

Épuisement professionnel :

fiche conseil d'orientation et de prise en charge pour le médecin du travail

AUTEUR :

C. Duret, médecin du travail, Service de pathologies professionnelles, Hôpital de Garches.

EN
RÉSUMÉ

L'épuisement professionnel est devenu un sujet majeur de préoccupation en santé au travail. Bien que sa nosographie soit discutée, il existe aujourd'hui un faisceau cohérent de données et d'expériences cliniques permettant de définir un syndrome. Cette problématique est fréquente dans la pratique courante des services de santé au travail, mais le manque d'information et l'absence de recommandations peuvent mettre en difficulté pour sa prise en charge. Suite aux expériences acquises au sein d'une Consultation de pathologie professionnelle, en service de santé au travail et aux recherches bibliographiques, une fiche conseil d'orientation et de prise en charge de l'épuisement professionnel a été construite. Elle présente de manière lisible les différentes étapes à suivre pour organiser et améliorer la prise en charge et le devenir des personnes concernées.

MOTS CLÉS

Épuisement professionnel / Stress / Risque psychosocial / RPS / Méthodologie

L'épuisement professionnel est un syndrome qui regroupe un faisceau cohérent de données théoriques et observationnelles. Les services de santé au travail sont confrontés à des salariés en souffrance et ayant besoin d'une prise en charge individuelle spécifique, ainsi que d'actions de prévention collective. Les médecins du travail se retrouvent en première ligne face à ce problème de santé publique, sans forcément avoir toutes les informations pour une prise en charge pertinente. Dans le cadre d'un travail de thèse [1], une fiche conseil pour le médecin du travail a été élaborée. Elle est ici présentée (annexe 1, pp. 63-64).

d'atteinte psychique sont régulièrement décrits dans la littérature. Ainsi, une méta-analyse récente a mis en avant qu'un certain nombre de ces facteurs étaient impliqués dans l'apparition de dépression/troubles anxieux (demandes élevées au travail, faible contrôle de l'activité et faible soutien social/déséquilibre efforts-récompenses perçues/conflicts de rôles/manque de justice organisationnelle et relationnelle notamment) [2]. Un nombre croissant d'atteintes à la santé mentale sont reconnues au titre des maladies professionnelles [3].

Au-delà des pathologies bien établies (dépression, trouble anxieux généralisé, état de stress), son constatées l'apparition et la propagation d'un trouble jusqu'ici non défini dans la sémiologie psychiatrique, mais qui semblent toucher de plus en plus d'adultes au travail : l'épuisement professionnel (ou *burnout*). À l'heure actuelle, ce syndrome n'a pas encore de définition nosographique validée, mais du

L'ÉPUISEMENT PROFESSIONNEL

ÉLÉMENTS DE CARACTÉRISATION

Les facteurs professionnels reconnus comme facteurs de risques

Épuisement professionnel : fiche conseil d'orientation et de prise en charge pour le médecin du travail

fait de l'accumulation croissante de données congruentes, le faisceau de présomptions aboutit à une définition adoptée en 2015 par l'Institut national de recherche et de sécurité (INRS), l'Agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail (ANACT) et la Direction générale du travail (DGT), de l'épuisement professionnel : « *le burnout est un épuisement physique, émotionnel et mental, qui résulte d'un investissement prolongé dans des situations de travail exigeantes sur le plan émotionnel* ». Cette définition est issue de celle de Schaufeli [4].

La conception de Maslach en 3 catégories (épuisement émotionnel et physique, cynisme, baisse de l'accomplissement personnel) est actuellement débattue, tout comme l'échelle de mesure *Maslach Burnout Inventory* (MBI) [5], et ne devrait plus être utilisée comme définition d'usage et outil diagnostique de l'épuisement professionnel.

Après une revue de la littérature [1], l'épuisement professionnel peut être circonscrit à :

- une dysphorie durable, notamment un épuisement émotionnel ;
- des symptômes psychiques et comportementaux, plus ou moins accompagnés de signes physiques non spécifiques.

Ces deux éléments :

- sont en lien avec le travail, et apparaissent lors de l'exposition d'un individu donné à des facteurs de risques professionnels spécifiques ;
- surviennent chez des patients sans antécédent psychiatrique notoire.

Des débats actuels questionnent le recoupement entre épuisement professionnel et dépression [6 à 8]. Cependant, l'épuisement professionnel apparaît tout de même comme une entité spécifique dont la prise en charge adaptée est indispensable.

LA PRISE EN CHARGE ACTUELLE

Actuellement, il n'existe pas de recommandation pratique de prise en charge globale de l'épuisement professionnel en milieu de travail. La Haute Autorité de santé (HAS) a produit un rapport en 2017 sur son repérage et sa prise en charge individuelle sur un plan clinique [9]. Celui-ci ne propose que des grands axes tels que l'arrêt de travail (mise à distance du contexte professionnel), le travail psychothérapeutique et une médication antidépressive à discuter. Mais, au quotidien, cette prise en charge ne répond qu'à une partie des problématiques qui se posent pour le patient dans l'entreprise, et de nombreux salariés souffrent d'une prise en charge partielle qui n'apporte pas forcément les résultats souhaités. De plus, les professionnels de santé peuvent avoir une connaissance hétérogène de ce syndrome et sont démunis pour la mise en place de soins appropriés.

LA FICHE

Cette fiche est le résultat d'une analyse bibliographique [1] et du recueil d'expériences réalisé par l'auteur au sein des services de santé au travail (échanges avec les confrères investis sur le sujet aussi bien de services autonomes que de services interentreprises) et en consultation de pathologie professionnelle.

Cet outil se veut simple d'utilisation et a pour objectifs de structurer et d'homogénéiser les pratiques, de proposer une marche à suivre dans la prise en charge d'une pathologie à l'impact médico-social potentiellement important. Il est structuré en 2 grands axes correspondant à 2 temps, le premier décrit les diffé-

rentes étapes lors d'une première consultation, puis le second donne une trame de prise en charge par le médecin du travail sur le moyen terme. Son intérêt est de pouvoir être utilisé dès la première consultation d'un travailleur en souffrance psychique surtout s'il fait des liens avec ses conditions de travail.

PREMIÈRE CONSULTATION

La pertinence de cette première consultation conditionne la finesse du diagnostic, la qualité de l'orientation, mais aussi le lien et « *l'alliance avec le travailleur-patient* » [9]. Cette première consultation regroupe de nombreux points à évaluer et prend du temps, 45 minutes *a minima* pour écouter la souffrance d'un travailleur, puis évaluer toute la situation médico-professionnelle. Par ailleurs, il est fréquent que le médecin du travail constate la souffrance d'un salarié, à l'occasion d'un examen systématique par exemple, sans avoir été informé, ou alerté, au préalable, d'un contexte à risque. Dans ce cas, il est préférable de faire un point de conclusion intermédiaire et de reprogrammer une visite médicale avec le salarié rapidement pour poursuivre la consultation dans de meilleures conditions (en visite à la demande du médecin ou du salarié).

Ce premier temps s'articule en 3 étapes chronologiques.

ÉTAPE I : DIAGNOSTIC SYNDROMIQUE ET DIAGNOSTICS DIFFÉRENTIELS

En cas de suspicion d'épuisement professionnel, ou dans toutes situations de souffrance psychique en lien avec le travail, il est important de savoir dans quel cadre on se situe. L'absence de nosographie reconnue pour l'épuisement professionnel conduit à l'établissement d'un diagnostic syndromique en 4

axes, correspondant au déroulé habituel d'une enquête diagnostique.

L'état clinique. Il s'agit d'explorer l'ensemble des signes cliniques et des symptômes présentés par le travailleur/patient, notamment ceux des troubles dépressifs ou anxieux. Parmi les plus fréquents, sont retrouvés l'irritabilité, les troubles du sommeil (notamment les réveils précoces avec ruminations centrées sur le travail), une aboulie partielle verbalisée régulièrement par un « *manque de motivation* » ou « *tout est une épreuve* », une anhédonie parfois différentielle entre le secteur personnel et professionnel, une tristesse. On note également des conduites d'évitement de certaines situations de travail ou des angoisses anticipatoires (ressenties le dimanche soir par exemple), des ruminations anxieuses fréquentes, des signes physiques d'angoisse (palpitations, dyspnée, douleurs abdominales...) à l'approche du lieu de travail ou à l'ouverture de la messagerie électronique, la perception d'un avenir source de dangers... La négation des symptômes, ou tout du moins leur minoration, est fréquente et retarde la reconnaissance par l'individu de son épuisement et donc sa participation à la prise en charge.

L'histoire de la maladie. Il est important d'essayer de retracer les manifestations cliniques des dernières semaines jusqu'à l'année en cours, l'épuisement fonctionnant souvent comme un empilement progressif de signes.

Le contexte professionnel. L'analyse fine des conditions de travail et des facteurs de risques professionnels permettent de faire la différence entre ce qui résulte de l'exposition factuelle à des risques liés au travail pour la santé mentale et ce qui découle plutôt d'une décompensation psychique d'un trouble sous-jacent ou encore

d'une perception en décalage avec la situation de travail. L'utilisation des familles de facteurs de risques psychosociaux du rapport dit « Gollac » [10] permet de faire un inventaire précis de la perception des conditions de travail par le travailleur.

Le contexte individuel est à prendre en compte. Cela concerne, entre autres, les éléments de rapport au travail et de personnalité qui sont discutés dans la littérature, notamment la notion d'engagement voire de sur-engagement ou de perfectionnisme.

L'évaluation globale de l'état de santé et du contexte est la partie la plus importante, et la plus longue de cette première consultation. On peut s'aider de questionnaires validés, notamment l'échelle HAD (*Hospital Anxiety and Depression Scale*) [11] pertinente pour la détection rapide des symptômes anxieux et dépressifs ou l'échelle *Perceived Stress Scale* (PSS) 10 [12] plus centrée sur le stress perçu. Une simple évaluation par échelle numérique du stress perçu, de 1 à 10, est déjà une bonne méthode très rapide, reproductible à chaque consultation, et une bonne entrée dans l'abord du sujet. À l'heure actuelle, il n'existe pas d'échelle diagnostique de l'épuisement professionnel, mais on peut utiliser le questionnaire du *Copenhagen Burnout Inventory* (CBI) [13].

Du fait de son positionnement à la croisée des chemins anxieux et dépressifs, il est important de pouvoir différencier l'épuisement professionnel d'un épisode dépressif caractérisé ou d'un trouble anxieux généralisé par exemple, ces pathologies nécessitant une prise en charge spécifique et rapide. Ainsi, à la suite du diagnostic syndromique, un temps de questionnement autour des **diagnostics différentiels** est

nécessaire, surtout en l'absence de facteurs de risques professionnels patents. En cas de présentation d'un tableau clinique plus léger, mais avec description de facteurs de risques professionnels importants, l'individu se trouve probablement dans une situation de stress chronique ou de pré-épuisement. Cet état est une opportunité d'intervention précoce sur les conditions de travail quand cela est possible, mais aussi sur l'individu en questionnant son rapport au travail, en l'informant sur les signes d'un épuisement et sur la nécessité de consulter précocement.

En cas de signes cliniques de dépression sévère (qui peuvent être évalués par la *Beck Depression Inventory* – BDI), comme un ralentissement psychomoteur, une incurie, une aboulie complète..., ou de signes d'anxiété généralisée ou encore de la perception d'une personnalité pathologique, il est indispensable d'orienter le salarié pour une prise en charge en médecine de soins. Cette orientation se fera vers le médecin traitant, sinon il sera indispensable de s'assurer qu'une prise en charge psychiatrique est effective car les risques de dégradation de la santé mentale sont grands, tout comme les complications socioprofessionnelles.

ÉTAPE II : ÉVALUATION DE LA GRAVITÉ ET ORIENTATION DE PRISE EN CHARGE

Après cette première étape, vient celle de l'appréciation du terrain et de la gravité.

Le terrain est caractérisé par ce qui constitue la sphère sociale de l'individu, mais aussi par ses comorbidités et ses antécédents. L'évaluation psychosociale passe par le recueil des informations de soutien social (famille, amis, isolement), l'évaluation des risques sociaux (précarité, insécurité financière ou professionnelle, conflit...) et du fonction-

Épuisement professionnel : fiche conseil d'orientation et de prise en charge pour le médecin du travail

nement individuel (impulsivité et violence, fonctionnement en « tout ou rien »...). Les comorbidités sont constituées des éventuelles conduites addictives (alcool, drogues, mais aussi mésusage médicamenteux), d'un trouble psychique existant (trouble anxieux, multiples épisodes dépressifs...) ou secondaire (dépression secondaire). Les antécédents à prendre en compte sont, entre autres, un précédent épisode d'épuisement professionnel, mais aussi toutes les atteintes psychiques, en particulier les tentatives de suicides.

La gravité individuelle est définie par l'ensemble des caractéristiques du terrain couplée au tableau clinique actuel. C'est le risque suicidaire qui fait la gravité immédiate de l'épuisement professionnel et nécessite une prise en charge adaptée rapide. La prévalence des idéations suicidaires dans ce contexte est difficile à évaluer, mais elle pourrait être non négligeable. Bien que parfois difficile, l'abord des idéations suicidaires est indispensable face à un individu en souffrance, et est d'ailleurs bien accepté dans la pratique par les salariés. Des questions simples permettent de se faire une idée : « *avez-vous déjà eu des envies suicidaires ?* », « *des idées noires avec l'envie d'en finir ?* », « *avez-vous déjà pensé au suicide ?* ». Au moindre doute, il convient de faire une évaluation du risque suicidaire par la règle **RUD** : Risque/Urgence de la menace/Dangerosité du scénario. Le risque est constitué par le terrain et les antécédents notamment psychiatriques, l'urgence de la menace par la présence d'un scénario élaboré et d'un passage à l'acte programmé et proche ; enfin la dangerosité est caractérisée par l'accès au moyen suicidaire et sa létalité. En cas de

risque, urgence et/ou dangerosité élevée, il convient d'orienter en urgence le salarié vers une prise en charge spécialisée [14, 15].

En l'absence de risque suicidaire ou de dépression caractérisée sévère, il est temps de conseiller le patient sur la suite de la prise en charge à organiser dans le réseau de ville. Le médecin traitant doit toujours être un acteur principal de cette prise en charge, car c'est souvent lui qui prescrit le premier arrêt de travail et qui poursuivra la prescription en cas de besoin. C'est aussi lui qui organise et centralise la prise en charge médicale du salarié-patient souffrant d'épuisement professionnel. Il assure un « tandem » avec le médecin du travail en charge du lien santé-travail.

En l'absence de pathologie psychiatrique sous-jacente, l'épuisement professionnel semble pouvoir évoluer favorablement sans médication. Les prises en charge psychothérapeutiques restent à définir de manière consensuelle, mais l'axe des thérapies comportementales et cognitives (TCC) semble être le plus adapté et apprécié par les patients dans cette pathologie. Une approche associant psychologie du travail et psychologie clinique peut être utile si elle tient compte du tandem facteurs personnels/facteurs professionnels. Des recommandations de prise en charge psychologique sont souhaitables.

ÉTAPE III : CONCLUSION ET RÉCAPITULATIF DE CETTE PREMIÈRE CONSULTATION

En fin de consultation, il est utile de faire une synthèse, avec le salarié, de l'ensemble des informations collectées. Cette étape courte (5 minutes) retrace les grands axes de la consultation :

- les grands signes et symptômes décelés : l'identification par le mé-

decin des symptômes parfois ignorés/déniés/minorés est un point fondamental du début de prise en charge de l'individu et de la prise de conscience par ce dernier de sa situation ;

- une présentation très rapide de l'épuisement professionnel peut être utile pour désamorcer une phase d'anxiété : une simple information sur quelques signes cliniques, le lien avec le travail au travers de facteurs de risques identifiés, et l'évolution à court et moyen termes suffisent ;

- une présentation succincte des modalités de la double prise en charge : celle du réseau de soins en ville (médecin traitant, psychologue...) et celle de la médecine du travail (plusieurs visites de suivi, visite de pré-reprise, de reprise...). C'est un moment privilégié pour construire une alliance solide et une confiance réciproque, et asseoir la légitimité du médecin du travail dans la participation à la prise en charge de l'épuisement professionnel.

PROGRAMME DE SUIVI SUR UN AN

De nombreux salariés, de retour après un épuisement professionnel, se sont montrés demandeurs d'un suivi individualisé et fréquent dans les mois qui suivent un épuisement.

Dans ce contexte, il est proposé un suivi sur un an, avec 5 visites en plus de la première. Ces visites sont d'espacement progressif et peuvent s'organiser sous la forme de visite occasionnelle à la demande du médecin du travail, à 1-2-3-6 et 12 mois après la première consultation. Évidemment, ce suivi rapproché peut être adapté aux circonstances individuelles et être réduit en cas de faible atteinte. La co-construction avec le travailleur-patient est indispensable, mais

une certaine fermeté dans la mise en place de ce planning peut être nécessaire, notamment pour les individus minorant leur atteinte.

Ces visites sont l'occasion de faire un point précis sur :

- l'évolution du tableau clinique, les modalités de la prise en charge en ville (médecin traitant/psychiatre/psychologue) et les traitements. C'est également le moment de repérer une complication addictive (alcool, drogues, mésusage médicamenteux) ou psychiatrique (dépression caractérisée notamment) ;
- le contexte environnemental personnel. Un réseau de soutien et une implication dans la vie personnelle sont des points importants de ressource pour l'individu ;
- le suivi des caractéristiques du travail, la détermination ou le suivi d'actions sur le milieu de travail, sur l'environnement collectif ;
- l'évolution du lien et du comportement individuel au travail : rapport au travail, balance vie personnelle/vie professionnelle, rapport avec les collègues, estime de soi...

À ces évaluations cliniques, peut s'ajouter la passation d'échelles. Ces dernières doivent être les mêmes que lors de la première consultation afin de pouvoir comparer les résultats pour marquer symboliquement l'évolution pour l'individu et ainsi renforcer positivement ses efforts.

Il est important de noter que ces visites se déroulent lorsque le salarié est au travail. En cas d'arrêt de travail, notamment s'il se prolonge au-delà d'un mois, il est indispensable de favoriser les visites de pré-reprise. Ces dernières, dont le contenu sera identique, auront pour objectif d'envisager le retour au travail, dans la préparation individuelle (préparation au retour et au contact avec les collègues et la hiérarchie, réflexion sur le rapport

au travail...), mais aussi l'adaptation des conditions de travail quand cela est nécessaire (aménagement, définition des activités avec le manager, information du salarié en cas de changement dans l'équipe, changement de poste...).

FIN DE SUIVI SYSTÉMATIQUE

Après 6 mois à 1 an de suivi, si l'évolution est favorable, le suivi « systématique » d'un travailleur-patient ayant présenté un épuisement professionnel peut être arrêté.

C'est le moment de faire le bilan de cet épisode, bilan clinique et de la prise en charge, bilan des changements au travail (rapport au travail et caractéristiques du travail). Un retour à un suivi moins fréquent du salarié est alors proposé. Ce retour « à la normale » doit être accompagné de l'information que le salarié peut consulter à sa demande en cas de besoin ; la peur de la « rechute » étant fréquente.

LE RÉSEAU DE SOINS

Cette fiche s'inscrit dans l'objectif de la création d'un réseau de soins autour du travailleur-patient, à l'image de ce qui est déjà fait pour la gestion des maladies chroniques entre les spécialistes, le médecin traitant et l'ensemble des intervenants médico-sociaux. Comme le recommande l'HAS [9], la prise en charge de l'épuisement professionnel devrait pouvoir bénéficier d'un tel réseau de soins entre le médecin du travail et les autres intervenants : médecin traitant, psychiatre, psychologue, assistante sociale...

La Consultation de pathologie professionnelle peut servir de support diagnostique, mais aussi d'assistance à l'orientation et à l'organisation

d'une prise en charge en réseau.

Dans les faits, ce réseau de soins existe dans certains cas mais est dépendant d'initiatives locales de collaboration entre certains praticiens.

La fiche de conseil d'orientation et de prise en charge appelle donc ainsi à plusieurs reprises à la collaboration avec les différents interlocuteurs, rappelle le rôle de pivot du médecin traitant, mais aussi affirme le rôle de co-pilote du médecin du travail dans l'orientation de travailleur-patient en souffrance psychique.

CONCLUSION

Les prises en charge de l'épuisement professionnel sont variables et manquent d'un cadre global et d'un guide officiel basé sur des preuves. À l'échelle du médecin du travail, la participation active à la prise en charge de ces travailleurs-patients en souffrance améliorerait grandement la qualité globale de la gestion des épuisements professionnels, alliant la prise en charge par la médecine de soin en ville et celle en santé au travail dans le cadre professionnel faisant le lien avec les conditions de travail. Le service de santé au travail, par l'implication du médecin du travail et de l'équipe pluridisciplinaire, a donc un rôle majeur à jouer. Cette fiche de conseil d'orientation et de prise en charge propose ainsi une assistance, un cadre, dans le suivi individuel des travailleurs-patients en cas d'épuisement professionnel. De plus, par l'abord individuel de la problématique, de nombreuses informations sur les conditions de travail au sein d'une équipe pourront être recueillies. Ainsi, à partir de la prise en charge initiale d'une

Épuisement professionnel : fiche conseil d'orientation et de prise en charge pour le médecin du travail

situation individuelle, il peut être identifié un problème plus global, nécessitant des actions de prévention collective afin de prévenir d'autre cas d'atteinte de la santé mentale.

BIBLIOGRAPHIE

- 1 | DURET C - Épuisement professionnel : état des lieux et étude descriptive des prises en charge et des conséquences médico-psychosociales. Thèse pour le diplôme d'État de docteur en médecine. Paris : université de Versailles-Saint-Quentin-en-Yvelines, UFR des sciences de la santé Simone Veil ; 2018 : 110 p.
- 2 | HARVEY SB, MODINI M, JOYCE S, MILLIGAN-SAVILLE JS ET AL. - Can work make you mentally ill? A systematic meta-review of work-related risk factors for common mental health problems. *Occup Environ Med.* 2017 ; 74 (4) : 301-10.
- 3 | Santé travail : enjeux et actions. Les affections psychiques liées au travail : éclairage sur la prise en charge actuelle par l'Assurance Maladie - Risques professionnels. Paris : CNAMTS ; 2018 : 20 p.
- 4 | SCHAUFELI W, ENZMANN D - The burnout companion to study and practice: a critical analysis. Series in Occupational Health. London : Taylor and Francis ; 1998 : 220 p.
- 5 | LANGEVIN V, BOINI S, FRANÇOIS M, RIOU A - *Maslach Burnout Inventory* (MBI). Risques psychosociaux : outils d'évaluation FRPS 26. *Réf Santé Trav.* 2012 ; 131 : 157- 59.
- 6 | GLASS DC, McKNIGHT JD - Perceived control, depressive symptomatology, and professional burnout: A review of the evidence. *Psychol Health.* 1996 ; 11 (1) : 23-48.
- 7 | IACOVIDES A, FOUNTOLAKIS KN, KAPRINIS S, KAPRINIS G - The relationship between job stress, burnout and clinical depression. *J Affect Disord.* 2003 ; 75 (3) : 209-21.
- 8 | BIANCHI R, SCHONFELD IS, LAURENT E - Burnout-depression overlap: a review. *Clin Psychol Rev.* 2015 ; 36 : 28-41.
- 9 | Repérage et prise en charge cliniques du syndrome d'épuisement professionnel ou burnout. Rapport d'élaboration. HAS, 2017 (www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2769318/fr/reperage-et-prise-en-charge-cliniques-du-syndrome-d-epuisement-professionnel-ou-burnout).
- 10 | GOLLAC M, BODIER M - Mesurer les facteurs psychosociaux de risque au travail pour les maîtriser. Rapport du Collège d'expertise sur le suivi des risques psychosociaux au travail, faisant suite à la demande du ministre du Travail, de l'Emploi et de la Santé. Ministère chargé du Travail, 2011 (https://travail-emploi.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_SRPST_definitif_rectifie_11_05_10.pdf).
- 11 | LANGEVIN V, FRANÇOIS M, BOINI S, RIOU A - *Hospital Anxiety and Depression Scale* (HADS). Risques psychosociaux : outils d'évaluation FRPS 13. *Doc Méd Trav.* 2011 ; 127 : 481-85.
- 12 | LANGEVIN V, BOINI S, FRANÇOIS M, RIOU A - *Perceived Stress Scale* (PSS) - Échelle de stress perçu. Risques psychosociaux : outils d'évaluation FRPS 4. *Réf Santé Trav.* 2015 ; 143 : 101-04.
- 13 | LANGEVIN V, BOINI S, FRANÇOIS M, RIOU A - *Copenhagen Burnout Inventory* (CBI) (Inventaire de burnout de Copenhague). Risques psychosociaux : outils d'évaluation FRPS 38. *Réf Santé Trav.* 2014 ; 138 : 123-26.
- 14 | Que faire et à qui s'adresser face à une crise suicidaire ? Ministère chargé de la Santé, 2017 (<https://solidarites-sante.gouv.fr/prevention-en-sante/sante-mentale-et-psychiatrie/article/que-faire-et-a-qui-s-adresser-face-a-une-crise-suicidaire>).
- 15 | PEROGAMVROS L, CHAUVET I, RUBOVSKY G - Quand référer aux urgences un patient présentant une crise suicidaire ? *Rev Méd Suisse.* 2010 ; 6 (259) : 1555-57.

Annexe 1

FICHE CONSEIL ORIENTATION ET PRISE EN CHARGE DE L'ÉPUISEMENT PROFESSIONNEL

DIAGNOSTIC SYNDROMIQUE ET PRISE EN CHARGE DE L'ÉPUISEMENT PROFESSIONNEL

Lors de la première constatation des troubles

ÉTAPE I : Diagnostic positif

Diagnostic syndromique positif

- État clinique :
 - signes et symptômes
- Histoire de la maladie
- Contexte environnemental professionnel :
 - facteurs de risque de RPS ?
- Contexte individuel :
 - investissement et rapport au travail

Aide à l'évaluation clinique

→ Échelles d'évaluation ¹ :

- HAD et PSS 10
- EVA stress perçu
- CBI (ou MBI)

Diagnostiques différentiels

- Stress chronique et pré-épuisement : signes cliniques insuffisants.
- Dépression caractérisée : signes cliniques spécifiques (ralentissement psychomoteur, incurie, incurabilité...)/ échelle BDI ²
- Troubles anxieux : prédominance des signes anxieux.
- Troubles de la personnalité : personnalités paranoïaque, dépendante...

Analyse, intervention,
surveillance

Prise en charge spécialisée
rapide
Lien avec le médecin traitant

1. HAD : *Hospital Anxiety and Depression*

PSS 10 : *Perceived Stress Scale*, Échelle de stress perçu

EVA : Échelle visuelle analogique stress perçu

CBI (MBI) : *Copenhagen Burnout Inventory (Maslach Burnout Inventory)*

2. BDI : *Beck Depression Inventory*, Inventaire de dépression de Beck

ÉTAPE II : Gravité et prise en charge

Bilan de terrain et de gravité

- Comorbidités-antécédents :
 - idées suicidaires
 - dépression secondaire
 - addictions et conduites dangereuses
- Environnement psychosocial :
 - isolement
 - agressivité, violence
 - impulsivité
 - conflit
 - précarité

Orientation prise en charge à l'extérieur

Évaluation du risque suicidaire
→ Risque/urgence/dangerosité
+/- Prise en charge en urgence

Deux champs indispensables

→ Orientation vers le médecin traitant :

- pivot de la prise en charge ;
- orientation vers une prise en charge psychiatrique rapide ?
- arrêt de travail ?
- traitement ?

→ Prise en charge psychologique :

- orientation TCC (thérapie comportementale et cognitive) initiale

Dr Clément Duret, Unité hospitalo-universitaire de pathologies professionnelles, Garches.

ÉTAPE III : Fin de la première consultation

Expliquer au patient/salarié :

- les constatations cliniques, le diagnostic syndromique évoqué
- le syndrome de l'épuisement professionnel
- les grandes lignes de la prise en charge
- solidifier le lien et la confiance, gagner l'adhésion à la prise en charge

Légitimité
Confiance réciproque
Alliance

Informer sur le duo nécessaire avec le médecin traitant pour la prise en charge double

Programme de suivi sur un an

Suivi systématique

Calendrier sur 1 an

(à partir de la reprise du travail si arrêté)

(intérêt des visites de pré-reprise ++)

Visite occasionnelle à la demande du médecin

- 1 mois
- 2 mois
- 3 mois
- 6 mois
- 12 mois

- État Clinique et traitement
- Contexte environnemental :
 - soutien famille, amis, conjoint/activités personnelles
- Suivi des caractéristiques de travail
- Actions nécessaires sur les conditions de travail ?
 - aménagement/changement//télétravail/ temps partiel ?
- Personnel :
 - rapport au travail, estime de soi, relationnel au travail, soutien des collègues
 - temps partiel thérapeutique
 - bilan de compétence

Échelles identiques à celles de la première visite
→ Comparaison et renforcement

Fin de suivi systématique

- Lors de la dernière visite du protocole (M12) :
 - bilan de la prise en charge
 - bilan de l'évolution clinique
 - bilan de l'évolution des caractéristiques de travail
- Fin de prise en charge protocolaire
- Retour à un rythme adapté au poste de travail, sauf cas particulier
- Importance de l'information d'une consultation si besoin en cas de « rechute »