

REPÉRAGE ET PRISE EN CHARGE CLINIQUES DU SYNDROME D'ÉPUISEMENT PROFESSIONNEL OU BURN OUT – QUESTIONNAIRE FICHE MÉMO –

Nous reproduisons ici les réponses faites à la HAS par l'association Santé et Médecine du Travail sur la première version de son mémorandum publié finalement en mars 2017 et citées dans le rapport qui l'accompagne

https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2017-05/dir56/rapport_elaboration_burnout.pdf

COMMENTAIRES SUR LA FORME

La forme mémorandum nous paraît trop contraignante pour être appropriée à des psychopathologies professionnelles qui pourraient parfaitement relever d'une recommandation.

On perçoit, à la lecture, les raccourcis de rédaction imposés par la forme et qui par leur concision sont réductions.

COMMENTAIRES SUR « PRÉAMBULE ET CONTEXTE »

PRÉAMBULE

Il ne paraît pas approprié dans une recommandation concernant la prévention d'une entité pathologique professionnelle de s'en tenir à la prévention tertiaire notamment si ces recommandations s'adressent, comme indiqué, aussi aux médecins du travail.

Ces derniers ayant pour mission d'éviter toute altération de la santé des travailleurs du fait de leur travail, leur priorité est la prévention primaire.

Ne pas traiter ce volet préventif revient à accepter l'inévitabilité de cette pathologie professionnelle.

Nous ne mésestimons pas l'intérêt du diagnostic et de la prise en charge des victimes du travail, que les mé-

decins du travail assurent par ailleurs, mais leur devoir vis-à-vis de chaque travailleur et de la collectivité de travail repose sur des obligations de signalement collectif en amont des facteurs de risques, des risques et de leurs effets éventuels. Elles reposent notamment sur la rédaction d'une fiche d'entreprise et le signalement de risques et de conseils de prévention formalisés dans le cadre de l'article L.4624-9 (numérotation post loi travail) du Code du travail. Ces dispositions déclinent en partie l'article L.1111-2 du Code de la santé publique qui impose à tout médecin de signaler les risques pour la santé à son patient.

Il faut considérer que cette phase d'identification des facteurs de risque et des risques est un préalable clinique étiologique au repérage et la prise en charge de l'épuisement professionnel et peut participer à un éventuel diagnostic différentiel.

CONTEXTE

L'épuisement professionnel est une conséquence de ce qu'il est convenu d'appeler la souffrance au travail ou le stress lié au travail. Il ne saurait par conséquent regrouper ces situations **par ailleurs assez mal définies**. En fait les pathologies engendrées par l'activité de travail et son organisation ne sont identifiables qu'à travers l'analyse de ces dernières, l'engagement du sujet

dans son travail, la façon dont il coopère avec autrui, la dynamique collective dans laquelle il travaille et la spécificité de son collectif de travail et des rapports sociaux qui s’y nouent. On peut identifier notamment des pathologies de surcharge (l’épuisement professionnel en étant un des symptômes), des pathologies post traumatiques et des pathologies de la solitude.

C’est pourquoi nous nous interrogeons sur la qualification même de syndrome (voir nos remarques sur la définition) appliquée à l’épuisement professionnel.

ENCADRÉ : « DÉFINITION »

Nous souhaitons rappeler en préambule la définition du management qu’en donne Frederik Mispelblom enseignant en sociologie à l’université d’Évry : « *Le management peut être défini, comme “une technologie politique” : il s’agit d’un dispositif organisateur de discours qui guident des actes, d’un savoir inscrit dans des techniques verbales et mentales qui produit du pouvoir* ». L’organisation managériale a donc comme objectif la prise de pouvoir sur la volonté des individus avec toutes les conséquences prévisibles, dès lors qu’il cherche un contrôle total. Cette tendance est aggravée par la « *gouvernance par les nombres* » le résultat n’étant plus déterminé que par des chiffres. Pour plus de précision sur ce point on pourra lire Alain Supiot, la gouvernance par les nombres, cours au Collège de France (2012-2014), chapitre 12 « *Un régime de travail réellement humain* ».

Il y a alors une contradiction majeure entre les aspirations des sujets à la construction de soi au travail et le caractère destructeur de l’organisation pathogène.

Un syndrome est un regroupement de symptômes. Or comme nous le montrons dans nos commentaires sur les manifestations cliniques, l’épuisement professionnel n’est lui-même qu’un symptôme de pathologies liées à l’organisation du travail.

La définition ici proposée pour l’épuisement professionnel qui implique « *un investissement prolongé dans des situations de travail exigeantes sur le plan émotionnel* » réduit la causalité à un paramètre personnel et ne qualifie la situation de travail que par son caractère exigeant ce qui ne la désigne pas comme pathogène. C’est méconnaître l’inéluctabilité de l’investissement prolongé des salariés (et non d’un seul salarié) dans des organisations construites pour obtenir ce résultat en utilisant notamment l’intensification et l’individualisation du travail et des objectifs. La réification des personnes impliquées peut aussi avoir pour conséquence une dépersonnalisation qui aura un effet dans la survenue de l’épuisement. L’hyperactivité manifestée par le salarié, des processus défensifs cyniques qui lui per-

mettent parfois de trahir ses propres valeurs morales, sont aussi des conséquences de l’organisation du travail pathogènes.

La référence citée qui implique qu’il s’agirait d’un « *processus de dégradation du rapport subjectif au travail* » est à la fois pertinente puisque c’est l’engagement subjectif du sujet dans le travail qui est entravé par l’organisation du travail mais aussi ne recouvre qu’une facette de la pathogénèse de l’épuisement professionnel.

Elle pourrait, par omission, faire supposer qu’il n’y aurait comme hypothèse causale que la subjectivité individuelle dégradée, c’est-à-dire une défaillance de la victime à percevoir ce rapport comme positif. Or l’épuisement professionnel est la conséquence inévitable, dès lors qu’elles ne sont pas réformées, d’organisations du travail pathogènes qui sont responsables d’états de stress post traumatiques, d’état anxieux et de dépressions professionnelles (ainsi les trois dimensions citées dans le texte comme manifestation de l’épuisement professionnel peuvent également être symptomatiques de cette dernière pathologie). Nous sommes, par conséquent, extrêmement dubitatifs sur l’intérêt de focaliser la prévention sur ce seul symptôme. C’est pourquoi également nous conseillons de ne plus employer le terme « syndrome » mais bien d’employer le terme de « symptôme » d’épuisement professionnel comme une conséquence parmi d’autres d’organisations du travail délétères.

Nous estimons, en outre, que ce concept « valise » d’épuisement professionnel a aussi pour défaut de faire écran à des pathologies qui pourraient donner lieu à des reconnaissances en maladie professionnelle. Ainsi le mémorandum nie à plusieurs reprises le caractère de maladie de l’épuisement professionnel ôtant ainsi toute possibilité de réparation.

ENCADRÉ : « MANIFESTATIONS CLINIQUES »

Nous notons que les manifestations cliniques qui sont attribuées à l’épuisement professionnel paraphrasent la majorité des critères du DSM 5 utilisés pour qualifier la dépression(1) en les déclinant dans le secteur professionnel.

L’épuisement professionnel est donc une des manifestations pathologiques d’une dépression réactionnelle professionnelle. Nous proposons par conséquent que le document soit réformé et traite de la prévention des

.....
 1– Référence HAS : Note de cadrage recommandation de bonne pratique : épisode dépressif caractérisé de l’adulte : prise en charge en premier recours, annexe 1
http://www.has.sante.fr/portail/plugins/ModuleXitiKLEE/types/FileDocument/doXiti.jsp?id=c_1739922

dépansions réactionnelles professionnelles dont l'épuisement professionnel est un des symptômes ou **une** des manifestations cliniques, ou s'il était plus ambitieux qu'il traite des diverses pathologies liées à des organisations du travail pathogènes.

ENCADRÉ : « FACTEURS DE RISQUE »

C'est à juste titre que vous évoquez l'analyse de l'activité de travail ou la recherche de facteurs de risques psychosociaux comme des pistes de d'identification des risques (et non des « *facteurs de risque* » puisqu'en l'occurrence s'il y a pathologie ce ne sont plus des facteurs de risque mais bien des risques).

Vous pourriez également considérer que certaines organisations du travail sont plus pathogènes que d'autres (notamment le *lean management*) et les désigner comme telles. Ainsi le rapport d'Antoine Valeyre(2) trace une hiérarchie entre plusieurs formes d'organisations en fonction de leurs effets pathogènes notamment psychiques.

Nous sommes par contre très dubitatifs sur l'association de l'épuisement professionnel à des éléments individuels qui nous paraît marginale au regard de l'influence du travail et nous sommes désireux que vous nous procuriez les sources de ces constats.

Toutefois nous partageons en partie votre conclusion sur l'inanité dans ce domaine d'une sélection des travailleurs.

En tout état de cause un « travail réellement humain » implique comme la loi l'impose « d'adapter le travail à l'Homme ». Le dépistage de supposées susceptibilités individuelles n'est en aucun cas un facteur opératoire de prévention et est contraire aux réglementations qui interdisent toute discrimination en fonction de l'état de santé.

ENCADRÉ : « REPÉRAGE »

Là encore, l'évocation des susceptibilités individuelles nous paraît peu pertinente alors que les situations à risque pour la santé psychique sont bien identifiées. Nous vous renvoyons à l'étude « *Les risques psychosociaux au travail. un panorama d'après l'enquête santé et itinéraire professionnel 2010* »(3) .

Nous sommes également assez peu convaincus que l'utilisation de questionnaires (dont nous ignorons dans

2— VALEYRE Antoine, « Conditions de travail et santé au travail des salariés de l'Union européenne : des situations contrastées selon les formes d'organisation », Centre d'Études de l'Emplol, 11/2006, 48 p. <http://www.cee-recherche.fr/publications/document-de-travail/conditions-de-travail-et-sante-au-travail-des-salaries-de-lunion-europeenne-des-situations>

3— BEQUE Maryline, *Dares Analyses* N°31, disponible sur le site de la DARES

le cas précis la nature) soit un outil de médiation pertinent pour guider un entretien avec le travailleur. Nous préférons baser notre approche clinique sur le dialogue confiant entre le travailleur et son médecin du travail et nous estimons que l'approche par questionnaire compromet ce dialogue. Participe aussi de cette confiance la publicité institutionnelle donnée aux signalements de risque du médecin du travail.

C'est précisément le repérage et le signalement a priori de caractères potentiellement pathogènes de l'organisation du travail qui doit être mis en place par le médecin du travail, notamment pour éclairer l'employeur, et non seulement (cela ne survient que dans un second temps) le repérage des effets collectifs de dysfonctionnement.

C'est l'activité clinique quotidienne du médecin du travail qui dans ce domaine permet le repérage de pré-symptômes par la mise en œuvre d'une clinique médicale du travail fondée sur l'intercompréhension médecin-patient.

ENCADRÉ : « PRISE EN CHARGE ET ACTEURS »

Nous ne nous prononçons pas sur le parcours de soin hors de l'intervention du médecin du travail, toutefois nous recommandons que les thérapeutiques individuelles, notamment psychothérapeutiques, ne soient pas exclusives au risque de favoriser chez le travailleur un vécu de fragilité psychologique personnelle et de l'éloigner ainsi de la recherche d'une compréhension opératoire de ce qui se joue pour lui au travail et comment agir pour recouvrer sa capacité d'initiative.

Notre action, alors que nos signalements préventifs collectifs ont été ignorés, est la mise en œuvre d'une clinique compréhensive centrée sur l'activité réelle de travail individuelle et collective et la subjectivité du travailleur sur son travail notamment en signalant éventuellement la survenue de troubles chez d'autres salariés. Le but de cette clinique est de permettre au travailleur dont la pensée a été entravée, voire suspendue, de comprendre ce qui se joue pour lui au travail et comment l'activité et l'organisation du travail ont une responsabilité dans ce qu'il ressent et ce qui le rend malade. Il s'agit de lui permettre de restaurer son pouvoir d'agir notamment en lien avec d'autres salariés afin qu'ils se donnent les moyens d'agir pour changer l'organisation du travail.

En aucun cas il ne s'agit d'aider le salarié à supporter sans agir des situations insupportables, au risque d'enkyster des situations de travail, d'en rendre le patient responsable et de faire obstacle à la restauration de la santé.

Nous estimons également que cette clinique implique que nous tracions au minimum dans le dossier médical, souvent par courrier au médecin traitant, voire par certificat médical ce que nous comprenons de la situation et des liens de la pathologie du salarié avec des déterminants de l'activité ou de l'organisation du travail. Cette traçabilité n'est pas médico-légale mais a pour objet de donner acte au travailleur et de prévenir ainsi les risques de passage à l'acte liés à la culpabilité ou à l'auto-dépréciation qui sont un des risques majeurs de ces pathologies.

Nous tenions à développer ce point alors que des plaintes d'employeurs au Conseil de l'Ordre des médecins met en péril cette pratique clinique et que cette institution ne paraît pas prendre en compte notre argumentaire professionnel.

Sur ce chapitre, les N°27(4) et 28(5) des *Cahiers SMT* traitent précisément de la question de la clinique médicale du travail des écrits en médecine du travail et particulièrement dans les psychopathologies professionnelles.

Nous vous renvoyons également au N°32(6) des *Cahiers SMT* qui traite des « coopérations avec quatre spécialistes médicaux » dont les médecins généralistes et les psychiatres.

En ce qui concerne la clinique médicale du travail une synthèse en est faite par Alain Grossetête : « La clinique médicale du travail » dans la revue *Santé et Travail*, n°97 de janvier 2017.

ENCADRÉ : « PARTICULARITÉS DES SOIGNANTS »

On ne peut qu'acquiescer devant ce qui est présenté concernant les soignants et nous sommes bien informés des spécificités de la situation puisqu'un certain nombre d'entre nous sont leurs médecins du travail. Nous-mêmes confrontés aux contradictions et surcharges de nos services nous compatissons, pour les vivre aussi, aux difficultés qu'ils rencontrent.

Toutefois nous voyons dans cette situation une incarnation des difficultés que nous observons pour les autres travailleurs.

Notamment la question du travail bien fait, l'utilité sociale du travail, l'intensification du travail, l'individualisation du résultat, l'absence de reconnaissance, les injonctions contradictoires, l'insécurité de l'emploi sont communs dans nombre de situations de travail.

.....

4- <http://www.a-smt.org/cahiers/cahiers/cahier-27/cahier27.htm>

5- <http://www.a-smt.org/cahiers/cahiers/cahier-28/cahier28.htm>

6- <http://www.a-smt.org/cahiers/cahiers/cahiers.htm>

Nous suggérons que ces questions que vous évoquez pour les soignants ne leurs soient pas limitées et que, comme nous l'avons déjà proposé, la question du caractère pathogène de certaines organisations de travail responsables notamment de l'épuisement professionnel soit envisagée dans votre mémorandum comme piste d'action préventive prioritaire.

ENCADRÉ : « ACCOMPAGNEMENT DU RETOUR AU TRAVAIL »

Il serait approprié de commencer ici par conseiller, comme conditions de retour à l'emploi, une action de préconisations de réforme de l'organisation du travail pathogène par le médecin du travail. Nous ne mésestimons pas la difficulté actuelle de réformer une organisation du travail pathogène tant ces pathologies lui sont consubstantielles. Toutefois la mise en visibilité des dysfonctionnements collectifs dans l'espace public de l'entreprise (*via* le CHSCT par exemple) peut par contrecoup avoir une efficacité dans le cadre de la reprise de travail du salarié concerné. Outre que cette action participe à la déculpabilisation du salarié et lui permet de reconstruire un rapport au travail, l'organisation mise en cause considèrera souvent que traiter la réinsertion professionnelle individuelle du salarié servira de coupe-feu à une réforme fondamentale de ses pratiques. Il appartiendra au médecin du travail de persévérer afin que l'employeur comprenne l'intérêt d'en faire la prévention.

Un suivi régulier est bien évidemment une précaution indispensable. Il doit aussi s'étendre aux travailleurs de l'entité professionnelle à laquelle appartient le salarié car ils pourraient d'une part être aussi victimes de mêmes éléments pathogènes et d'autre part participer à la réussite de la reprise de travail. C'est le suivi régulier collectif « sentinelle » qui renforcera le diagnostic différentiel et affinera les causalités professionnelles collectives.

AUTRES COMMENTAIRES

En conclusion, nos remarques portent sur la forme et la rédaction de ce mémorandum :

Le sujet lui-même ne nous paraît pas opportun

- Le concept d'épuisement professionnel qualifié de syndrome, ce qui n'est pas exact, constitue en fait un symptôme de pathologie de surcharge et notamment de la dépression réactionnelle professionnelle.
- Il comporte un risque de dérive vers une personnalisation trop importante de la victime dans la genèse de la pathologie du fait de l'importance donnée aux susceptibilités personnelles qui sont mi-

neures au regard d'organisations du travail particulièrement pathogènes.

Le mémorandum manque de pertinence

- Il méconnaît l'importance du dépistage *a priori* du caractère pathogène de certaines organisations du travail, de leur signalement par le médecin du travail dans le cadre de la prévention primaire, condition indispensable du repérage et de la prise en charge des psychopathologies professionnelles. L'abord médical de ces questions doit privilégier la question du travail et de l'engagement subjectif du travailleur dans celui-ci, son « travailler », et ne doit pas privilégier les caractéristiques personnelles des victimes ou une prévention de surface (gestion du stress...).
- Il ne signale pas l'importance d'une clinique médicale adaptée en médecine du travail pour repérer et prendre en charge les salariés victimes de psychopathologies professionnelles et son rôle de facilitateur de compréhension du patient de ce qui se joue pour lui au travail, lui permettant ainsi de restaurer sa capacité de penser et d'agir. Il ignore l'importance d'un suivi individuel du groupe de travail de ce salarié « sentinelle » tant pour dépister et prendre en charge d'autres pathologies de même nature que comme élément facilitateur de la reprise de travail en luttant contre l'isolement lié aux méthodes de l'organisation du travail
- Enfin et surtout il ne donne pas la place nécessaire à la responsabilité prépondérante dans la genèse de psychopathologies professionnelles aux

organisations du travail pathogènes et à une critique constructive de forme ou de méthodes de ces organisations qui sont maintenant bien individualisées

Outre la prise en compte de nos remarques, nous conseillons donc que ce document soit élargi à « la prévention, le dépistage et la prise en charge clinique des psychopathologies professionnelles » non sous forme de mémorandum mais de recommandation.

Pour illustrer notre propos nous vous indiquons, par ordre chronologique les publications de notre association(7) consacrées aux organisations du travail pathogènes et leurs effets.

Enfin nous vous conseillons de consulter la dernière livraison de la revue *Santé et Travail* n°97, janvier 2017, consacrée aux « Maladies psychiques au travail » et qui consiste en une exploration tout à fait pertinente de ces pathologies (dont l'épuisement professionnel) et un instrument efficace d'information non seulement à destination du public mais des professionnels de santé.

Notre association est bien entendu à la disposition de la HAS pour échanger sur ces sujets ou toute autre question relevant de nos compétences.

.....

7- <http://www.a-smt.org/cahiers/cahiers/cahiers.htm>

- *CAHIERS SMT N°9*, Mai 1996 : Les dérives de l'organisation du travail : quelles pratiques pour les médecins du travail
- *CAHIERS SMT N°17*, Juin 2002 : Organisation du travail santé mentale
- *Cahiers SMT N°22*, Novembre 2007 : Maltraitances organisationnelles, quelles pratiques cliniques ?
- *CAHIERS SMT N°27*, Mai 2011 : Prise en charge du salarié en souffrance professionnelle