. » (P4G1, 689-693)

Globalement, dans le contexte de la situation de burn-out, les arrêts de travail peuvent être parfois d'une durée de plusieurs mois, voire années :

« mais un burn-out, un burn-out c'est long ! [...] parce que ça nous fait faire des arrêts de travail prolongés ; parfois deux ans trois ans... » (P1G3, 393 ; 401)

Les obstacles à l'arrêt de travail

En écho à la notion d'acceptabilité de l'arrêt de travail, il arrive parfois que le patient refuse de s'arrêter malgré toutes les précautions prises par le généraliste :

« même si je suis d'accord l'arrêt de travail est pour moi un élément capital de la prise en charge du burn-out [...] y a des personnes chez qui on y arrive, y a des personnes chez qui on n'y arrive pas. » (P1G2, 1082-1088)

Par ailleurs, il existe certaines professions pour lesquelles l'arrêt de travail est tout simplement impossible, ou extrêmement difficile à mettre en place en raison de ressources administratives et/ou financières inexistantes :

« selon le métier, ça va être très différent d'avoir un burn-out d'un artisan libéral, qui peut pas s'arrêter parce qu'il a pas de complémentaire et que son business... il va pas avoir de chiffre d'affaires si jamais il travaille pas, et que d'avoir quelqu'un en entreprise, à la RATP par exemple, où y a une hotline avec euh... avec accès gratuit au psychologue du travail , de l'EMDR, ou d'autres ressources... euh... et donc en termes d'enjeux, c'est plutôt la bonne connaissance du contexte professionnel et social du patient qui pour moi est plus déterminant en termes de moyens qu'on pourra mettre en œuvre pour la prise en charge » (P1G2, 691-697)

Les médecins généralistes évoquent en outre des difficultés administratives et juridiques dans l'élaboration des arrêts de travail. D'une part, demeure l'impossibilité d'écrire le diagnostic de « burn-out » sur les certificats, car ce dernier est un terme juridique qui met d'emblée en jeu la responsabilité de l'entreprise dans l'état clinique du patient, parfois à tort. Ce qui oblige le médecin généraliste à choisir avec précaution les mots qu'il souhaite inscrire sur l'arrêt de travail, sous peine de poursuites judiciaires venant de l'employeur :

« je vais rebondir sur le motif d'arrêt de travail et là, à titre syndical, je marque rarement burn-out, parce qu'il a été remonté par la FMF que le... y avait énormément de médecins qui étaient en difficulté, attaqués par les entreprises, quand on marquait burn-out ou souffrance au

travail, parce que notre fonction de médecin c'est de décrire un état et pas de définir la causalité. Et donc il faut qu'on soit extrêmement prudents lorsqu'on écrit sur nos arrêts de travail et dans les courriers en particulier au médecin du travail, pour ne pas engager notre responsabilité dans un lien de causalité, ou une imputabilité. » (P1G2, 81-87)

Une autre difficulté administrative est le contrôle par la Sécurité sociale du nombre et de la durée des arrêts de travail prescrits par les médecins généralistes, qu'elle compare aux statistiques nationales et qui peuvent conduire à une sanction du médecin lorsque les chiffres sont au-dessus des moyennes mesurées :

« [...] parce que je pense que y a certains confrères qui sont coincés par ça, qui sont surveillés par la sécu et qui peuvent pas trop arrêter les patients... » (P1G3, 251-252)

2.3.2 Traiter les conséquences d'un état dépassé

Dans la situation de burn-out, le patient est en état de souffrance dont l'intensité variable va avoir différentes conséquences sur le plan psychique et émotionnel. Parmi elles, les généralistes mettent en évidence un état anxieux, mais aussi des troubles du sommeil et des symptômes dépressifs. Le patient, dans ces conditions, perd la notion de plaisir et ne sait plus comment retrouver des sensations corporelles agréables.

L'une des priorités de la démarche thérapeutique va être de diminuer les états pathologiques, et recréer des émotions positives en valorisant les activités corporelles et en redonnant une place aux sensations de plaisir.

La place de l'anxiolyse médicamenteuse

L'objectif principal du traitement anxiolytique est de lutter contre l'état d'anxiété du patient, qui est souvent sous-jacent dans les situations de burn-out :

« On commence par l'anxiété, on voit ce qui reste. On commence d'abord par l'anxiété » (P2G3, 1951)

Ils vont également être utilisés pour soigner les troubles du sommeil, induits par l'état de souffrance avancée, mais qui ont tendance aussi à prolonger cet état :

« quelque fois je donne éventuellement à la première consultation quand t'as vraiment beaucoup d'angoisse et des insomnies, un peu de benzodiazépines » (P3G1, 915-916)

Les anxiolytiques sont prescrits avec soin en raison des effets secondaires les plus fréquents évoqués par les généralistes, à savoir le risque d'addiction :

« j'essaie de pas entrer dans les benzodiazépines, parce qu'après quand même quand y a un burn-out y a plus de risques d'addiction » (P4G2 / 1203-1208)

C'est pourquoi ils sont généralement prescrits pour une durée limitée dans le temps, avec une réévaluation systématique et régulière de leur indication :

« pour chaque prescription de benzo, [...] on peut en avoir besoin à un moment donné, ce qui veut pas dire qu'on va rentrer dans de la dépendance tout de suite et... le principe de ces médicaments, quand ils sont utilisés à bon escient, c'est une bonne indication et donc on peut en avoir un bénéfice, mais de toute façon on réévalue dans le temps et c'est ça qui nous permet de continuer de vérifier la pertinence de ce traitement-là. » (P1G2, 1310-1315)

Reprendre conscience des sensations corporelles et du plaisir au quotidien

L'un des moyens de soigner la souffrance du patient, et de recréer chez lui des sensations physiques et des émotions positives, nécessaires à une reprise du contrôle de soi et à la mobilisation de ressources psychiques efficaces.

Il existe différents moyens pour cela, parmi lesquels la réappropriation de la sphère corporelle à travers l'activité physique :

« [...] l'activité physique pour moi va être essentielle, à un moment où y a... où il peut y avoir disjonction, ou souffrance extrême, ou incapacité de ressource cognitive, d'accès sur le corps, le physique, et la dépense que ce soit pour l'anxiolyse ou les troubles du sommeil » (P1G2, 1223-1226)

Les généralistes évoquent également les techniques de relaxation corporelle tel que le yoga ou encore la méditation :

« Et si je vois qu'il y a des symptômes physiques importants, j'oriente plus vers des thérapies de relaxation ou... puis systématiquement aussi je vais... comme ils surinvestissent le travail j'essaie de les... de leur suggérer de réinvestir le côté relationnel ou le sport ou des activités de relaxation type yoga, des choses comme ça. » (P4G2, 1122-1126)

Enfin, replacer la notion de plaisir dans le quotidien du patient peut se faire en aidant le patient à verbaliser des envies, ou encore à réinvestir des activités agréables qu'il avait l'habitude de pratiquer antérieurement :

« Euh oui voilà moi je serais plutôt à demander ce qu'ils ont envie, 'fin ce qui pourrait leur faire du bien, qu'est-ce qu'ils envisagent dans la semaine [...] mais bon faut pas que je donne de solution évidemment, c'est à eux de trouver leur solution [...] » (P3G2, 1139-1143)

« Moi j'en ai une [...] » « qu'est-ce que vous avez pas fait depuis des années ? »... « bah le ciné ! » je fais « bah très bien... ciné ! » (P2G1 / 1130-31)

La place des antidépresseurs et notamment l'existence de pathologies psychiatriques concomitantes

Dans la première partie de ce travail, il a été mis en évidence le chevauchement entre dépression et burn-out qui est décrit dans la littérature scientifique et retrouvé dans la pratique quotidienne des médecins généralistes recrutés dans ce travail.

Selon eux, le burn-out peut accompagner une dépression initiale, ou encore évoluer en syndrome dépressif, mais aussi être considéré comme une forme de dépression réactionnelle au travail. Il est donc fréquent que des signes de dépression soient recherchés lors du suivi du patient et la présence d'une humeur dépressive va alors motiver l'instauration d'un traitement antidépresseur :

« il peut y avoir effectivement si y a des signes, vraiment des signes de dépression, et je pense que quand même un traitement s'impose » (P2G2, 872-873)

Parfois, la présence d'autres pathologies psychiatriques peut justifier l'utilisation des antidépresseurs, notamment quand on retrouve une forme d'anxiété chronique :

« Moi souvent justement je donne le traitement d'anxiété, et je leur dis 'mais si ça fonctionne pas, il faudra qu'on pense à un autre type de traitement'. Je commence à dire 'peut-être qu'il faudra qu'on s'occupe du moral'. » (P2G3, 1994-1996)

« [...] les antidépresseurs ils sont aussi anxiolytiques ! donc euh... d'façon si t'en mets s'ils sont pas déprimés, tu traites l'anxiété. »

Il arrive également que le médecin généraliste puisse prescrire des antidépresseurs sans qu'un syndrome dépressif ou une autre pathologie psychiatrique soient avérés. L'indication retenue

est alors la mise en évidence d'une souffrance psychique importante, justifiant une intervention médicamenteuse adaptée :

« mais parfois ça suffit pas ; j'ouvre des porte, comme tu dis chaque patient doit trouver ses solutions, mais ça nous empêche pas de faire des propositions, dans lequel le patient se retrouvera ou pas, et je pose la question 'avez-vous besoin de médicaments' ? » (P1G2, 1228-1231)

2.3.3 L'intérêt du travail d'introspection dans la reconstruction du patient : place de la psychothérapie dans le traitement du burn-out

La psychothérapie est l'un des piliers de la démarche thérapeutique proposée par les généralistes dans le cadre de la situation de burn-out. Elle permet de façon globale de comprendre pourquoi et comment s'est construite une situation problématique, et donc d'identifier des points de réflexion qui vont être le départ d'une démarche thérapeutique. Le thérapeute va ensuite accompagner 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

Les objectifs principaux du travail de la psychothérapie

La psychothérapie va consister tout d'abord dans la relecture des évènements de vie passés, afin de comprendre lesquels ont pu à un moment donné être responsables d'une fragilisation du patient, mais aussi influencer un comportement problématique dans l'environnement professionnel :

« [...] et elle a réfléchi un petit peu à distance, c'est-à-dire 'mais comment vous pensez que vous vous mettez dans des situations comme ça ?' [...] Et en fait, elle a fini par me dire 'bah nous on était trois enfants, donc il y avait la grande et la petite, moi j'étais celle du milieu. Donc la grande c'était la préférée de maman, la petite c'était la préférée de papa et moi j'étais au milieu et donc je n'avais que l'excellence pour me faire remarquer'. [...] enfin elle avait besoin d'être la première en classe [...] donc un truc comme ça qu'elle a pu verbaliser, peut-être prendre un peu de recul après, parce qu'elle me disait qu'elle se levait, elle s'occupait de ses trois enfants, elle travaillait jusqu'à 9 heures du soir, elle faisait la cuisine, le repassage, donc

oui elle faisait tout elle-même, elle se couchait à 1h du matin, elle se levait à 6h... et tout était impeccable chez elle [...] » (P2G3, 821-834)

D'autre part, la psychothérapie va permettre d'identifier les facteurs impliqués dans l'élaboration de stratégies de défense inadaptées face aux situations de stress au travail. Et notamment ce qui, dans la construction d'un coping défectueux, relève de choix individuels et donc potentiellement modifiables :

« moi personnellement je parle au patient de plusieurs aspects : y a l'aspect des – comment dire – des représentations et des stratégies qu'ils mettent en œuvre pour faire face aux situations de stress au travail . Alors du coup y a des... je reformule ce qu'ils me disent, j'essaie de... je leur pose des questions pour leur suggérer qu'il y a peut-être d'autres façons de voir telle situation stressante, telle parole reçue au travail ou autre » (P4G2, 1101-1105)

« La seule personne que vous pouvez changer, c'est vous... vous pouvez aller dans le meilleur travail du monde et tomber sur le seul... sur cette personne-là ; il faut savoir vous protéger, donc il faut que vous travailliez ça » (P2G3, 1937-1940)

Enfin, le travail de psychothérapie va avoir comme intérêt de questionner les représentations qu'ont les patients vis-à-vis de leurs choix professionnels et de la sphère du travail plus généralement : leurs attentes, leurs ambitions, ce qu'ils projettent de leur individualité dans cet environnement professionnel... Ce qui peut avoir comme effet la verbalisation d'une frustration, ou l'envie d'exercer un autre travail par exemple :

« on fait un diagnostic vraiment, sur l'environnement, sur la vie vraiment de la personne... savoir un peu ce qui se passe, depuis quand elle est dans un... depuis quand elle travaille aussi, qu'est-ce qu'elle a investi dans ce travail ? » (P2G2, 351-353)

« sur l'histoire de vie du patient et savoir qu'en fait euh... bah ce qu'il a fait comme travail c'est un peu par hasard, c'est pas ça qu'il avait envie de faire...] ou si par hasard ils ont raté l'école... oui moi je trouve que c'est très souvent que l'orientation n'est pas... n'est pas vraiment ce qu'ils avaient envie de faire. » (P3G1, 737-743)

Les acteurs de la psychothérapie

L'un des principaux acteurs de la psychothérapie va être le médecin généraliste. Il s'agit dans ce cas-là d'une psychothérapie dite « de soutien », qui fait partie de l'arsenal thérapeutique proposé classiquement en consultation de médecine générale :

« [...] Oui, et voilà, j'ai pas trop de formation particulière mais rien que de les écouter, 'fin voilà la psychothérapie du généraliste quoi. » (P4G3, 1818-1820)

Certains généralistes vont poursuivre cette modalité de psychothérapie pour une durée prolongée, ayant à cœur de ne pas donner l'impression de se « débarrasser » du patient, et de remplir leur mission de soins :

« Alors je pense qu'y a plusieurs façons de faire, mais moi j'aime bien les voir plusieurs fois pour créer une sorte d'alliance. J'ai peur qu'ils pensent que je me débarrasse d'eux si je leur parle tout de suite de psychologues ou psychiatres » (P4G3, 1808-1811)

D'autres ne se sentiront pas légitimes de poursuivre cette thérapie dans le cadre seul du suivi en médecine générale et chercheront à orienter dès que possible le patient vers d'autres professionnels :

« [...] j'apprends aussi à mettre des limites euh... et puis à mieux me connaître en tant que médecin et de leur expliquer voilà, que je ne suis que entre guillemets médecin généraliste – ce qui est déjà beaucoup ! – que je peux les aider, que je peux les écouter, mais qu'après en termes de... je suis pas psychothérapeute, je suis pas psychanalyste, je suis pas psychiatre, je suis pas psychologue, y a des professionnels qui sont là pour ça, que je peux si ils... voilà que des fois j leur dis que je trouverais ça bien qu'ils aillent plus loin... » (P4G1, 795-800)

Parmi ces professionnels, figurent principalement le psychologue et le psychiatre, qui sont deux alliés privilégiés pour le travail de psychothérapie nécessaire pour le patient :

« finalement on a du mal à assumer un peu toutes les casquettes, aussi bien des conséquences psychosomatiques, des manifestations organiques, que de l'organisation, que de la souffrance mentale, la prise en charge avec un psychologue ou un psychiatre » (P1G2, 339-341)

Parfois, le patient peut aussi être adressé au psychologue du travail, dont les compétences vont principalement être mises au service d'une analyse centrée sur l'environnement de travail.

Il peut arriver que ce soit parfois au détriment de l'examen d'autres aspects de la vie du patient :

« ils clivent... les psychologues du travail, c'est vraiment au travail, il faut pas que le patient il parle d'autre chose... » (P3G1, 1325-1326)

Les obstacles à la psychothérapie

Divers points peuvent nuire au travail de psychothérapie. L'un des plus décrits par les médecins généralistes est la difficulté pour le patient d'accepter la prise en charge par un psychologue ou un psychiatre. Ces métiers sont en effet encore parfois considérés de façon péjorative par les patients :

« ... mais aussi pour eux c'est un énorme truc « ah nan nan je vois pas un truc qui commence par 'psy' quoi » (P2G1, 808-809)

Certains patients sont notamment encore persuadés qu'être soignés par ces professionnels signifie être considéré comme « fou » :

« ou sinon de dire, souvent le truc c'est 'je suis pas fou, je suis pas folle' » (P2G3, 1869-1870)

Un autre aspect pouvant constituer un frein à la psychothérapie est celui du coût financier que cela peut parfois représenter, dans le cadre de séances chez le psychologue en particulier :

« Mais parfois... parfois ils refusent de toute façon. Et y en a beaucoup qui veulent pas... entendre parler de psychiatre et de psychologue hein. Ou qui n'ont pas les moyens quoi. » (P1G3, 1866-1867)

Troisièmement, il est important de prendre en compte la notion de timing avant de proposer un suivi psychothérapeutique. Ainsi, il est inutile de forcer un patient à débiter une psychothérapie, qui induit possiblement une remise en question individuelle, mais aussi la reviviscence d'évènements difficiles. Le patient peut ne pas être prêt d'emblée psychologiquement pour ce travail d'introspection :

« Après j'en ai beaucoup qui disent 'non mais j'aime bien parler avec vous docteur' [...] mais voilà parce que je pense qu'ils sont pas non plus forcément prêts à aller aborder des choses... » (P4G1, 800-806)

Enfin, l'une des difficultés abordées par le généraliste dans le suivi psychologique du patient réside dans la difficulté à joindre les professionnels de santé.

Ceci, en raison d'un nombre insuffisant de spécialistes notamment de psychologues du travail :

« les psychologues du travail ils sont... ils sont en plein dedans, malheureusement ça n'existe souvent que dans les très grosses entreprises donc c'est parfois difficile pour nous de les trouver comme personnes ressources, mais quand on en a faut y aller quoi ! » (P1G2, 244-247)

Mais aussi du fait d'un carnet d'adresses encore peu rempli, ce qui concerne majoritairement les jeunes médecins installés ou remplaçants :

« [...] je remplace depuis deux ans, j'ai pas un réseau net et je suis toujours un peu embêté de savoir à qui, à qui... [adresser] voilà et là... là c'est compliqué » (P3G1, 1164-1166)

2.3.4 Recréer une nouvelle situation positive via l'élaboration d'un projet professionnel

Une fois mis en œuvre les moyens permettant d'agir sur la situation problématique de burn-out, en travaillant sur les différents éléments qui la définissent (souffrance au travail, facteurs de risque liés à l'environnement, facteurs de risque liés à l'individu), l'un des autres aspects de la démarche thérapeutique va être de proposer un nouveau projet professionnel, afin de recréer une nouvelle dynamique, positive cette fois :

« est-ce qu'on sait que là... y a une politique d'entreprise qui fera que de toute façon, la conception du travail du patient sera jamais conjugable avec cette entreprise, auquel cas faut démissionner ou faire une rupture de contrat envisagée... 'fin un changement de trajectoire professionnelle. Et puis... et ça, ça s'fait dans le temps parce que souvent en première consultation, le patient est pas capable de se projeter dans cette réflexion-là. » (P2G2, 529-534)

Quel projet professionnel proposer au patient ?

Parmi les différentes options possibles, les généralistes peuvent parfois proposer notamment de quitter le travail actuel, au moyen d'une démission ou d'une rupture conventionnelle :

« si on voit vraiment que ça va pas dans l'entreprise, c'est le... je sais plus comment ça s'appelle... le licenciement... la rupture conventionnelle de travail ! » (P3G1, 727-728)

Parfois, l'option privilégiée sera un changement de poste ou de service au sein de l'entreprise, avec ou sans reclassement professionnel :

« ça peut être une adaptation de poste aussi... changer de service, etcetera... » (P3G3, 1738);

« Changer de secteur pour pas être avec le supérieur qui nous harcèle, là... Changer d'équipe, pour pas être dans une équipe... si y a une équipe délétère [...] » (P2G3, 1740-1742)

La reprise à temps partiel peut aussi être une solution à la situation problématique : *« euh j'aborde très très vite le problème... si je vois vraiment qu'il y a des gros problèmes au travail... le reclassement, changer... j'aborde très très vite » (P3G1, 715-716)*

Enfin, les généralistes abordent aussi la possibilité d'une formation complémentaire, par exemple dans le cadre du Fongécif : *« Si ils travaillent depuis plus de trois ans, je leur parle du fongécif qui leur permet de... quand ils ont travaillé trois ans dans la même entreprise, ils peuvent demander un congé formation. Et ça peut être une formation complètement indépendante pour aller ailleurs que dans l'entreprise. Normalement le patron n'a le droit de refuser qu'une fois. » (P3G1, 716-720)*

Les modalités d'élaboration de l'avenir professionnel

Le projet professionnel repose sur une collaboration entre le patient, le généraliste et la médecine du travail avec parfois l'aide du service de maladies professionnelles.

Il va être le fruit d'une réflexion, rendue possible notamment par l'arrêt de travail qui va permettre de poser un cadre apaisé propice à cette réflexion. L'arrêt de travail n'étant pas une fin en soi mais l'un des moyens de réaliser cette projection du patient dans un avenir professionnel possiblement différent de sa situation actuelle jugée problématique :

« voilà ça me pose pas de problème, l'arrêt... ça me pose pas de problème... mais il faudra en faire quelque chose [...] arrêter pour arrêter sur des longs arrêts... si c'est pas pour revoir le médecin du travail [...] discuter du poste, discuter plus profondément du métier... voilà, c'est... le but de l'arrêt est pas de le reprolonger, de le reprolonger... c'est d'avoir un projet. » (P4G1, 695-702)

Le patient est le premier acteur de son projet professionnel. Son rôle est de s'investir pleinement et activement dans cette tâche, et donc de se sentir impliqué et mis au premier plan des acteurs de projet :

« moi je pense que la solution c'est pas nous qui devons leur fournir, mais c'est eux qui vont la trouver ! Est-ce qu'ils restent, est-ce qu'ils partent, est-ce qu'ils en discutent entre eux, avec les syndicats... » (P2G2, 717-719)

Il est par conséquent inconcevable pour le généraliste de ne pas donner le choix au patient de la décision d'une réorientation professionnelle, ou d'une reprise de son emploi initial :

« [...] il faut que le patient soit... ne soit pas en train de nous faire plaisir et qu'il ait vraiment envie de reprendre quoi ; faut pas travailler dans... dans quelque chose d'un monde idéal et qui correspondrait pas à la réalité quoi. » (P2G3, 1748-1750)

En parallèle, le rôle du généraliste dans l'élaboration du projet professionnel, va s'apparenter à une mission de coaching. C'est-à-dire à une revalorisation des compétences du patient, à travers une attitude de réassurance et de bienveillance déjà précédemment évoquées. Afin que le patient (re)devienne acteur de son avenir professionnel en lui redonnant une confiance en ses capacités et de l'estime pour lui-même :

« Donc je fais plus du coaching, en fait. Je dois appeler ça plus coaching parce que burn-out, burn-out... bah je réponds « coaching » et c'est vrai que c'est notre rôle ! » (P2G2, 311-312)

Il va également agir en tant que coordinateur des soins, et articuler l'intervention d'autres professionnels participants à la prise en charge globale du patient en burn-out :

« Moi je trouve que globalement, plus on est nombreux, plus on communique, au mieux ça se passe pour le patient [...] cette collégialité est vraiment... ce qui fait la joie et le (inaudible) de notre métier. » (P1G2, 1493-1499)

Les généralistes peuvent, selon eux, compter sur deux alliés principaux dans le cadre de la prise en charge pluridisciplinaire du patient en burn-out, et plus précisément de la construction d'un nouveau projet professionnel pour celui-ci.

Tout d'abord, il va attendre une aide de la médecine du travail :

« pour moi le médecin du travail a vraiment une place centrale dans la prise en charge de la souffrance professionnelle » (P1G2, 189-191)

Le médecin du travail va notamment avoir un rôle central dans le cadre du rendez-vous de pré-reprise, imposé dans le cas des arrêts de plus de trois mois, et qui va être décisif dans une perspective de remise en question de l'avenir professionnel du patient :

« et puis surtout en termes de stratégie de long terme, de préparation de reprise du travail [...] et le fait de passer par le médecin du travail quand y a des arrêts prolongés, puisque au-delà de trois semaines c'est obligatoire, de voir le médecin du travail avant une reprise, ça permet d'établir une perspective, est-ce qu'on peut reprendre le travail, est-ce que on va envisager un licenciement pour inaptitude, [...] est-ce qu'on envisage un mi-temps... » (P1G2, 1383-1388)

L'autre allié majeur dans les situations de burn-out et de difficultés dans l'élaboration du projet professionnel du patient, est le service de maladies professionnelles :

« on essaie de trouver autre chose, donc je les envoie souvent voilà justement sur des services de médecine professionnelle, qui sont eux impliqués dans la souffrance du travail » (P2G2, 1442-1443)

L'une des grandes forces de ce type de services hospitaliers est notamment leur capacité à trouver des solutions, là où des procédures juridiques peuvent complexifier la situation rencontrée :

« Moi je lui avais envoyé une jeune femme qui était aussi en conflit, et en fait il lui a dit « écoutez, vous avez vraiment beaucoup de capacités », elle était en train d'écrire un livre [...] et il l'a beaucoup encouragée [...] elle était partie sur les prud'hommes etc etc... et il l'a vraiment beaucoup freinée là-dessus, et elle a vu toutes ses capacités à elle et finalement elle a trouvé d'autres choses [...] » (P2G2, 1452-1462)

Les obstacles à l'élaboration du projet professionnel

Les généralistes décrivent plusieurs obstacles dans l'élaboration et la réflexion autour de l'avenir professionnel du patient.

Parmi les obstacles rencontrés, les généralistes décrivent un défaut de prise en charge de la part de certains services de médecine du travail : *« Moi, pour moi, y a ceux qui aident, et ceux qui n'aident pas du tout, du tout. » (P2G2, 1341)*

Il peut s'agir par exemple d'un manque de bienveillance de la part du médecin envers le patient : *« moi je pense que si j'ai un médecin du travail bienveillant, on y va. Sinon c'est pas*

la peine, parce que ça va encore plus aggraver la chose, il va se trouver encore plus incompris au niveau de son travail etc... » (P2G2, 1439-1441)

Enfin, le généraliste a parfois l'impression que le statut du médecin du travail, vis-à-vis de l'entreprise qui l'emploie, induit un éventuel conflit d'intérêts, pouvant limiter les possibilités de partenariat entre confrères : *« et c'est effectivement important de savoir comment [...] quand y a un médecin dédié qui travaille sur site, ou quelqu'un qui est dans un centre de regroupement de salariés, qui fait de la consultation de médecine du travail sur différentes entreprises. » (P1G2, 191-195)*

D'autres difficultés peuvent s'ajouter, telles que l'impossibilité à joindre la médecine du travail ou les services de maladies professionnelles :

« Mais ça serait tellement bien ! mais si on avait... si on pouvait avoir dans le dossier du patient le numéro de téléphone et pouvoir téléphoner des fois, ce serait tellement... » (P3G2, 1425-1426)

En outre, ces derniers sont en nombre insuffisants et proposent parfois des délais jugés trop longs :

« Mais sauf que les délais pour avoir des rendez-vous chez ces gens-là sont vachement longs. » (P1G3, 1472)

Enfin, l'un des principaux obstacles à certaines projets professionnels, est d'ordre culturel. En France, le marché du travail, selon les généralistes, valorise en priorité les jeunes travailleurs, ce qui rend difficile une réorientation professionnelle pour les patients en milieu/fin de carrière :

« quelqu'un qui a 58 ans tu vas lui dire 'eh on se calme', 'fin tu vas l'aider quoi, lui dire... on va pas trouver un travail comme ça [...] mais tu peux pas adresser la même chose à quelqu'un qui démarre un boulot, tu vois, qui veut claquer la porte et aller voir ailleurs parce qu'il a des diplômes et tout ça, et quelqu'un qui euh... » (P2G2, 766-773)

Dans la deuxième partie, nous avons mis en évidence la notion de définition de la situation de burn-out. Celle-ci révèle l'existence de tensions et de conflits, dont la résolution constitue l'essentiel de la démarche thérapeutique proposée par les médecins généralistes. Cette démarche vise tout d'abord l'éloignement du patient de son environnement de travail afin de

lui permettre à la fois une prise de distance nécessaire et un espace temporel suffisant pour la préparation ensuite de son avenir professionnel. Ensuite, les médecins vont cibler les facteurs de risque individuels d'une situation de burn-out, à l'aide d'un travail de psychothérapie qui pourra être exercé par les généralistes et/ou d'autres professionnels. Enfin, la place de l'arsenal pharmaceutique est essentielle et notamment des anxiolytiques et antidépresseurs, dans un contexte de ressources dépassées, où la notion de plaisir et la réappropriation de la sphère corporelle doivent en parallèle être revalorisées.

Discussion

Le burn-out est une pathologie dont les contours nosologiques ne sont pas clairs aux yeux des généralistes. Ces derniers n'ont pas l'habitude d'utiliser les outils de mesure existants. Le terme de burn-out est rarement énoncé devant le patient, le généraliste n'étant pas certain lui-même de son diagnostic. Et ce, d'autant que la frontière entre dépression et burn-out semble floue pour les généralistes, sans qu'il soit possible d'affirmer que ces deux concepts correspondent à une seule et même entité psychopathologique.

Comment dans ces conditions définir une démarche diagnostique et thérapeutique efficiente face à un patient potentiellement en burn-out ?

Il ne s'agit pas tant de pouvoir mettre un mot sur les symptômes, que d'établir une liste d'éléments classiquement associés à la situation (possible) de burn-out. Le généraliste fonctionne avec son intuition de soignant, ainsi que son expérience sémiologique, et s'attache à des indices, qui ensemble forment un cadre de réflexion favorisant l'action thérapeutique. Et qui va donc aider le médecin dans sa démarche de soins.

Les éléments de la situation de burn-out sont tout d'abord l'existence d'une souffrance reliée à l'environnement du travail, dont l'intensité doit être absolument mesurée afin de ne pas méconnaître un risque suicidaire ou une altération des conduites instinctuelles, pouvant survenir de façon concomitante.

Secondairement, le généraliste s'attache à rechercher des facteurs de risque. D'une part, il s'agit d'un ensemble de facteurs liés à l'environnement professionnel : les relations au sein de la hiérarchie, les techniques managériales problématiques pouvant entraîner des situations de harcèlement, la charge de travail ou encore des métiers induisant un contact humain permanent. Ces facteurs peuvent, d'après les médecins généralistes, exposer le travailleur à des situations de stress, qui lorsqu'elles sont trop fréquentes, ou intenses, risquent alors d'engendrer un burn-out. Le deuxième ensemble de facteurs concerne le patient : son histoire de vie en particulier des événements traumatiques ou le cadre familial dans lequel il a grandi, certains traits de sa personnalité l'exposant à une vulnérabilité dans l'environnement professionnel, ou encore ses représentations vis-à-vis du milieu du travail et la manière dont son identité se construit et se met en jeu dans la sphère professionnelle.

Tous ces éléments, souffrance au travail, environnement professionnel et facteurs « individuels », sont au cœur de la définition de la situation de burn-out. Ils ne correspondent pas à des critères diagnostiques, mais conduisent le médecin à se questionner sur la possibilité du diagnostic de burn-out. Ce sont des balises qui l'orientent dans sa démarche thérapeutique et qui peuvent être interprétés comme des nœuds, ou conflits, à démêler.

La démarche thérapeutique induite par cette réflexion situationnelle va de fait avoir comme objectifs la résolution de ces conflits au cœur de la définition de la situation.

Tout d'abord, l'extraction du milieu professionnel grâce à l'arrêt de travail, permet à la fois de stopper l'exposition à l'environnement professionnel délétère, mais aussi une prise de recul qui va à la fois rendre possible le travail d'introspection, et l'organisation du projet professionnel futur. Le travail de psychothérapie va avoir comme rôle la résolution du conflit lié aux facteurs individuels. L'objectif va être de mettre en lumière les liens entre le vécu, le caractère ou encore les représentations du patient, et l'existence de fragilités qui ont participé à la définition de la situation de burn-out. Et à aider le patient à résoudre ces points « douloureux » afin qu'ils ne puissent plus induire de fragilisation.

Un autre point thérapeutique va être la prise en compte de la souffrance psychique liée à l'environnement professionnel, et à ses conséquences sur l'humeur du patient et les conduites instinctuelles. Il s'appuie principalement sur l'anxiolyse médicamenteuse à l'aide de benzodiazépines ou encore d'hypnotiques, pour maîtriser l'angoisse, l'anxiété ou des troubles du sommeil. En parallèle du traitement médicamenteux, le médecin va s'attacher à aider le patient à réintroduire la notion de plaisir et de conscience physique dans son quotidien, afin de lutter contre cette situation de souffrance intérieure : activité physique, méditation, reprise d'activités agréables vont participer à rompre le cercle vicieux d'une situation subie et douloureuse.

Ces résultats sont issus de l'étude du déroulement de la consultation entre médecin généraliste et patient, où chacun accepte dans une certaine mesure de se prêter au jeu de l'enquête qui constitue le fondement de la définition de la situation. C'est le processus de cette enquête que nous allons détailler dans une première partie de cette discussion et voir en quoi il s'applique tout particulièrement bien au phénomène du burn-out.

Durant la consultation, dans le contexte de situation de burn-out, le médecin et le patient ont des positionnements sociaux symboliques qui se reflètent partiellement dans les données recueillies durant les focus groups et que nous détaillerons dans les deuxième et troisième parties.

1. Confrontation à la littérature

1.1 La définition de la situation en médecine générale : partir de l'incertitude et rendre l'action thérapeutique possible

Le concept de définition de la situation est issu à la fois de la philosophie pragmatiste, et de la sociologie interactionniste, issue de l'école de Chicago. Pour William I. Thomas (1863-1947), une situation est définie comme « *un ensemble de valeurs et d'attitudes auxquelles l'individu ou le groupe a affaire dans un processus d'activité et par rapport auxquelles cette activité est organisée et son résultat apprécié* »(55). Selon ce sociologue, « *si les hommes définissent une situation comme réelle, elle le sera dans ses conséquences* »(56).

La réalité rencontrée par le médecin lors d'une démarche de soins implique une situation nouvelle, en perpétuelle transformation, qui précède l'action thérapeutique : « *préliminaire à toute action autodéterminée, il y a toujours une phase d'examen et de délibération que nous pouvons appeler la définition de la situation* » (The Unadjusted Girl, 1923)(57)

Ainsi, les philosophes pragmatistes Peirce et Dewey considèrent que la connaissance se construit dans l'action à travers un processus d'enquête grâce auquel on peut passer d'une indétermination initiale à une structuration suffisante pour faire émerger une unité cohérente et porteuse de sens.

La situation est le produit de l'enquête et elle abrite le processus d'enquête : elle est porteuse d'indices que les acteurs relèvent (ou non) pour élaborer le cadre à partir duquel ils pourront interpréter le sens de ce qui se dit et de ce qui se passe et ajuster leurs actes en conséquence.

La définition de la situation permet de comprendre comment s'organise la maîtrise de phénomènes dont l'essence et les frontières sont mal définies. Il consiste non seulement à observer une personne dans son contexte, mais aussi à en réaliser une approche systémique qui apprécie simultanément ses dimensions organique, relationnelle et environnementale, et leurs interactions(58).

L'objectif étant, en fin de compte, d'être en mesure de prendre une décision dans un contexte où l'indétermination, l'incertitude et l'ambiguïté prédominent, du fait d'une contrainte de temps et de connaissances par exemple.

C'est le cas avec la prise en charge du burn-out. Les connaissances actuelles ne suffisant pas à déterminer avec certitude ce qu'est réellement le burn-out en termes nosologiques, en tout cas aux yeux des généralistes, l'indétermination pourrait prédominer dans la situation d'un patient potentiellement en burn-out(26). C'est dans ces conditions que les généralistes mettent à profit l'utilité de la définition de la situation, c'est-à-dire organisent leur enquête médicale selon un cadre de réflexion orienté qui va permettre de passer outre l'incertitude initiale. Or, pour C. Maslach & W. Schaufeli, l'intérêt des acteurs de soins primaires porte sur la manière de résoudre le problème, plutôt que sur les moyens de le conceptualiser(59).

Au cœur de cette situation, se trouvent le médecin et son patient, tels deux acteurs d'une pièce de théâtre dont le rôle n'est pas écrit à l'avance mais qui peut être progressivement anticipé au fur et à mesure que la pièce se déroule. Le sociologue interactionniste Erving Goffman l'exprime en ces termes : « *Par situation, j'entends toute zone matérielle en n'importe quel point de laquelle deux personnes ou plus se trouvent mutuellement à portée de regard et d'oreille* »(60). Ainsi, la situation est continuellement en émergence, et elle renvoie à un point de vue subjectif : définir la situation est un processus continu, durant lequel le médecin va sans cesse réévaluer les éléments à disposition pour s'adapter dans sa démarche de soins. Prendre en compte la possibilité de s'adapter à chaque étape du récit du patient pour redéfinir de façon processuelle la situation mise en évidence, implique une réflexion dynamique et évolutive qui s'inscrit dans une perspective constructiviste.

Cette approche constructiviste proposée par les généralistes dans ce travail de recherche, ne s'oppose pas forcément à la vision scientifique, plus positiviste.

En fait, la notion de définition de la situation peut faire écho à la manière dont certains chercheurs ont défini le burn-out, en le décrivant comme une entité pathologique mouvante et en perpétuelle interaction avec les différents éléments qui la relient.

Ainsi, pour D. Etzion, le burn-out est un processus pathologique qui se développe lentement sans que l'on puisse s'en rendre forcément compte, jusqu'à ce que les symptômes soient réellement visibles(61). De son côté, C. Cherniss propose une vision transactionnelle du syndrome d'épuisement professionnel, dans laquelle le stress et le burn-out sont le produit d'une relation humaine où l'individu et l'environnement ne sont pas des entités séparées, mais les composants d'un processus dans lequel ils s'influencent mutuellement et continuellement. Cette approche repose sur l'analyse qualitative d'entretiens approfondis menés à plusieurs reprises entre 1974 et 1976(62), auprès de vingt-sept professionnels dans leur première année d'exercice : avocats, enseignants, infirmières de santé publique, professionnels de santé mentale. D'après Cherniss, le syndrome d'épuisement professionnel provient d'un déséquilibre entre les ressources de l'individu, qu'elles soient personnelles ou organisationnelles, et les exigences du travail. Il s'agit d' « *un processus dans lequel un professionnel précédemment engagé se désengage de son travail en réponse au stress et à la tension ressentis* ».

La vision transactionnelle du phénomène du burn-out est reprise dans les travaux de W. Schaufeli et D. Enzmann. Schaufeli affirme ainsi que « *faire une distinction entre symptômes et conséquences du burn-out revient à dresser une ligne arbitraire* ».

De même, S. Jackson dans son ouvrage « *La gestion des ressources humaines* », estime que les définitions du burn-out existantes se complètent, plus qu'elles ne s'opposent, et peuvent être regroupées selon qu'elles envisagent le burn-out comme un état ou un processus(63).

Dans ces conditions, il serait plus pertinent de parler de niveaux d'épuisement professionnel, plutôt que de présence ou absence de burn-out dans une perspective de soins adaptés, prenant en compte chaque étape du processus d'apparition de cette pathologie.

Ceci montre bien à quel point la démarche de définition de la situation de burn-out par le médecin généraliste et le patient conjointement, correspond à cette définition mouvante du stade d'épuisement professionnel qui peut évoluer à chaque étape du suivi et se redéfinir à chaque fois différemment. Plutôt que de parler de « diagnostic » de burn-out, il serait plus

juste d'évoquer un niveau ou une intensité d'état pathologique, dans laquelle serait pris en compte l'ensemble des symptômes et plaintes évoqués par le patient.

Cela répond notamment au modèle anglais du « stepped care » définissant trois niveaux de sévérité pour différentes psychopathologies tels que les troubles anxiodépressifs, les troubles du comportement alimentaire, le syndrome de stress post-traumatique etc..., chaque niveau correspondant à une démarche thérapeutique adaptée et d'intensité croissante(64). Cette approche a non seulement été validée par le National Health Service (équivalent de la HAS au Royaume Uni), mais également évaluée par différents travaux scientifiques(65) dont un certain nombre ont mis en avant des bénéfices à la fois sur le plan clinique en montrant une meilleure efficacité qu'un système de soins classique dans l'amélioration de l'état psychologique du patient, mais également un avantage sur le plan économique avec une réduction du coût global de ces soins(66).

D'autres pays s'inspirent de ce modèle du « stepped care », telle que l'Australie depuis quelques années(67), mais aussi les Pays-Bas où la Royal Dutch Medical Association a publié en 2000 des guidelines dont l'objectif était d'améliorer la prise en charge du stress professionnel en soins primaires. La classification diagnostique distinguait différents niveaux de stress liés au travail, allant de l'état d' « overstrain » à celui de « burnout »(68).

Ces approches thérapeutiques en soins primaires donnent une vision intéressante de la manière dont on pourrait traiter au mieux les patients atteints d'une souffrance au travail dans une perspective préventive mais aussi de limitation des coûts induits par le stress professionnel actuellement en France.

Grâce à la définition de la situation de burn-out, qui implique une enquête où le généraliste, et le patient doivent s'investir dans un échange productif, le généraliste peut apporter une réponse thérapeutique sur mesure, adaptée à la plainte et aux symptômes évoqués dans le récit du patient. Cependant, nous avons vu dans les résultats de ce travail que l'ensemble des solutions apportées par le médecin généraliste concernaient principalement une réponse thérapeutique centrée sur le patient et ses besoins. Or, le phénomène d'épuisement professionnel, ou burn-out, reflète bien plus qu'une problématique individuelle puisque dans la définition de la situation, le généraliste parle de facteurs liés à l'environnement de travail. Ainsi, la démarche de soins initiée par le médecin ne prend pas totalement en compte cet

environnement puisqu'il ne propose pas, ou ne dénonce pas, l'organisation fondamentale de ce milieu professionnel.

1.2 Les risques psychosociaux : la solution préférentielle d'une démarche préventive ?

Dans l'introduction, nous avons décrit le contexte socio-économique dans lequel a émergé le concept de burn-out, certains auteurs ayant pu décrire le burn-out comme une pathologie du XXème siècle. Si l'on prend en compte les résultats décrits dans ce travail, nous pouvons expliquer l'émergence de cette « maladie du XXème siècle »(42) évoquée par A. Ehrenberg et J. Cray(69), par le rôle que joue l'environnement professionnel, et donc probablement par les politiques d'entreprise en écho à la définition de la situation de burn-out que proposent les généralistes.

Certes, les résultats des études sur le sujet sont pour la plupart discordants en ce qui concerne la part d'implication des facteurs individuels et des facteurs environnementaux, mais ils permettent de confirmer le rôle de chacun de ces éléments dans la survenue d'un épuisement professionnel.

Ainsi, d'après W. Rössler(70), les facteurs liés à l'environnement professionnel sont moins importants que les facteurs individuels. A l'inverse, les travaux de C. Maslach & W. Schaufeli(71), de Paula L. Dressel(72) ou encore de Cherniss(62) mettent bien plus en avant l'impact du milieu professionnel dans l'émergence du processus d'épuisement professionnel, par rapport aux dimensions intra-individuelles.

L'une des classifications de ces facteurs de risque d'épuisement professionnel, a été proposée par D. Truchot, professeur en psychologie sociale du travail et de la santé. Celui-ci décrit ces facteurs des « variables génératrices » situées à trois niveaux(73), en écho avec le modèle de stress développé par Karasek(74) :

- Un niveau organisationnel, correspondant à l'organisation du travail sur un plan macro, par exemple via les techniques de management, ou sur un plan micro via la charge de travail.

- Un niveau interindividuel, traduisant l'effet de relations déséquilibrées, ou vécues comme injustes, au sein du milieu professionnel mais aussi du milieu social de manière générale. Il peut s'agir des conflits, ou encore d'absence de soutien social.
- Un niveau intra-individuel, qui regroupe les variables de personnalité, la sphère attitudinale (attentes vis-à-vis du travail) ou encore des variables socio-démographiques (sexe, âge, statut matrimonial).

Depuis plusieurs années, les autorités sanitaires et différents chercheurs alertent sur les conséquences du stress professionnel pour la santé de l'individu, ainsi que l'évoque l'EU-OSHA dans un rapport alarmant(75) ou encore l'équipe de Tennant *et al.* dans un article sur les pathologies reliées au stress dû au travail(76).

Ceci n'est pas un phénomène dénué de signification collective et organisationnelle. Ainsi, de nombreux sociologues ne cessent de dénoncer le culte de la performance au cœur des dynamiques socio-économiques du monde occidental(39). Exécuter le travail pour lequel on est engagé n'est plus suffisant, il faut se surpasser pour le bien de l'entreprise et, accessoirement, pour conserver son emploi. Chaque fois que l'objectif est atteint, on en définit de plus ambitieux encore, montant ainsi la barre de plus en plus haut, au mépris de la pression psychologique qui s'exerce sur les travailleurs. Cela s'inscrit dans la théorie d'accélération sociale décrite par H. Rosa au début du XXIème siècle, qui fait le lien entre émergence de troubles psychiques à l'échelle individuelle et modification progressive du système économique plaçant le profit au centre de sa machine financière(40). Le monde économique actuel fonctionne en permanence, au rythme des marchés financiers, ce qui a un impact sur le quotidien des individus, rouages malgré eux de cet immense marché « professionnel » : « *Un alignement temporel de l'individu sur le fonctionnement des marchés a rendu obsolète les distinctions entre temps de travail et de non-travail, entre public et privé, entre vie quotidienne et milieux institutionnels organisés.* »(69).

La conséquence de ces stratégies d'entreprise guidées par un impératif de rentabilité toujours plus important, porte atteinte aux « seuils de protection » individuels et collectifs dans les organisations, parce qu'elle pose comme visée et comme contrainte un accroissement sans butée d'objectifs devenus inatteignables.

Or, concernant la prise en charge thérapeutique des patients en burn-out en soins primaires, l'ensemble des actions proposées, que ce soit l'extraction du milieu du travail, l'élaboration d'un nouveau projet professionnel, l'entretien psychothérapeutique, la prescription médicamenteuse et l'accompagnement personnalisé du patient de manière générale, restent des solutions centrées sur le patient, qui se situent à une échelle individuelle. Or, aucune de ces propositions ne s'inscrit dans une dynamique de prévention, et n'agit directement sur l'organisation collective de l'environnement professionnel, ou sur la remise en question de valeurs culturelles et sociales.

Ainsi, quand le généraliste voit en consultation un patient souffrant d'un état psychopathologique en lien avec son travail, même si nous l'extrayons de la situation problématique, d'autres travailleurs au même moment peuvent subir les mêmes conséquences de l'environnement délétère qui continue d'exister. L'augmentation du nombre de patients touchés par le syndrome d'épuisement professionnel, ou tout du moins par un stress professionnel, impose donc de sortir d'une conception uniquement individuelle de ces troubles, et d'élargir le champ de réflexion du soignant.

En ne proposant que des solutions thérapeutiques centrées sur le patient, le médecin ne prend pas en compte la dimension organisationnelle et collective du phénomène d'épuisement professionnel. Dans la définition de la situation de burn-out, l'implication de facteurs de risque liés à l'environnement professionnel a été explicitement affirmée par les médecins généralistes. Or, ne serait-il pas plus efficace de traiter cet environnement à la source, et de remettre en cause directement le fonctionnement interne des entreprises, plutôt que de s'attacher uniquement à soigner les conséquences de cet environnement délétère sur les employés ?

L'une des solutions proposées par les instances gouvernementales a été l'élaboration, à l'échelle nationale mais aussi européenne, de facteurs de risque psychosociaux. Ainsi, l'Agence européenne pour la sécurité et la santé au travail (EU-OSHA) a publié en 2003 un rapport qui aborde les risques psychosociaux en Europe, de leur définition à leur prévention⁽⁷⁵⁾, puis en France ce sont P. Nasse et P. Légeron qui ont rendu public en 2008 leur « Rapport sur la détermination, la mesure et le suivi des risques psychosociaux au travail »⁽⁷⁷⁾.

Ce rapport a fait suite à l'organisation à l'échelle internationale d'un Collège d'expertise sur le suivi des RPS au travail, organisé par l'INSEE et rassemblant plus d'une vingtaine d'experts internationaux entre 2009 et 2011(78). Les résultats de ce rapport d'expertise, également dit « rapport Gollac », ont permis d'établir une définition globale des risques psychosociaux, considérés comme des « risques pour la santé mentale, physique et sociale, engendrés par les conditions d'emploi, les facteurs organisationnels et relationnels susceptibles d'interagir avec le fonctionnement mental ». Six dimensions de l'organisation du travail et des conditions du travail participent à l'émergence de risques psychosociaux : l'intensité du travail, les exigences émotionnelles, le manque d'autonomie, les rapports sociaux, les conflits de valeurs et l'insécurité de la situation de travail.

Généralement, les risques psychosociaux sont partagés en trois grandes catégories : stress, violences internes et violences externes.

Dans leur rapport, P. Nasse et P. Légeron affirment que *“la grande variété des thèmes mis sous [ce] vocable [...] est source d'une grande confusion. Ces thèmes recouvrent en effet les déterminants et les effets, sans distinguer entre les causes et les conséquences. Cette confusion tient non seulement à la diversité de ces risques mais aussi à la complexité des liens qui les unissent et qui ne relèvent pas toujours de la causalité linéaire car, interagissant fortement entre eux, ils sont plutôt de type circulaire ou systémique”*.

Le lien entre risques psychosociaux et burn-out est réel, puisque l'INRS en 2017 a identifié des indicateurs permettant le dépistage des risques psychosociaux. Ces indicateurs sont divisés en deux groupes distincts : d'un côté, les indicateurs liés au fonctionnement de l'entreprise, et de l'autre, les indicateurs en santé et sécurité. Parmi ces derniers, on retrouve la catégorie « pathologies diagnostiquées et prises en charge » au sein de laquelle figure le burn-out ou épuisement professionnel.

En fonction des résultats de l'analyse de ces indicateurs, on pourra envisager ou non une évaluation approfondie de l'environnement professionnel via la détermination du niveau de stress, des facteurs en cause et le repérage des groupes à risque. L'objectif étant la mise en œuvre d'un plan de prévention.

Le lien entre risques psychosociaux et burn-out est fait par de nombreux chercheurs, via la dénonciation du rôle du stress professionnel dans l'émergence de cette pathologie. C'est le cas de V. Pézet-Langevin, qui a écrit l'ouvrage « Le burn-out, conséquence possible du stress au travail » en 2003. On peut également citer les modèles scientifiques du stress professionnel proposés par Karasek(79), Siegrist(80) et Lazarus & Folkman(13) qui sont fréquemment cités dans les écrits abordant le sujet de l'épuisement professionnel, et utilisés par ailleurs dans l'évaluation des RPS(77). Pour P. Légeron et P. Nasse, les risques psychosociaux « *se développent à la frontière entre la sphère privée (le psychisme individuel) et la sphère sociale (les collectifs d'individus au travail)* ». Ils apportent une explication partielle à ce que V. Pézet-Langevin décrit comme les « caractéristiques objectives des situations de travail » permettant d'établir ou non un risque de souffrance au travail.

Cette notion de caractéristiques objectives fait écho à des travaux antérieurs, qui cherchaient au contraire à redéfinir de façon subjective les caractéristiques du travail. C'est le cas de Hackman *et al.* qui ont développé le concept de modèle des caractéristiques de l'activité professionnelle (ou Job Characteristics Model ou JCM) dans les années 70. Ce modèle trouve son expression dans le Job Diagnostic Survey (Hackman et Oldham, 1975, 1976), un inventaire qui permet la description de caractéristiques de l'activité professionnelle considérées comme fondamentales : la variété de l'activité, l'impact de l'activité, l'identité de la tâche, l'autonomie dans l'exercice de son activité professionnelle, et le feed-back sur les résultats de son travail. Or, un certain nombre de chercheurs ont mis en évidence que les perceptions de ces caractéristiques de l'activité professionnelle étaient liées à la personnalité des individus (Munz *et al.*, 1996).

Le burn-out est donc associé à des types de situations de travail, définis selon des critères considérés comme « objectifs », mais également à des caractéristiques de l'activité et des rôles professionnels, perçues subjectivement par chaque individu dans l'exercice de son activité professionnelle.

Mais peut-on considérer que la catégorisation des risques psychosociaux apporte une réponse objective et efficace aux problématiques socio-économiques soulevées par l'étude des cas de souffrance au travail ? En d'autres termes, est-ce que les risques psychosociaux rendent possible une approche collective de la résolution du problème du burn-out, notamment en

proposant leur repérage par les autorités sanitaires et par le corps médical, dans une volonté de démarche préventive ?

Selon F. Giust-Desprairies et A-C. Giust-Ollivier, la catégorisation en RPS dessine un mode de traitement des situations sociales dans lesquelles il ne s'agit plus d'affronter les situations professionnelles(81). Elle ne propose pas d'intervention sur ce qui se vit, se passe, s'éprouve en situation avec les acteurs mais la mise en avant de figures possibles de l'irruption d'un danger qualifié de « psychosocial » (le danger du burn-out notamment). Car un risque « *ne résulte pas de la présence d'un danger précis, porté par une personne ou un groupe d'individus, mais de la mise en relation de données générales impersonnelles ou facteurs qui rendent plus ou moins probable l'avènement d'un comportement indésirable* » (Castel, 1984). Dans cette perspective, le recours à la catégorie des risques psychosociaux peut apparaître comme une nouvelle construction pour désamorcer les conflits sociaux qui pourraient surgir de cette augmentation explosive du malaise dans les organisations. Prévenir et traiter des risques psychosociaux pourrait permettre de ne pas toucher aux causes de possibles affrontements concernant la détérioration des conditions de travail. En faisant dériver ces potentialités conflictuelles vers des modes de traitement qui en déplacent les enjeux, les RPS pourraient, y compris à l'insu de ceux qui s'engagent dans leur prévention et leur traitement, œuvrer à la mobilisation des énergies au profit de l'impératif catégorique de la rentabilité.

De même, pour M. Raybois(82), la mise en évidence de risques psychosociaux et les démarches de soins qu'elles induisent ont pour but de rendre les individus plus « résistants » – au sens où la résistance représente une capacité à tolérer et à endurer. Il s'agit d'une prévention qui vise à développer des ressources « défensives » chez le travailleur, plutôt que de développer son pouvoir d'agir et sa capacité d'initiative sur le milieu, à accroître son hygiène de vie et adopter de nouvelles conduites, plutôt que se choisir au travers de valeurs, et en fin de compte, résister mais pas créer.

Nasse et Légeron parlent dans leur rapport de 2008(77) de « *remettre l'homme au centre du modèle et des préoccupations de l'entreprise* ». Ils dépeignent là un homme conçu sans doute pour devenir adaptable à souhait. À cet égard, la notion de stress détient une double fonction: autoriser à ne plus parler de choix ou de valeurs mais seulement de régulations et d'opérations visant à atténuer tensions et mal-être, de manière à mener une intervention purement

technique et, notion consensuelle, neutre, appartenant en premier lieu au registre biologique et psychique, elle évacue a priori du champ des débats le registre politique.

Une fois le problème nommé « risques psychosociaux » reconnu comme tel, et circonscrit de la sorte, il n'est alors plus question que de stress ou de maux associés, qu'il convient de chercher chez le patient. On obtient alors une pacification du débat et de la controverse, voire une dépolitisation de la problématique du burn-out, et donc une mise à l'écart de possibles critiques plus complexes et plus profondes de l'organisation et des conditions de travail. Nous mentionnons à cet égard les objections et réserves émises par Anne Golse (2001) au sujet de dispositifs de santé qui situent l'individu en leur centre en vue d'agir de manière privilégiée sur eux. La santé y devient aisément un moyen d'instruire la normalisation des conduites et répond ainsi au « *projet d'adapter l'homme à son environnement* »... et non pas l'inverse.

La solution principale proposée par les instances gouvernementales dans une démarche de prévention des psychopathologies liées à l'environnement du travail, est la mise en évidence et la catégorisation de risques psychosociaux. L'identification de ces RPS par les soignants et les autorités administratives, peut permettre de dépister une situation de souffrance au travail, ce qui peut conduire à l'initiation d'une démarche de soins précoce. Cependant, elle porte en elle le risque de dévier de sa cible réelle les actions publiques, en proposant une politique de prévention « sociale » incomplète puisque axée majoritairement sur des problématiques individuelles : est-ce que le patient est vulnérable ? est-ce qu'il souffre ? faut-il l'extraire de son environnement de travail ? Sans pour autant se questionner sur l'organisation et l'origine de pratiques entrepreneuriales problématiques.

La prise en compte de cette double réflexion à l'échelle individuelle et collective pourrait, voire devrait s'appliquer lors de la consultation de médecine générale.

D'après les résultats présentés dans ce travail, les solutions thérapeutiques proposées par le médecin à l'issue de la consultation, sont principalement centrées sur l'individu. Ainsi, les enjeux sociaux qui ont été abordés dans une perspective de conceptualisation du burn-out, ne sont donc pas totalement pris en compte par le généraliste. Dans une situation de burn-out, l'enjeu principal n'est pas uniquement la souffrance du patient, mais aussi le fonctionnement de l'environnement de travail. C'est-à-dire de politiques d'entreprise, d'exigences marchandes et industrielles, qui ne fonctionnent pas correctement puisqu'elles

menacent la santé des travailleurs, et dans le cadre de la consultation, du patient qui demande de l'aide. On pourrait attendre du généraliste un rôle de régulation sociale, en plus de sa mission de soins, impliquant par exemple une politique de prévention globale qui s'intéresse au fonctionnement des entreprises, à la politique de marché et aux institutions gouvernementales qui cautionnent de telles pratiques économiques et financières.

La difficulté du généraliste à prononcer le mot burn-out durant la consultation ne vient peut-être pas seulement d'une crainte d'affirmer un diagnostic incertain, mais aussi de nommer la pathologie sociale face au patient. Car en prononçant tout haut le mot « burn-out », il questionne le sens collectif de cette entité psychopathologique, et donc de ses composantes politique et sociale.

Ainsi, la consultation de médecine générale pourrait constituer l'amorce d'un débat collectif mettant en perspective le rôle social du médecin, qui représente alors les institutions publiques, et celui du patient, qui représente les citoyens travailleurs, tributaires des politiques de réglementation du travail.

Le médecin généraliste peut choisir ou non d'endosser ce rôle de régulation sociale, avec toutes les conséquences et les défis que cela peut induire d'un point de vue individuel mais aussi institutionnel. Et le retentissement potentiel de ce positionnement social sur ses propositions thérapeutiques et sa démarche de soins de façon globale.

1.3 Soigner les patients en burn-out induit-il une dépsychiatisation des soins ?

Comme nous l'avons dit en introduction, les similitudes entre dépression et burn-out sont décrites depuis le début des publications sur cette pathologie. Freudenberger dans un de ses premiers articles, disait notamment qu'un individu en burn-out «*looks, acts and seems depressed* »(83).

Depuis dix ans environ, l'équipe de Schonfeld, Bianchi *et al.* ne cesse de décrire le chevauchement entre symptômes dépressifs et symptômes de burn-out, dénonçant un risque de sous-diagnostic de dépressions(84). L'une de leur plus récente étude révèle ainsi une corrélation mesurée entre 0.83 et 0.88 entre la composante « épuisement émotionnel » de la

triade de Maslach, considérée comme au cœur de la définition du burn-out, et l'existence d'une dépression latente(85).

Le consensus n'est pas aussi évident dans la communauté scientifique. D'après N. Clumeck, environ 2 patients en burn-out sur 3 ne répondent pas aux critères d'un épisode dépressif majeur. Ils se plaignent certes de symptômes comme les troubles du sommeil, la perte d'énergie, les difficultés de concentration ou une diminution de l'appétit. En revanche, la tristesse, l'anhédonie, le ralentissement psychomoteur ou les idées suicidaires sont des symptômes assez peu présents. En outre, l'efficacité des antidépresseurs n'est pas exactement la même dans les deux pathologies selon lui. Tandis qu'une rémission complète est mesurée après environ 8 semaines dans le burn-out, dans la dépression, on maintiendra le traitement pendant une période de 6 à 9 mois après la disparition totale des symptômes. Une durée de traitement inférieure est associée à un risque élevé de récurrence(86).

On sait enfin que des situations de souffrance au travail peuvent conduire à une dépression(87), et notamment que certains facteurs de risques liés à l'environnement professionnel étaient parfois les mêmes pour le burn-out et pour la dépression(88).

Or, nous l'avons abordé en introduction, un certain nombre de scientifiques, dont l'équipe de Schonfeld, Brisson, Bianchi *et al.*, dénoncent le risque de mal traiter le burn-out en persistant à l'isoler comme entité nosographique à part entière, et donc en ne le considérant pas comme un syndrome dépressif(24). Avec comme conséquence une « dépsychiatisation » de l'épuisement professionnel et donc une démarche thérapeutique insuffisante auprès des patients considérés en burn-out et non en dépression.

Mais la dénonciation de la dépsychiatisation n'est-elle pas le reflet d'une crainte collective de ce qu'est la dépression, et des maladies psychiatriques de manière générale ?

Je me suis intéressée à ce qu'on pouvait trouver sur le moteur de recherche PubMed en utilisant les mots clés « burnout, professionnel », « burnout, psychological » et « therapeutics » comme termes principaux (MeSH terms). Les solutions thérapeutiques explorées sont majoritairement issues des médecines douces et des thérapies de relaxation : yoga(89), acupuncture(90), mindfulness(91) et méditation(92), Qi Gong, relaxation(93) et de façon plus générale l'exercice physique(94). La notion de résilience et de self-care est également très

prégnante dans un grand nombre de ces études⁽⁹⁵⁾, ⁽⁹⁶⁾. Certains titres d'articles ressemblent parfois à des injonctions dignes de magazines de psychologie grand public : « *Relax* », « *Three Good Things intervention in healthcare workers* », ou encore « *Overcoming burnout : how to revitalize your career* ». Un soignant rédige même un récit autobiographique dans une revue médicale sous le titre « *Time to breathe* », où il décrit sa lutte contre le burn-out en proposant comme solution le debrief, la communication et l'expression des émotions : « *We need to offer care providers time away from the bedside to debrief, to express their concerns, to talk about what went wrong, what went right, and what we are feeling. When we don't do this, when there isn't ample time to breathe, it's no wonder that people burn out and leave the medical profession.* »

Ces données montrent la volonté de proposer des alternatives thérapeutiques non médicamenteuses et non psychothérapeutiques au syndrome d'épuisement professionnel. Ce qui peut être à la fois le reflet d'une crainte de la psychiatrisation du burn-out, décrite par Bianchi *et al.*, mais peut également traduire le souhait de s'intéresser à d'autres solutions thérapeutiques dans une perspective expérimentale. On peut notamment comparer les articles liés au burn-out, avec ceux décrivant des méthodes expérimentales tout à fait novatrices dans le domaine de l'oncologie ou des soins palliatifs (par exemple l'hypnose).

Il existe donc une différence entre pratiques médicales et stratégies de soins déjà effectives, et perspectives thérapeutiques futures envisagées, en complément ou en remplacement de ces dernières. Ainsi, ce n'est pas parce que de nombreux articles publiés sur PubMed proposent majoritairement des médecines douces et des thérapies de relaxation, que cela implique nécessairement un désengagement thérapeutique des acteurs de soins primaires.

Dans la partie « Résultats » de ce travail, trois des axes thérapeutiques principaux proposés par les généralistes sont eux-mêmes au cœur de la démarche de soins chez les patients dépressifs, d'après les recommandations HAS de 2017⁽⁹⁷⁾: il s'agit de l'arrêt de travail, la psychothérapie et les psychotropes. Il faut donc faire confiance à la capacité des acteurs de soins primaires, et notamment des médecins généralistes, à s'attacher aux symptômes de leurs patients, à les écouter avec patience et à leur proposer des solutions thérapeutiques adaptées. Que ce soit grâce à la définition d'une situation, telle que celle du burn-out, ou bien

à leur sens clinique et à leur expérience de soignants, dont ils puisent les connaissances nécessaires pour offrir la meilleure offre de soins.

Les médecins généralistes estiment parfois nécessaire d'introduire un traitement antidépresseur et de proposer une psychothérapie sur le long cours, sans pour autant avoir diagnostiqué une autre pathologie psychiatrique en parallèle. Si l'on résume leur prise en charge décrite dans ce travail, l'utilisation des psychotropes et la psychothérapie ne sont pas uniquement l'apanage du syndrome dépressif, de l'anxiété chronique ou de l'état de stress post-traumatique. Elles constituent des solutions thérapeutiques à part entière chez les patients considérés en burn-out, sans mise en jeu de classifications officielles.

De ce fait, qu'il s'agisse d'une authentique dépression ou d'une situation de burn-out sans syndrome dépressif clairement diagnostiqué, il ne faut pas forcément craindre une prise en charge inadaptée telle que la dénoncent certains auteurs comme Bianchi et Schonfeld.

Certes, pour un patient en dépression, il serait socialement plus accepté de consulter avec l'étiquette de « burn-out », ainsi que l'ont évoqué certains participants :

« parce que finalement je trouve que c'est plus facile de dire 'je suis en burn-out », d'accepter d'être en burn-out, que d'accepter d'être en dépression » (P4G3, 645-647),

Mais on pourrait au contraire tout à fait imaginer que l'utilisation du terme « burn-out » par certains patients, permette de repérer plus facilement les patients dépressifs qui habituellement ne consultent pas ou masquent leurs symptômes.

Selon l'Enquête santé européenne (EHIS-ESPS), la prévalence estimée de la dépression en France est de 7 %, soit près de 4 millions de personnes âgées de 15 ans ou plus. Concernant les travailleurs actifs, le Baromètre santé 2017 estimait un taux de prévalence des épisodes dépressifs caractérisés de 8% chez les travailleurs actifs au cours des 12 mois précédents(18). Si l'on compare avec les résultats de l'Enquête santé européenne EHIS-ESPS 2014 (European Health Interview Survey - Enquête santé et protection sociale), où 4.4% des travailleurs actifs montraient des symptômes dépressifs, cela implique donc une discordance de prévalence(98).

Selon l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes) [Beck et Guignard, 2012], 61 % des personnes ayant un épisode dépressif caractérisé ont recouru aux soins pour ce motif et 2,8 % seraient susceptibles d'être hospitalisées pour des épisodes dépressifs sévères. Parmi l'une des causes avancées, figure la possibilité d'une stigmatisation associée

aux maladies mentales. Une étude de l'IRDES datant de 2017 et s'intéressant aux parcours de soins en amont des épisodes d'hospitalisations pour dépression, montrait ainsi que 11% des patients primo-hospitalisés n'avaient pas bénéficié d'un suivi ambulatoire antérieur (ni par un généraliste, ni par un psychiatre)(99).

La stigmatisation des maladies psychiatriques est donc un phénomène qui ne peut être négligé, et qui est évoqué dans l'étude de Rondet *et al.* datant de 2015 s'intéressant au suivi des patients en précarité par leur généraliste, dans le cadre de la dépression(100). Parmi les critères retrouvés, il y avait une part significative de patients qui ressentaient de la honte à être déprimés, quand certains craignaient une stigmatisation par la société se traduisant par une crainte d'être « jugés ». Le rôle du généraliste n'était en revanche pas considéré comme significativement responsable de l'absence de suivi des patients précaires en situation de dépression.

En proposant une démarche de soins fondée sur une analyse ciblée des besoins et des symptômes présentés par le malade, le médecin généraliste répond à une demande individuelle mais contredit également une crainte collective qui est celle d'une « dépsychiatisation » d'un état pathologique rattaché au burn-out.

Le médecin généraliste, tout en prenant en compte la possibilité de thérapies de relaxation, de méditation et d'activité physique, place au centre de son arsenal thérapeutique ce qui constitue certains des axes prioritaires du traitement des pathologies psychiatriques. Loin de les négliger, il va au contraire donner une place importante aux psychotropes, à la psychothérapie et au suivi sur le long cours. Ce suivi au long cours peut notamment se construire grâce à l'élaboration du projet professionnel et à l'instauration d'un arrêt de travail renouvelable.

Qu'il s'agisse d'un burn-out ou d'une dépression, le médecin n'écoute pas seulement. Il sait aussi agir, et soigner.

2. Forces et limites de l'étude

2.1 Forces de l'étude

2.1.1 Choix de l'enquête qualitative

Le choix d'une méthode qualitative de recueil des données était adapté à la thématique choisie. En effet, rassembler un maximum d'informations sur le sujet de la prise en charge du burn-out n'aurait pas été possible par l'intermédiaire d'une enquête par questionnaire par exemple. En outre, la technique de l'entretien collectif ou focus group se prêtait bien à la problématique, dans la mesure où les échanges entre généralistes permettent une réflexivité et un partage des connaissances stimulant, dont la finalité est l'émergence de très riches et nombreuses informations, ce qui augmente la probabilité de récolter des données pertinentes.

2.1.2 Originalité de la méthode des focus groups concernant cette problématique

A ma connaissance, il s'agissait de la première étude qualitative s'intéressant à la problématique du burn-out en pratique quotidienne chez une population de généralistes, sous la forme d'entretiens collectifs/focus groups.

2.1.3 Pertinence de l'analyse en théorie ancrée

Dans ce travail de thèse, l'analyse des données a été réalisée grâce à la méthode de la théorie ancrée, actuellement très bien codifiée et ayant fait depuis longtemps les preuves de sa pertinence et de son intérêt en recherche qualitative, notamment à travers les travaux de Glaser & Strauss(52) et de Charmaz(101).

L'intérêt de cette méthode est multiple, et son utilisation est plus particulièrement justifiée dans ce travail de recherche. En effet, d'après Strauss et Corbin dans leur ouvrage consacré à la théorie ancrée, celle-ci est particulièrement indiquée « *pour explorer des domaines sur lesquels on sait peu de choses ou bien des domaines sur lesquels on gagnerait à trouver de nouveaux éléments de compréhension* »(102). En effet, par sa nature abductive, impliquant

par essence de faire abstraction de cadres théoriques préexistants, la théorie ancrée peut apporter un regard neuf sur une thématique donnée. En faisant en sorte que l'objet de l'étude puisse de lui-même produire une nouvelle problématique, s'affranchissant ainsi des contraintes qu'un modèle hypothético-déductif classique aurait pu imposer.

Or, s'agissant du burn-out, nous avons pu mettre en évidence dans l'introduction l'importance de sortir des controverses actuelles pour apporter un regard nouveau sur cette pathologie, en particulier dans le domaine des soins primaires. De fait, choisir la méthode de la théorie ancrée comme cadre analytique constituait une réponse méthodologique relativement bien adaptée.

Une autre justification de l'utilisation de l'analyse par théorie ancrée est la richesse du travail d'interprétation du contenu des données recueillies, qu'elle permet. En théorie ancrée, le travail d'analyse commence dès le début de leur recueil, avec la possibilité de construire de façon précoce les prémices d'une problématisation. Cette approche analytique permet ainsi d'adapter progressivement le cadre dans lequel se déroule les entretiens pour répondre aux besoins de la problématisation et donc de cibler au mieux le recueil des données. En outre, la théorie ancrée nécessite une technique de codage extrêmement minutieuse avec lecture de chaque mot, chaque phrase issus du verbatim retranscrit. La technique de catégorisation des données ainsi codées est également parfaitement théorisée et induit une lecture précise et systématique de celles-ci. Ce qui, en fin de compte, permet une analyse fine et détaillée du verbatim et donc une problématisation potentiellement riche et porteuse de sens.

2.2 Limites de l'étude

2.2.1 Taille de l'échantillon

Le nombre minimal de participants par focus groups est classiquement fixé à 4 participants, et le maximum à 10 participants avec un nombre de participants idéal arbitrairement défini comme étant de 6-8 personnes. Ce qui signifie que dans le travail réalisé, le nombre total de participants était légèrement inférieur à celui attendu dans ce type de recherche.

Cela s'explique par une réelle difficulté à organiser ce genre d'entretiens collectifs. Il existe une pudeur naturelle chez l'être humain à participer à une séance d'échanges entre pairs,

quand il n'y a pas eu préalablement de rencontre entre les participants ni d'habitude de ce genre d'exercices d'expression orale.

En outre, il est toujours difficile de trouver un lieu, une date et un horaire convenant au maximum de gens.

2.2.2 La place du point de vue des patients

Il aurait été extrêmement intéressant d'interroger dans une deuxième partie le ressenti des patients impliqués dans une consultation pour burn-out. En effet, acteurs du processus d'enquête au cœur de la définition de situation, leurs représentations sur la pathologie et sa prise en charge constituent un aspect incontournable de ce travail de recherche.

J'ai choisi de ne pas prendre en compte le vécu des patients par souci de faisabilité. En effet, plutôt que des entretiens collectifs, il aurait été plus pertinent d'interroger les malades au moyen d'entretiens individuels, plus chronophages dans leur organisation et leur déroulement.

De fait, il me semble qu'un travail de recherche complémentaire s'intéressant au point de vue des patients, concernant la prise en charge du burn-out, serait une piste passionnante à poursuivre.

Conclusion

Le burn-out est une pathologie décrite depuis maintenant plus de trente ans, et dont la définition s'appuie sur différents points de vue épistémologiques. Il s'agit d'un concept faisant intervenir des problématiques socio-économiques, mais aussi médicales avec un retentissement dans le domaine de la santé publique qui ne peut être ignoré. Face à ces différents points de vue, révélant des enjeux collectifs et individuels, le médecin généraliste doit trouver sa place d'acteur de soins primaires.

Cette enquête qualitative s'est intéressée aux pratiques des généralistes pour mettre en lumière leur compréhension du burn-out, mais aussi éclairer leur rôle de soignant et notamment les moyens thérapeutiques qu'ils proposent. Pour cela, nous avons réalisé des entretiens collectifs, ou focus groups, auprès de médecins généralistes exerçant en Île-de-France.

Notre étude montre l'impossibilité pour les généralistes, à définir précisément le concept de burn-out à l'aide des outils et classifications officielles. Malgré ces difficultés, les médecins généralistes parviennent à mobiliser différents éléments qui peuvent être regroupés dans ce que nous avons choisi d'appeler la définition de la situation de burn-out. Cette enquête repose sur la recherche chez le patient d'une souffrance liée au travail, avec un retentissement variable sur les plans émotionnel et psychique. Les médecins généralistes vont ensuite dépister la présence de facteurs de risque, qui peuvent être rattachés soit à l'environnement de travail, soit à l'histoire individuelle du patient. C'est-à-dire son vécu, ses représentations mais aussi certains traits de sa personnalité.

La démarche thérapeutique va ensuite cibler chacun de ces éléments au cœur de la définition de situation. Il va s'agir tout d'abord d'extraire le patient de son environnement de travail, mais aussi de lui proposer un travail d'introspection en profondeur sous la forme d'une psychothérapie en lien avec différents professionnels de santé. Le médecin généraliste peut également proposer un traitement médicamenteux, et s'attacher à rétablir la notion de plaisir et la réappropriation de ses sensations corporelles. Enfin, l'un des objectifs de soins dans le contexte de burn-out repose sur l'élaboration d'un nouveau projet professionnel, conjointement avec le patient, et l'aide du médecin du travail.

L'ensemble de ces résultats démontre une certaine réflexivité des médecins généralistes, malgré l'existence d'un contexte nosographique incertain et/ou insatisfaisant. C'est-à-dire leur capacité à développer une proposition thérapeutique fondée sur l'observation, l'écoute et ce, dans un cadre de réflexion systématisée.

Par ailleurs, ce travail de recherche nous confronte à l'enjeu social du burn-out dans cette démarche de soins. Bien qu'investi médicalement dans son rôle de soignant, le médecin généraliste est également le dépositaire d'une mission de régulation sociale qu'il peut choisir d'investir ou non mais qui ne peut être ignorée. Ainsi, le phénomène de burn-out n'interroge pas seulement l'individu, mais l'ensemble de la société, en questionnant certaines politiques d'entreprise qui peuvent constituer une menace pour la santé des travailleurs.

Enfin, le burn-out en tant que pathologie sociale peut être aussi un moyen de reconnexion entre le patient et la maladie psychiatrique, dans la mesure où il permet l'expression d'une souffrance dans un cadre socialement plus acceptable, et accepté. Qu'il soit considéré comme un simple phénomène de mode, ou comme une réelle maladie nosologiquement plausible, le burn-out redonne à la souffrance mentale toute sa dimension humaine, et invite à débattre sur la stigmatisation des maladies psychiatriques.

Bibliographie

1. Les conditions de travail - Michel Gollac et Serge Volkoff | Cairn.info [Internet]. [cité 13 janv 2020]. Disponible sur: <https://www.cairn.info/les-conditions-de-travail--9782707143914.htm>
2. Bourdieu P. La double vérité du travail. Actes Rech En Sci Soc. 1996;114(1):89-90.
3. Guérin F. L'activité de travail. Kergoat J Boutet J Jacot H Linhart Organ Monde Trav Paris Decouverte. 1998;173–179.
4. Conditions de travail : éditions de 1978, 1984, 1991, 1998 et 2005 - Ministère du Travail [Internet]. [cité 13 janv 2020]. Disponible sur: <https://dares.travail-emploi.gouv.fr/dares-etudes-et-statistiques/enquetes/article/conditions-de-travail-editions-de-1984-1991-1998-et-2005>
5. Gollac M. Les risques psychosociaux au travail: d'une «question de société» à des questions scientifiques. Introduction. Trav Empl. 2012;(129):5–10.
6. The Passionate Pilgrim: Poem By William Shakespeare [Internet]. [cité 28 oct 2019]. Disponible sur: <https://www.nosweatshakespeare.com/shakespeares-poems/the-passionate-pilgrim/>
7. Schwartz MS, Will GT. Low Morale and Mutual Withdrawal on a Mental Hospital Ward. Psychiatry. 1 nov 1953;16(4):337-53.
8. Veil C. Les états d'épuisement. Concours Méd. 1959;1959:2675–2681.
9. A BURNT-OUT CASE by Graham Greene | Kirkus Reviews [Internet]. [cité 28 oct 2019]. Disponible sur: <https://www.kirkusreviews.com/book-reviews/graham-greene/burnt-out-case/>
10. Freudenberger HJ. Staff Burn-Out. J Soc Issues. 1974;30(1):159-65.
11. The measurement of experienced burnout - Maslach - 1981 - Journal of Organizational Behavior - Wiley Online Library [Internet]. [cité 28 oct 2019]. Disponible sur: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1002/job.4030020205>
12. CANNON WB. Stress and Strains of Homeostasis. Am J Med Sci. 1935;189:1-14.
13. Folkman S, Lazarus RS. Stress processes and depressive symptomatology. J Abnorm Psychol. 1986;95(2):107-13.
14. Wb S. Manifestations cliniques et démarche diagnostique. :5.
15. Santé et sécurité au travail — EU-OSHA [Internet]. [cité 29 oct 2019]. Disponible sur: <https://osha.europa.eu/fr>

16. OMS | Dans la Classification internationale des maladies, le burn-out, ou épuisement professionnel, est considéré comme un «phénomène lié au travail» [Internet]. WHO. [cité 21 oct 2019]. Disponible sur: http://www.who.int/mental_health/evidence/burn-out/fr/
17. Aide a la classification avec la CIM 10 (+PMSI) [Internet]. [cité 4 nov 2019]. Disponible sur: <http://taurus.unine.ch/icd10?term=&select=11038>
18. Baromètre santé 2017 : une enquête pour connaître les attitudes et comportements des Français en matière de santé [Internet]. [cité 9 janv 2020]. Disponible sur: </liste-des-actualites/barometre-sante-2017-une-enquete-pour-connaître-les-attitudes-et-comportements-des-francais-en-matiere-de-sante>
19. Article - Bulletin épidémiologique hebdomadaire [Internet]. [cité 9 janv 2020]. Disponible sur: http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2015/23/2015_23_2.html
20. TRONTIN (C.), TRONTIN (C.), LASSAGNE (M.), BOINI (S.), RINAL (S.). Le coût du stress professionnel en France en 2007. Paris: INRS; 2010.
21. Salvagioni DAJ, Melanda FN, Mesas AE, González AD, Gabani FL, Andrade SM de. Physical, psychological and occupational consequences of job burnout: A systematic review of prospective studies. *PloS One*. 2017;12(10):e0185781.
22. Berthelot J-M. Épistémologie des sciences sociales. Presses Universitaires de France; 2018. 1094 p.
23. Olié J-P, Légeron P, Acker A, Adolphe M, Allilaire J-F, Chamoux A, et al. Le burn-out. *Bull Académie Natl Médecine*. 1 févr 2016;200(2):349-65.
24. Brisson R, Bianchi R. On the Inconsistency of Burnout Conceptualization and Measurement. *J Am Coll Surg*. 2017;224(1):87.
25. Bianchi R, Schonfeld IS, Laurent E. Is it Time to Consider the « Burnout Syndrome » A Distinct Illness? *Front Public Health*. 2015;3:158.
26. Bianchi R, Schonfeld IS, Laurent E. The Dead End of Current Research on Burnout Prevalence. *J Am Coll Surg*. 2016;223(2):424-5.
27. Balon R. What about burnout? *Ann Clin Psychiatry Off J Am Acad Clin Psychiatr*. 2017;29(2):81-2.
28. Clumeck N, Delroisse S, Gozlan S, Mesters P, Pitchot W. SYNDROME DE FATIGUE PROFESSIONNELLE (BURNOUT). *Rev Med Liege*. :7.
29. Rotenstein LS, Torre M, Ramos MA, Rosales RC, Guille C, Sen S, et al. Prevalence of Burnout Among Physicians: A Systematic Review. *JAMA*. 18 2018;320(11):1131-50.
30. Burnout: Summary and Future Research - Baron Perlman, E. Alan Hartman, 1982 [Internet]. [cité 29 nov 2019]. Disponible sur: <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/001872678203500402>
31. Schaufeli: MBI-General Survey (MBI-GS) - Google Scholar [Internet]. [cité 29 nov 2019]. Disponible sur: https://scholar.google.com/scholar_lookup?title=The%20MBI-

General%20Survey&publication_year=1996&author=W.B.%20Schaufeli&author=M.P.%20Leiter&author=C.%20Maslach&author=S.E.%20Jackson

32. West CP, Dyrbye LN, Erwin PJ, Shanafelt TD. Interventions to prevent and reduce physician burnout: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Lond Engl*. 05 2016;388(10057):2272-81.
33. Bianchi R, Schonfeld IS, Laurent E. The Trouble With Burnout: An Update on Burnout-Depression Overlap. *Am J Psychiatry*. 01 2019;176(1):79.
34. Two sides of the same coin? On the history and phenomenology of chronic fatigue and burnout. - PubMed - NCBI [Internet]. [cité 29 oct 2019]. Disponible sur: [https://www-ncbi-nlm-nih-gov.proxy.insermbiblio.inist.fr/pubmed/?term=Stephany+Leone+AND+The+Sides+of+the+Same+Coin+On+the+History+and+Phenomenology+of+Chronic+Fatigue+and+Burnout](https://www.ncbi.nlm.nih.gov.proxy.insermbiblio.inist.fr/pubmed/?term=Stephany+Leone+AND+The+Sides+of+the+Same+Coin+On+the+History+and+Phenomenology+of+Chronic+Fatigue+and+Burnout)
35. Prochaska C, Gressier F, Corruble E. Syndrome de Fatigue Chronique : une entité à part entière ? /data/revues/00034487/v172i6/S0003448713002539/ [Internet]. 13 août 2014 [cité 29 nov 2019]; Disponible sur: <https://www.em-consulte.com/en/article/916348>
36. Chiapello E, Boltanski L. Le nouvel esprit du capitalisme [Internet]. HAL; 1999 [cité 30 déc 2019]. (Post-Print). Report No.: hal-00680085. Disponible sur: <https://ideas.repec.org/p/hal/journal/hal-00680085.html>
37. Sennett R. *The Corrosion of Character: The Personal Consequences of Work in the New Capitalism*. W. W. Norton & Company; 1998. 180 p.
38. Schaufeli WB. Burnout: A Short Socio-Cultural History. In: Neckel S, Schaffner AK, Wagner G, éditeurs. *Burnout, Fatigue, Exhaustion* [Internet]. Cham: Springer International Publishing; 2017 [cité 28 oct 2019]. p. 105-27. Disponible sur: http://link.springer.com/10.1007/978-3-319-52887-8_5
39. *Le Culte de l'urgence - La société malade du temps - Nicole Aubert* - Google Livres [Internet]. [cité 4 nov 2019]. Disponible sur: https://books.google.fr/books?hl=fr&lr=&id=sPpfDwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PP7&dq=nicole+aubert+urgence&ots=_KT0dVSUn2&sig=H-d3sIy22LtFLakxiZEViSBJGGQ&redir_esc=y#v=onepage&q=nicole%20aubert%20urgence&f=false
40. *Aliénation et accélération: Vers une théorie critique de la modernité tardive - Hartmut ROSA* - Google Livres [Internet]. [cité 4 nov 2019]. Disponible sur: https://books.google.fr/books?hl=fr&lr=&id=mZ8lDgAAQBAJ&oi=fnd&pg=PT20&dq=hartmut+rosa+acc%C3%A9l%C3%A9ration&ots=8ICfQL02aO&sig=3T29XZ_cusO6M2vMbgM4irNJGuY&redir_esc=y#v=onepage&q=hartmut%20rosa%20acc%C3%A9l%C3%A9ration&f=false
41. Levine RV. *A Geography of Time*. Oneworld Publications; 2006. 258 p.
42. Ehrenberg A. *La fatigue d'être soi: dépression et société*. Odile Jacob; 2008. 324 p.

43. Le Culte de la performance [Internet]. 2019 [cité 14 janv 2020]. Disponible sur: <https://calmann-levy.fr/livre/le-culte-de-la-performance-9782702119600>
44. Aubin-Auger I, Mercier A, Baumann L, Lehr-Drylewicz A-M, Imbert P. Introduction à la recherche qualitative. 19:4.
45. Krueger RA. Focus Groups: A Practical Guide for Applied Research. SAGE Publications; 2014. 477 p.
46. Dedianne M-C, Letrilliant L. S'appropriier la méthode du focus group. :3.
47. Blanchet A. L'enquête et ses méthodes: l'entretien. Armand Colin; 2007.
48. GISELE SIMARD - La Méthode du « focus group » - Sciences sociales - LIVRES - Renaud-Bray.com - Livres + cadeaux + jeux [Internet]. [cité 30 déc 2019]. Disponible sur: [https://www.renaud-bray.com/Livres_Produit.aspx?id=175795&def=M%C3%A9thode+du+%22focus+group%22\(La\),SIMARD,+GISELE,2891143957](https://www.renaud-bray.com/Livres_Produit.aspx?id=175795&def=M%C3%A9thode+du+%22focus+group%22(La),SIMARD,+GISELE,2891143957)
49. Kitzinger J. Qualitative Research: Introducing focus groups. BMJ. 29 juill 1995;311(7000):299-302.
50. Marty L. Recherche qualitative en médecine générale: Expérimenter le focus group. Exercer. 1 janv 2011;22:129-35.
51. Julien-Gauthier F, Héroux J, Ruel J, Moreau A. L'utilisation de « groupes de discussion » dans la recherche en déficience intellectuelle. Rev Francoph Défic Intellect. 15 janv 2014;24:75-95.
52. Glaser BG, Strauss AL, Strauss AL. Awareness of Dying [Internet]. Routledge; 2017 [cité 21 nov 2019]. Disponible sur: <https://www.taylorfrancis.com/books/9781351327923>
53. Paillé P. L'analyse par théorisation ancrée. Cah Rech Sociol [Internet]. 1994 [cité 21 nov 2019];(23). Disponible sur: <http://id.erudit.org/iderudit/1002253ar>
54. ISSM_COREQ_Checklist.pdf [Internet]. [cité 21 nov 2019]. Disponible sur: http://cdn.elsevier.com/promis_misc/ISSM_COREQ_Checklist.pdf
55. THOMAS WI. THE POLISH PEASANT IN EUROPE AND AMERICA. 1958. 1144 p.
56. Thomas WI. The Child in America. Рипол Классик; 1938. 615 p.
57. Thomas WI, Company LB&. The Unadjusted Girl. Creative Media Partners, LLC; 2019. 282 p.
58. Lévy L. Objectif : savoir utiliser l'approche systémique pour faire un diagnostic de situation. :5.
59. Marek T, Schaufeli WB, Maslach C. Professional burnout: Recent developments in theory and research. Routledge; 2017.

60. Journé B, Raulet-Croset N. Le concept de situation : contribution à l'analyse de l'activité managériale en contextes d'ambiguïté et d'incertitude. *M@n@gement*. 2008;Vol. 11(1):27-55.
61. Burnout: An Overview of 25 Years of Research and Theorizing | Request PDF [Internet]. ResearchGate. [cité 18 déc 2019]. Disponible sur: https://www.researchgate.net/publication/228017408_Burnout_An_Overview_of_25_Years_of_Research_and_Theorizing
62. Cherniss C. Professional burnout in human service organizations. 1980;
63. Dolan Shimon L, Jackson Susan E, Saba Tania SRS. La gestion des ressources humaines: tendance, enjeux et pratiques actuelles. Éd. Saint-Laurent; 2002.
64. Ho FY-Y, Yeung W-F, Ng TH-Y, Chan CS. The Efficacy and Cost-Effectiveness of Stepped Care Prevention and Treatment for Depressive and/or Anxiety Disorders: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Sci Rep*. sept 2016;6(1):29281.
65. Franx G, Oud M, de Lange J, Wensing M, Grol R. Implementing a stepped-care approach in primary care: results of a qualitative study. *Implement Sci*. 31 janv 2012;7(1):8.
66. Boyd L, Baker E, Reilly J. Impact of a progressive stepped care approach in an improving access to psychological therapies service: An observational study. *PLOS ONE*. 9 avr 2019;14(4):e0214715.
67. Hickie I. Transdiagnostic stepped care in mental health. [cité 20 déc 2019]; Disponible sur: <https://core.ac.uk/reader/192767952>
68. Schaufeli WB. Past performance and future perspectives of burnout research [Internet]. 2003 [cité 27 janv 2020]. Disponible sur: <https://www.ingentaconnect.com/content/sabinet/psyc/2003/00000029/00000004/art00001>
69. Crary J. 24/7: le capitalisme à l'assaut du sommeil. La Découverte; 2016.
70. Predictors of burnout: results from a prospective community study. - PubMed - NCBI [Internet]. [cité 16 déc 2019]. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Wulf+R%C3%B6ssler%2C+Predictors+of+burnout%3A+results+from+a+prospective+community+study+2015>
71. Maslach C, Schaufeli WB, Leiter MP. Job Burnout. *Annu Rev Psychol*. 2001;52(1):397-422.
72. Dressel PL. Professional Burnout: Sociocultural and Sociopolitical Perspectives. *J Sociol Soc Welf*. 1981;8:758.
73. Epuisement professionnel et burnout Concepts, modèles, interventions - broché - Didier Truchot - Achat Livre | fnac [Internet]. [cité 20 déc 2019]. Disponible sur: <https://livre.fnac.com/a9513519/Didier-Truchot-Epuisement-professionnel-et-burnout>
74. van Wassenhove W. Modèle de Karasek. :24.

75. Risques psychosociaux et stress au travail - Santé et sécurité au travail — EU-OSHA [Internet]. [cité 30 déc 2019]. Disponible sur: <https://osha.europa.eu/fr/themes/psychosocial-risks-and-stress>
76. Tennant C. Work-related stress and depressive disorders. *J Psychosom Res.* nov 2001;51(5):697-704.
77. Nasse P, Légeron P, Bertrand X. Rapport sur la détermination, la mesure et le suivi des risques psychosociaux au travail. 2008;
78. Mesurer les facteurs psychosociaux de risque au travail pour les maîtriser | Agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail (Anact) [Internet]. [cité 13 janv 2020]. Disponible sur: <https://www.anact.fr/mesurer-les-facteurs-psychosociaux-de-risque-au-travail-pour-les-maitriser>
79. dares-karasek.pdf [Internet]. [cité 30 déc 2019]. Disponible sur: <https://travail-emploi.gouv.fr/IMG/pdf/dares-karasek.pdf>
80. Déséquilibre « efforts/récompenses » (Questionnaire dit de Siegrist) - Article de revue - INRS [Internet]. [cité 30 déc 2019]. Disponible sur: <http://www.inrs.fr/media.html?refINRS=FRPS%203>
81. Giust-Desprairies F, Giust-Ollivier A-C. La fabrication du risque psychosocial ou la neutralisation de la conflictualité. *Nouv Rev Psychosociologie.* 2010;n° 10(2):29-40.
82. Raybois M. Les « risques psychosociaux » : question de santé ou déni de cette question ? *Nouv Rev Psychosociologie.* 2010;n° 10(2):71-81.
83. Staff Burn-Out - Freudenberg - 1974 - Journal of Social Issues - Wiley Online Library [Internet]. [cité 16 déc 2019]. Disponible sur: <https://spssi.onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1540-4560.1974.tb00706.x>
84. Bianchi R, Schonfeld IS. Burnout-depression overlap: Nomological network examination and factor-analytic approach. *Scand J Psychol.* oct 2018;59(5):532-9.
85. Schonfeld IS, Verkuilen J, Bianchi R. Inquiry into the correlation between burnout and depression. *J Occup Health Psychol.* déc 2019;24(6):603-16.
86. Clumeck N, Delroisse S, Gozlan S, Mesters P, Pitchot W. SYNDROME DE FATIGUE PROFESSIONNELLE (BURNOUT). *Rev Med Liege.* :7.
87. Occupational Health Psychology [Internet]. Springer Publishing. [cité 21 oct 2019]. Disponible sur: <https://www.springerpub.com/occupational-health-psychology-9780826199676.html/>
88. Manna V, Dicuonzo F. [Psychiatrist burnout or psychiatric assistance burnout?]. *Riv Psichiatr.* avr 2018;53(2):65-79.
89. Shnayder MM, Brannan D, Murphy LA, Asfour LS, Hecht EM, Lee DJ, et al. Musculoskeletal Pain and Interest in Meditation and Yoga in Home Health Aides: Evidence From the Home Health Occupations Musculoskeletal Examinations (HHOME) Study. *Home Healthc Now.* avr 2018;36(2):103-13.

90. de Oliveira CCC, Scivoletto S. Impact of acupuncture on stress levels of professionals working with maltreated children. *Acupunct Med J Br Med Acupunct Soc.* 2017;35(4):303-4.
91. Goodman MJ, Schorling JB. A mindfulness course decreases burnout and improves well-being among healthcare providers. *Int J Psychiatry Med.* 2012;43(2):119-28.
92. Romani M, Ashkar K. Burnout among physicians. *Libyan J Med.* 2014;9:23556.
93. Stier-Jarmer M, Frisch D, Oberhauser C, Berberich G, Schuh A. The Effectiveness of a Stress Reduction and Burnout Prevention Program. *Dtsch Arzteblatt Int.* 18 2016;113(46):781-8.
94. Ochentel O, Humphrey C, Pfeifer K. Efficacy of Exercise Therapy in Persons with Burnout. A Systematic Review and Meta-Analysis. *J Sports Sci Med.* sept 2018;17(3):475-84.
95. Tarantino B, Earley M, Audia D, D'Adamo C, Berman B. Qualitative and Quantitative Evaluation of a Pilot Integrative Coping and Resiliency Program for Healthcare Professionals. *EXPLORE.* 1 janv 2013;9(1):44-7.
96. Self-care vital for palliative nursing team. - PubMed - NCBI [Internet]. [cité 3 janv 2020]. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov.proxy.insermbiblio.inist.fr/pubmed/24946410>
97. Sladana P. Haute Autorité de santé. 2017;45.
98. Pisarik J, Rochereau T, Célant N. Etat de santé des Français et facteurs de risque. Premiers résultats de l'Enquête santé européenne-Enquête santé et protection sociale 2014. 2014;8.
99. Nestrignes C, Coldefy M, Mousques J, Daniel F. Une hétérogénéité des hospitalisations pour dépression liée aux parcours de soins en amont. *Rev DÉpidémiologie Santé Publique.* mars 2018;66:S23-4.
100. Rondet C, Parizot I, Cadwallader JS, Lebas J, Chauvin P. Why underserved patients do not consult their general practitioner for depression: results of a qualitative and a quantitative survey at a free outpatient clinic in Paris, France. *BMC Fam Pract.* 8 mai 2015;16:57.
101. Charmaz K, Belgrave LL. Grounded Theory. In: *The Blackwell Encyclopedia of Sociology* [Internet]. American Cancer Society; 2015 [cité 21 nov 2019]. Disponible sur: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/9781405165518.wbeosg070.pub2>
102. Strauss A, Corbin JM. *Grounded Theory in Practice.* SAGE; 1997. 296 p.

Annexe 1 : Guide d'entretien – Version initiale

1-Contexte nosologique actuel

- a- Le burn-out n'est pas dans la classification CIM 10 des maladies ni dans le DSM V. Qu'en pensez-vous ?
- b- A quand remonte votre dernière prise en charge de burn-out ?

2-Diagnostic

- a- Quelle est votre démarche diagnostique habituelle, quand un patient vient vous voir ?
Y'a-t-il des diagnostics différentiels ?
- b- Quel est votre ressenti vis-à-vis de cette démarche diagnostique ?

3-Traitement

- a- Que proposez-vous à votre patient comme prise en charge thérapeutique ?
- Traitement médicamenteux, psychothérapies, arrêt...
- Travail en équipe pluridisciplinaire ?
- b- Quelles sont les différentes évolutions possibles d'une situation de burn-out ?

Annexe 2 : Grille COREQ

COREQ (Consolidated criteria for Reporting Qualitative research) Checklist

A checklist of items that should be included in reports of qualitative research. You must report the page number in your manuscript where you consider each of the items listed in this checklist. If you have not included this information, either revise your manuscript accordingly before submitting or note N/A.

Topic	Item No.	Guide Questions/Description	Reported on Page No.
Domain 1: Research team and reflexivity			
<i>Personal characteristics</i>			
Interviewer/facilitator	1	Which author/s conducted the interview or focus group?	
Credentials	2	What were the researcher's credentials? E.g. PhD, MD	
Occupation	3	What was their occupation at the time of the study?	
Gender	4	Was the researcher male or female?	
Experience and training	5	What experience or training did the researcher have?	
<i>Relationship with participants</i>			
Relationship established	6	Was a relationship established prior to study commencement?	
Participant knowledge of the interviewer	7	What did the participants know about the researcher? e.g. personal goals, reasons for doing the research	
Interviewer characteristics	8	What characteristics were reported about the interviewer/facilitator? e.g. Bias, assumptions, reasons and interests in the research topic	
Domain 2: Study design			
<i>Theoretical framework</i>			
Methodological orientation and Theory	9	What methodological orientation was stated to underpin the study? e.g. grounded theory, discourse analysis, ethnography, phenomenology, content analysis	
<i>Participant selection</i>			
Sampling	10	How were participants selected? e.g. purposive, convenience, consecutive, snowball	
Method of approach	11	How were participants approached? e.g. face-to-face, telephone, mail, email	
Sample size	12	How many participants were in the study?	
Non-participation	13	How many people refused to participate or dropped out? Reasons?	
<i>Setting</i>			
Setting of data collection	14	Where was the data collected? e.g. home, clinic, workplace	
Presence of non-participants	15	Was anyone else present besides the participants and researchers?	
Description of sample	16	What are the important characteristics of the sample? e.g. demographic data, date	
<i>Data collection</i>			
Interview guide	17	Were questions, prompts, guides provided by the authors? Was it pilot tested?	
Repeat interviews	18	Were repeat interviews carried out? If yes, how many?	
Audio/visual recording	19	Did the research use audio or visual recording to collect the data?	
Field notes	20	Were field notes made during and/or after the interview or focus group?	
Duration	21	What was the duration of the interviews or focus group?	
Data saturation	22	Was data saturation discussed?	
Transcripts returned	23	Were transcripts returned to participants for comment and/or	

Topic	Item No.	Guide Questions/Description	Reported on Page No.
		correction?	
Domain 3: analysis and findings			
<i>Data analysis</i>			
Number of data coders	24	How many data coders coded the data?	
Description of the coding tree	25	Did authors provide a description of the coding tree?	
Derivation of themes	26	Were themes identified in advance or derived from the data?	
Software	27	What software, if applicable, was used to manage the data?	
Participant checking	28	Did participants provide feedback on the findings?	
<i>Reporting</i>			
Quotations presented	29	Were participant quotations presented to illustrate the themes/findings? Was each quotation identified? e.g. participant number	
Data and findings consistent	30	Was there consistency between the data presented and the findings?	
Clarity of major themes	31	Were major themes clearly presented in the findings?	
Clarity of minor themes	32	Is there a description of diverse cases or discussion of minor themes?	

Developed from: Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *International Journal for Quality in Health Care*. 2007. Volume 19, Number 6: pp. 349 – 357

Once you have completed this checklist, please save a copy and upload it as part of your submission. DO NOT include this checklist as part of the main manuscript document. It must be uploaded as a separate file.

Annexe 3 : Maslach Burnout Inventory

(traduction française)

Comment percevez-vous votre travail ? Etes-vous épuisé(e) ?
 Quelle est votre capacité à gérer votre relation aux autres ?
 Où en êtes-vous sur votre degré d'accomplissement personnel ?

Précisez la fréquence à laquelle vous ressentez la description des propositions suivantes en entourant le chiffre correspondant avec :

- 0 = Jamais
- 1 = Quelques fois par an, au moins
- 2 = Une fois par mois au moins
- 3 = Quelques fois par mois
- 4 = Une fois par semaine
- 5 = Quelques fois par semaine
- 6 = Chaque jour

Additionnez les scores obtenus dans chacune des 3 dimensions proposées au bas du questionnaire.
 Voyez si ces scores sont à un degré « faible », « modéré » ou « élevé ».

	Jamais		Chaque jour					
	↓							↓
	0	1	2	3	4	5	6	
01 - Je me sens émotionnellement vidé(e) par mon travail								
02 - Je me sens à bout à la fin de ma journée de travail								
03 - Je me sens fatigué(e) lorsque je me lève le matin et que j'ai à affronter une autre journée de travail								
04 - Je peux comprendre facilement ce que mes collègues /supérieurs ressentent								
05 - Je sens que je m'occupe de certains clients/collègues de façon impersonnelle, comme s'ils étaient des objets								
06 - Travailler avec des gens tout au long de la journée me demande beaucoup d'effort								
07 - Je m'occupe très efficacement des problèmes des autres personnes								
08 - Je sens que je craque à cause de mon travail								
09 - J'ai l'impression, à travers mon travail, d'avoir une influence positive sur les gens								
10 - Je suis devenu(e) plus insensible aux gens depuis que j'ai ce travail								
11 - Je crains que ce travail ne m'endurcisse émotionnellement								
12 - Je me sens plein(e) d'énergie								
13 - Je me sens frustré(e) par mon travail								
14 - Je sens que je travaille « trop dur » dans mon travail								
15 - Je ne me soucie pas vraiment de ce qui arrive à certains de mes collègues								
16 - Travailler en contact direct avec les gens me stresse trop								
17 - J'arrive facilement à créer une atmosphère détendue avec mon entourage professionnel								
18 - Je me sens ragaillardi(e) lorsque dans mon travail j'ai été proche de collègues								
19 - J'ai accompli beaucoup de choses qui en valent la peine dans ce travail								
20 - Je me sens au bout du rouleau								
21 - Dans mon travail, je traite les problèmes émotionnels très calmement								
22 - J'ai l'impression que mes collègues/collaboratrices-teurs me rendent responsable de certains de leurs problèmes								

Total du Score d'Épuisement Professionnel (SEP)

Additionnez les scores que vous avez obtenus aux questions 01. 02. 03. 06. 08. 13. 14. 16. 20

SEP =

Épuisement Professionnel	SEP < 17 Degré faible	SEP 18 - 29 Degré modéré	SEP > 30 Degré élevé
--------------------------	--------------------------	-----------------------------	-------------------------

Total du Score Dépersonnalisation / Perte d'empathie (SD)

Additionnez les scores que vous avez obtenus aux questions 05. 10. 11. 15. 22

SD =

Dépersonnalisation	SD < 5 Degré faible	SD 6 - 11 Degré modéré	SD > 12 Degré élevé
--------------------	------------------------	---------------------------	------------------------

Total du Score Accomplissement Personnel (SAP)

Additionnez les scores que vous avez obtenus aux questions 04. 07. 09. 12. 17. 18. 19. 21.

SAP =

Accomplissement Personnel	SAP < 33 Degré faible	SAP 34 - 39 Degré modéré	SAP > 40 Degré élevé
---------------------------	--------------------------	-----------------------------	-------------------------

Degré de Burnout

Attention si vos scores SEP et SD se trouvent tous les deux dans le rouge, surtout si votre degré d'accomplissement est également dans le rouge !!!

SEP	L'épuisement professionnel (Burn Out) est typiquement lié au rapport avec un travail vécu comme difficile, fatigant, stressant... Pour Maslach, il est différent d'une dépression car il disparaîtrait pendant les vacances.
SD	La dépersonnalisation, ou perte d'empathie, se caractérise par une baisse de considération positive à l'égard des autres (clients, collègues...), c'est une attitude où la distance émotionnelle est importante, observables par des discours cyniques, dépréciatifs, voire même par de l'indifférence.
SAP	L'accomplissement personnel est un sentiment « soupape de sécurité » qui assurerait un équilibre en cas d'épuisement professionnel et de dépersonnalisation. Il assure un épanouissement au travail, un regard positif sur les réalisations professionnelles.

Annexe 4 : Serment d'Hippocrate

Je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans discrimination. J'interviendrai pour les protéger si elles sont vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance.

Je donnerai mes soins à l'indigent et je n'exigerai pas un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement la vie ni ne provoquerai délibérément la mort.

Je préserverai l'indépendance nécessaire et je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je perfectionnerai mes connaissances pour assurer au mieux ma mission.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé si j'y manque.

Annexe 5 : Extrait de verbatim – Focus Group n°1

(5/12/18)

DEBUT DE LA RETRANSCRIPTION

M1 : modératrice

PxG1 : participant numéro 1/2/3/4, focus group n°1

M1 : Bon, pour les présentations on va les faire succinctement comme on s'est déjà un p'tit peu présentés. Donc mon projet de thèse c'est un p'tit peu comprendre ce que les médecins ont à nous dire sur la PEC du burn-out on commence à en entendre sérieusement parler, ça fait plusieurs décennies que le terme est connu, dans le domaine médical historiquement c'était, voilà, on a parlé sur les soignants, puis progressivement on a parlé dans la population générale. Et puis on a de plus en plus écrit de recommandations, de choses qui sont publiées mais je pense que y a... enfin je pense, je n'sais pas, y aura peut-être une... entre la théorie et la pratique peut-être finalement on s'y retrouvera, mais justement ce qui m'intéresse c'est de comprendre la pratique, vraiment l'expérience des médecins, que ce soit une jeune expérience, que ce soit une expérience plus ancienne, en fait c'est le vis-à-vis, on a ce patient qui arrive et qui a un burn-out, qu'est-ce qu'on fait, parce que je me rends bien compte que... de par mes expériences d'interne, que c'est absolument pas si simple que ça. Et je pense que les médecins ont des choses à nous dire, vous avez des choses à me dire ce soir, c'est pour ça que donc y a aussi un enregistrement, parce que je vais réécouter tout ça et... et puis dégager des axes principaux. C'est vraiment une méthode qualitative, et on appelle ça un peu le focus group dans le langage américain, la novlangue, mais c'est une vieille méthode en fait qualitative qui est apparue dans les années post secondaire guerre mondiale, initialement plutôt marketing pour un panel de consommateurs, savoir un p'tit peu la satisfaction par rapport à produit de consommation, et puis au fur et à mesure en sociologie ça a été pas mal utilisé, puis un p'tit peu renié la méthode qualitative, on l'a un p'tit peu boudée y a une trentaine d'années, et puis on y est revenus, et c'est vrai que l'intérêt c'est de, ça doit être un p'tit groupe il faut pas qu'il y ait trop de personnes, mais l'intérêt c'est d'échanger son expérience, dans la bienveillance, je veux dire là ce soit on est pas entre experts, on est vraiment entre médecins. Moi je vais pas forcément beaucoup parler ce soir, je vais bien sûr vous amener à répondre à mes questions, mais c'est vraiment un échange libre et évidemment y a aucun jugement. Donc voilà. On peut refaire un p'tit tour des présentations, succinctement (rires).

[présentations orales]

Alors, je vais commencer bien sûr par le vif du sujet. Une question un petit peu épineuse à mon sens, en fait le burn-out n'est pas dans la classification internationale des maladies, le CIM10, euh ni dans le DSM-V la classification des maladies psychiatriques, et d'après un rapport publié par la fondation Pierre Deniker, le Dr Légeron, qui est psychiatre, il n'est pas forcément question qu'elle soit dans les prochaines classifications, les prochaines versions. Donc euh même à l'heure actuelle, alors qu'on en parle partout comme vraiment du mal du siècle, de la société actuelle, et bien en fait c'est pas prévu

de l'inscrire comme maladie et moi ça m'intéresse de savoir ce que vous pensez de ça en fait... de, du fait qu'on en parle pas comme une maladie, on ne le classe pas.

A la fois ce que vous pensez du fait que ce ne soit pas mis dans les classifications, et puis quelle est la conséquence en fait, qu'est ce qui peut être gênant, qu'est ce qui est pratique pas pratique, euh, ou au contraire ce qui peut arranger dans cette absence ?

[interlude sur le fonctionnement de la prise de parole]

P4G1 : Alors moi déjà c'est pas une question que je m'étais posée de savoir, parce que je ne sais pas spécialement tout ce qui est dans le DSM4 ou le CIM10 ; j'ai du en savoir un peu pendant la préparation de l'internat, après c ; donc dans ma pratique je dirais que j'ai pas forcément besoin de ça pour réfléchir à est ce que c'est présent ou pas et comment je vais prendre en charge ; ça peut poser une question pour le codage entre guillemets c'est-à-dire que si on a effectivement envie de faire de la recherche sur ce sujet, euh, voilà je pense par exemple par rapport au logiciel donc nous on est pas comme les questions de l'hôpital mais on a quand même une question si on veut sortir de la base de données tous les patients qui présentent telle ou telle pathologie c'est vrai que c'est pas mal de donner une étiquette à peu près sur la même chose et j'ai jamais essayé de regarder sur Eo si le burn-out ça sortait comme langage et donc voilà je me dis que ça ça peut être un frein si on veut faire des études dessus si on veut faire des études sur les bases de données de logiciels informatiques des cabinets de ville... c'est plus sur ça que sur ma pratique au quotidien, comme ça je dirais.

P3G1 : alors moi je pense que je l'ai jamais lue...

M1 : la classification... ?

P3G1 : oui... parce que ça m'a ... le peu que j'ai peut-être déjà dû regarder un peu ça m'a paru quand même extrêmement compliqué et je pense que à mon avis ça me sert à rien parce que bah c'est un peu insuffisant on met pas les gens dans les cases en plus c'est plus ou moins revu ; je me demande si c'est pas fait par des gens qui sont dans des bureaux et qui voient pas de patients... comme beaucoup de recommandations, beaucoup de choses comme ça souvent j'ai l'impression que c'est fait par des gens qui n'ont pas , qui ont pas beaucoup de contact avec les patients .. ça me paraît pas.. l'homme c'est pas une machine c'est pas un ordinateur... et si on veut s'intéresser, la médecine de la personne c'est ... la médecine centrée sur la personne ... je sais pas... cette classification ...

P1G1 : c'est vrai que je vous rejoins toutes les deux sur voilà on peut pas mettre tous les patients dans des cases euh ça n'a pas de sens. Après y a également moi je pense qu'il y a dans le DSM5, donc c'est des psychiatres, peut être pas du coup une pathologie forcément de psychiatrie mais plus de médecine générale, et que les MG auront à avancer sur ce côté-là et en fait que le CIM 10 qui est une classification plutôt enfin avec toutes les pathologies, pour moi ce serait plutôt une reconnaissance que ça soit , que le burn-out soit dans le CIM 10 malgré tout, y a tellement en fait de pathologies improbables qui sont dans le CIM 10, que voilà on .. il faudrait que le burn-out soit présent.. moi je pense que ce serait une bonne chose rien que pour la reconnaissance de la pathologie au niveau médical. Après pour la pratique quotidienne ça nous servira à rien je pense mais en tout cas il faut

que pour que ça rentre il faut que ça soit écrit quelque part et donc que les étudiants tombent dessus c'est-à-dire à un moment donné...

P4G1 : moi l'autre question que je me pose, mais ça c'est mon ignorance hein, euh, c'est est-ce que y a un burn-out, ou un burn-out par personne et des burn-out c'est-à-dire que toutes les pathologies on a quand même un par exemple sur le côté psychiatrique, les pathologies psychiatriques on a fait , y a tel élément, tel élément, tel élément et/ou certains ... est-ce que c'est aussi bien classable et identifiable et généralisable ... j'en sais rien... comme ça moi en voyant des patients je me dirais qu'ils ont... oui y a des choses qui se recoupent mais p't'être pas complètement et en fait p't'être que je mets le mot burn-out sur quelque chose qui le serait pas entre guillemets. Et donc je .. c'est une vraie question je sais pas... voilà si c'est la décompensation aigue du cardio, l'OAP, ont a des critères bio, médicaux, ... sur les pathologies psychiatriques on a des critères sur la personnalité borderline... et donc sur le burn-out j'en sais rien. Mais ça c'est que... euh...je suis ignorante hein je.. voilà peut être que y a probablement des choses.

P1G1 : c'est vrai que dans les critères de DSM 5 c'est vrai que c'est assez large et de temps en temps c'est oui alors il faut avoir 2 critères parmi les 6 suivants pour que ...

P3G1 : c'est très subjectif

P1G1 : voilà c'est très subjectif voilà on coche « oui » ou « oui » voilà donc en fait au total je dis que le patient a un syndrome dépressif majeur alors que ...

P4G1 : mais par contre, ce que je me demande c'est que d'un point de vue administratif sur la reconnaissance sur le côté sécu sur le côté ALD sur le côté prise en charge en soins, eux ils ont besoin d'un truc casable et donc que ce soit une maladie reconnue

P1G1 : que l'on puisse marquer...

P4G1 : euh ça passe pas pour le syndrome anxio dépressif ; comment le faire intervenir pour que ça soit reconnu d'un point de vue de sécurité sociale ou de pathologie du travail, ou j'en sais rien dans leurs cases ?

P1G1 : c'est vrai qu'en fait, voilà, peut-être qu'il faudrait du coup une reconnaissance en mettant un critère objectif mais nous dans nos pratiques courantes on va pas les...

P4G1 : on sait qu'on le fera pas

P1G1 : voilà, on va pas le caser en tout cas il faut que les ressources administratives etc aient quelque chose pour cocher en même temps voilà euh on va pouvoir rembourser telle chose

M1 : alors là je crois qu'on aborde le versant diagnostique en parlant de cette reconnaissance avec une définition, des symptômes euh.. là je sais pas peut être plus concernant P3G1 ou P4G1 je sais pas si vous avez en tête le dernier patient avec un burn-out récemment qu'est-ce que vous avez fait en

termes de démarche diagnostique, ça peut être pour ce dernier patient là ou sur les dix derniers. Est-ce que vous avez une conduite à tenir ?

P4G1 : bah voilà je suis pas... le diagnostic même burn-out je suis pas sûre de l'étiqueter en fait c'est-à-dire que je vais trouver la personne qui va clairement pas bien, qui m'inquiète et qui est inquiétante qui... ou si y a un lien direct ou son incapacité à prendre la distance et son engrenage et souvent des refus d'arrêt au départ parce qu'ils sont justement dans cet engrenage avec une implication ou y a aussi la vie dans tout le reste de sa vie il y a une implication... faire au départ la part des choses entre le burn-out, le syndrome dépressif, le euh... le syndrome réactionnel à une situation.. c'est... donc voilà j'ai des patient, j'ai une patiente que j'avais aujourd'hui, au bout du compte elle va mieux là.. elle a pû reprendre le boulot, donc je pense qu'elle est à nouveau en train de se.. il va falloir que je calme le jeu... je saurais pas te dire si c'est un burn-out qu'elle a fait, si c'est un syndrome dépressif... après c'est pas une patiente que je connais depuis très longtemps mais voilà ... peut être parce que j'ai pas non plus les compétences ou la formation du diagnostic mais j'attends de l'apprendre... non mais je... je pense pas avoir fait mal pour cette patiente parce qu'à priori on a réussi à faire quelque chose et j'ai réussi à pouvoir la faire avancer dans ... dans ce qu'elle avait mais euh... je sais pas finalement si c'était un burn-out quoi.

M1 : qu'est ce qui peut t'aider ? qu'est ce qui peut nous aider ?

P4G1 : tu m'as dit que j'avais pas le droit de lire avant, de lire... mais voilà peut-être de relire des choses sur ce qu'est réellement... toutes les choses qu'ont pu être faites sur la ou les définitions potentielles du burn-out, ça nous ferait peut être du bien.

M1 : qu'est ce qui t'oriente vers le burn-out, ou qu'est-ce que... ?

P3G1 : en fait moi c'est plutôt... c'est pareil ... c'est des patients qui vont mal mais finalement souvent y a plein de choses qui vont mal, y a le travail, y a la maison, c'est vrai que je repense à une patiente donc que j'ai vue récemment, il se trouve que c'est une soignante, elle doit être euh... elle est secrétaire dans un... à la consultation de pédiatrie de X. (*nom d'hôpital*) et elle est complètement débordée, enfin de ce qu'elle dit parce que je suis toujours un peu méfiante comme j'ai aussi été médecin du travail, il faut... elle a plusieurs patrons qui annulent leur consultation au dernier moment, il faut qu'elle prévienne les patients enfin bon elle paraît complètement... euh... j'avais vu elle était ... elle arrivait plus parce qu'elle avait trop de charge du point de vue du travail de secrétariat... elle avait ... puis alors y en avait une qui était partie à la retraite... y avait un des médecins qui est mort il a fallu annuler toutes les consultations... elle avait les patients au téléphone qui se fâchaient enfin ... et à la maison elle a deux enfants, elle est mariée avec un mari maghrébin qui la laisse pas sortir qui la surveille... elle a deux enfants relativement jeunes...

M1 : donc y a pas que le travail ?

P3G1 : oui c'est ça donc dans tout ça bah je sais pas, elle va pas bien, je l'ai arrêtée puis finalement elle est quand même retournée travailler...

Fin de l'extrait

RÉSUMÉ

Définir une situation de burn-out en médecine générale : Enjeux d'une consultation de soins primaires entre savoir médical et injonctions sociales

Introduction : Le burn-out est une pathologie qui fait l'objet d'un nombre croissant de publications scientifiques depuis les années 1980. Cependant, il n'a pas été intégré aux classifications internationales de maladies, et certains auteurs le décrivent comme une entité psychopathologique similaire à la dépression. Dans ce contexte, il pourrait sembler difficile aux médecins généralistes de proposer une démarche de soins adaptée.

Objectifs : Montrer comment les généralistes diagnostiquent et traitent des situations de burn-out.

Matériel et méthodes : Ce travail est issu d'une recherche qualitative auprès de médecins généralistes exerçant en Ile-de-France. Les données ont été recueillies par enregistrement vocal de focus groups et analysées par la théorie ancrée.

Résultats : Malgré leur difficulté à définir de façon conventionnelle, au moyen des outils existants, le concept de burn-out, les généralistes proposent une démarche diagnostique qui repose sur la définition de la situation de burn-out. Celle-ci consiste dans le repérage d'une souffrance liée au travail, mais aussi de facteurs de risque, soit en lien avec l'environnement de travail, soit considérés comme des facteurs individuels. La démarche thérapeutique porte sur la résolution des conflits identifiés dans la définition de la situation en proposant des solutions adaptées à chacun d'eux.

Conclusion : Face à un concept aux contours nosographiques flous, les généralistes s'adaptent en proposant une démarche de soins centrée sur les besoins du patient. Cependant, celle-ci reste une proposition de soins à l'échelle individuelle, qui ne prend pas en compte les enjeux collectifs du burn-out, en tant que pathologie sociale.

Mots clés : Burn-out, soins primaires, focus group, médecins généralistes, diagnostic, traitement, dépression

Keywords : Burnout, professional, ; burnout, psychological ; primary care ; focus group ; general practitioner ; situation ; diagnostic ; therapeutics ; depression

Université Paris Descartes –
Faculté de Médecine Paris Descartes
15 rue de l'École de Médecine
75270 Paris cedex 06