

UNIVERSITÉ DE NANTES

FACULTÉ DE MÉDECINE

Année 2018

N° 2018.187
2018.188

THÈSE

pour le

DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

(DES DE MÉDECINE GÉNÉRALE)

par

Korotoumou SANOGO
Née le 16/04/1990 à Chartres

et

Coline FUHRMANN
Née le 09/12/1991 à Metz

Présentée et soutenue publiquement le 25 octobre 2018

COLLABORATION ENTRE MÉDECINS GÉNÉRALISTES ET PSYCHIATRES DANS LA PRISE EN CHARGE
DES PATIENTS EN SITUATION DE BURN OUT : PRATIQUES ET ATTENTES DES MÉDECINS
GÉNÉRALISTES ET DES PSYCHIATRES D'UN SECTEUR DE PSYCHIATRIE DE LOIRE-ATLANTIQUE

Président : Monsieur le Professeur Rémy Senand

Directrice de thèse : Madame le Docteur Marie-Hélène Kirsner-Besse

Membres du jury : Madame le Professeur Marie Grall-Bronnec, Monsieur le Docteur Nicolas
Homme, Monsieur le Docteur Denis Vabre

REMERCIEMENTS

Remerciements communs

À notre directrice de thèse, Marie-Hélène, pour son soutien et sa disponibilité en toutes circonstances. Merci pour ton accompagnement, toujours dans la bonne humeur.

Au Professeur Rémy Senand, pour nous avoir fait l'honneur de présider notre jury.

Aux membres du jury, Madame le Professeur Marie Grall-Bronnec, Monsieur le Docteur Nicolas Hommey, Monsieur le Docteur Denis Vabre pour avoir pris le temps de lire notre travail et de participer au jury.

Aux médecins généralistes et psychiatres qui ont participé aux focus groups, pour leur contribution et pour les échanges enrichissants.

De la part de Coline

Aux médecins généralistes et psychiatres que j'ai rencontrés dans mon cursus, pour leurs enseignements qui m'ont permis d'avancer dans ma pratique, et pour m'avoir aidée à trouver ma voie.

À Clémence, pour le temps passé en relecture, tes conseils, ton soutien et ta bienveillance.

À mes parents, pour leur présence, à mes côtés ou à distance, et leur aide tout au long de mes études.

À mes trois meilleurs amis, pour les moments de détente, pour votre compréhension et votre écoute.

À Benjamin, à notre famille qui s'agrandit, pour tous les moments de bonheur passés et à venir.

De la part de Koro

A mes parents, mon papa parti bien trop tôt, merci pour toutes les valeurs que tu m'a transmis, à ma maman toujours encourageante et soutenance.

A ma soeur Aminata, mon frère Bassiriki, ma belle-soeur Gwendoline, mes nièces. Merci d'être là et de croire en moi. A Laetitia, Laurie, Jonathan.

A ma famille au Mali, trop loin mais avec qui les moments partagés sont toujours magiques.

Aux amis des parents, c'est toujours un plaisir de passer un moment avec vous, la famille Coulibaly, la famille Bindel, la famille Kanté.

A mes amis du lycée Quentin, Marion, Laura, Marie, Benjamin, quelle belle équipe!

A mes amis de la fac d'Amiens, Charlotte et Mathieu, on en a passé des épreuves ensembles à la fac, merci pour tous les supers moments. Aline et Quentin, toujours là quand il le faut, à Alix, il nous reste tant de voyages à faire ensemble et Emilie, mon super binôme de P1.

A mes amis Nantais, Leslie (mention spéciale pour la relecture!), Laurie, Morgane, Pierre Antoine, Juliette, Marie, Estelle, Lise, Sonia. Merci pour ce bel internat, pour votre soutien. L'aventure Nantaise ne fait que commencer! ;)

A toute l'équipe de psychiatrie de George Daumazon, à Denis Vabre et Juliette Dupin avec qui j'ai passé un semestre en psychiatrie. Ils m'ont apporté beaucoup pour ma pratique actuelle et future.

A tous les médecins rencontrés lors de mon cursus, qui m'ont donné goût à la médecine.

TABLE

I. INTRODUCTION	5
II. CONTEXTE DE L'ÉTUDE	6
1. LE BURN OUT	6
2. LA COLLABORATION ENTRE MÉDECINS GÉNÉRALISTES ET MÉDECINS PSYCHIATRES	8
III. MATÉRIEL ET MÉTHODES	9
1. SÉLECTION DE LA POPULATION	9
2. DÉROULEMENT DES FOCUS GROUP	10
3. ANALYSE DU CONTENU	11
IV. RÉSULTATS	11
1. POPULATION DE L'ÉTUDE	11
2. LES RÉSULTATS	13
V. ANALYSE	17
1. DÉFINITION DU BURN OUT	17
a. UN SYNDROME	18
b. DES FACTEURS INTRINSÈQUES	22
c. DES FACTEURS EXTRINSÈQUES	24
2. PRISE EN CHARGE DU BURN OUT	27
a. DÉTERMINANTS LIÉS AU PATIENT	28
b. DÉTERMINANTS LIÉS AU MÉDECIN	30
3. COLLABORATION ENTRE MÉDECINS GÉNÉRALISTES ET PSYCHIATRES	35
a. RÔLE DU MÉDECIN GÉNÉRALISTE	36
b. RÔLE DU PSYCHIATRE	40
c. ARTICULATION DE LA PRISE EN CHARGE	44
VI. DISCUSSION	50
VII. CONCLUSION	53
LISTE DES ABRÉVIATIONS	54
RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES	55
ANNEXES	59
ANNEXE 1	59
ANNEXE 2 : QUESTIONNAIRES DE RECUEIL D'INFORMATIONS	60

I. INTRODUCTION

Le burn out, ou épuisement professionnel, est une pathologie complexe, définie comme un « état d'épuisement psychologique (émotionnel), mais aussi cognitif (avec une perte de motivation et des difficultés de concentration) et physique (fatigue), qui se présente sous forme de symptômes traduisant une réaction de détresse à une situation de stress en milieu professionnel » [1]. Selon Santé Publique France, cette pathologie représentait en 2012 7% des troubles psychiques rapportés par les médecins du travail, chiffre probablement sous-estimé [2].

La prise en charge des patients en burn out peut faire appel à de nombreux professionnels et nécessite souvent un travail en réseau : médecin généraliste, médecin du travail, médecin psychiatre ou psychologue. Jusqu'à présent, la littérature ne permettait pas de trouver de consensus sur cette prise en charge conjointe [3]. La Haute Autorité de Santé (HAS) a récemment publié des recommandations, et propose l'intervention du psychiatre à différentes étapes de la prise en charge : le diagnostic, l'adaptation des traitements, la poursuite des arrêts maladies, la psychothérapie [2].

La HAS a par ailleurs réaffirmé le projet d'améliorer la coordination entre les médecins généralistes et les différents acteurs de soins en psychiatrie, celle-ci étant jugée insatisfaisante [4]. En Loire-Atlantique également, la collaboration entre les médecins généralistes et les psychiatres n'est pas considérée suffisamment efficace [5].

Face à cette prise en charge complexe et peu protocolisée, comment collaborent actuellement les médecins généralistes et les psychiatres dans la prise en charge de patients en situation de burn out ?

L'objectif principal de notre étude est de faire un état des lieux des pratiques et attentes des médecins généralistes et des psychiatres dans la prise en charge des patients en épuisement professionnel. Nous allons évaluer comment chaque professionnel se représente le syndrome, et le rôle de chacun dans la prise en charge. Nous allons identifier les difficultés d'articulation et de coordination entre ces professionnels.

II. CONTEXTE DE L'ÉTUDE

II. 1. LE BURN OUT

L'identification du syndrome d'épuisement professionnel apparaît au début des années 70, pour les professions « à charge émotionnelle importante », nécessitant de l'empathie, puis s'étend à d'autres professions dans les années 1990 [6, 7]. Dans le monde du travail, la société actuelle impose un rythme soutenu et des objectifs contraignants, à des fins de rentabilité. Le développement de la technicité se fait parfois au détriment de l'aspect humain. Cela entraîne des situations propices à l'émergence de burn out [8].

Selon les classifications médicales de référence, l'épuisement professionnel n'est pas une entité diagnostique à part entière. Il ne figure pas dans la cinquième et dernière édition du Manuel Diagnostique et Statistique des troubles mentaux (DSM-V) de l'Association américaine de psychiatrie. Il correspond à un « facteur influençant la santé » dans la dixième révision de la Classification statistique Internationale des Maladies et des problèmes de santé connexes (CIM-10) de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) [9]. La définition est cependant consensuelle. Le burn out correspond à un état d'épuisement professionnel (à la fois émotionnel, physique et psychique) ressenti face à des situations de travail « émotionnellement » exigeantes [10]. La différence entre dépression et épuisement professionnel est très souvent discutée. En effet, les troubles dépressifs peuvent également apparaître en réponse à des conditions de travail chroniquement défavorables. De plus, l'épuisement émotionnel et l'asthénie font partie des caractéristiques de la dépression [11].

Christina Maslach, chercheuse en psychologie sociale, a conduit de nombreux travaux lui ayant permis de mettre au point une échelle diagnostique, la Maslach Burn-out Inventory (MBI). Cette échelle a permis de préciser la définition du syndrome d'épuisement professionnel en lui attribuant trois dimensions : l'épuisement, la dépersonnalisation, et la réduction de l'accomplissement professionnel. Cependant, la dimension d'accomplissement professionnel est remise en cause par certains auteurs, considérée plutôt comme une cause que comme un aspect du burn out [1]. L'échelle MBI permet de calculer un score d'épuisement professionnel (SEP) et de savoir pour

chaque catégorie s'il est faible, modéré ou sévère [7]. Il existe d'autres outils d'évaluations qui ne sont pas des outils diagnostiques [1].

Des facteurs de vulnérabilités ont été mis en évidence sur le plan biologique, psychologique et organisationnel.

On retrouve dans le burn out une composante neuro-biologique avec une dysrégulation du système hypothalamo-hypophysaire et une altération de certains facteurs neurotrophes. Dans la phase initiale de l'épuisement professionnel, la sécrétion de cortisol augmente de manière excessive en réponse au stress. Elle s'épuise ensuite et diminue [12-13]. L'épuisement professionnel augmente le risque de pathologie cardiovasculaire : il augmente la probabilité de développer une cardiopathie ischémique dont l'infarctus, un accident vasculaire cérébral, ou une mort subite [14]. Il jouerait également un rôle dans le diabète en augmentant l'hémoglobine glyquée [15].

Si aucun lien n'a été établi entre les facteurs sociodémographiques (genre, âge, milieu social) et la survenue d'un burn out, certains traits de personnalité ont en revanche été mis en évidence, notamment l'instabilité émotionnelle, et le fait d'être consciencieux [10]. L'individu surinvestit alors son travail, ce qui entraînerait un enthousiasme idéaliste de sa profession [16].

Par ailleurs, les patients qui souffrent de burn out évoquent régulièrement « le manque de reconnaissance ». La reconnaissance est importante pour favoriser le plaisir au travail et l'accomplissement de soi dans le travail. Pour être efficace, elle doit correspondre à un jugement utile sur un travail réalisé, non sur des connaissances théoriques, ni sur un savoir-être [17].

Il ne faut cependant pas négliger l'importance de l'environnement au travail [7, 18]. C'est l'inadéquation entre le mode de fonctionnement du travailleur, et les conditions qui lui sont imposées, qui crée de la souffrance au travail [19]. Le Collège d'expertise sur le suivi statistique des risques psycho-sociaux (RPS), a mis en évidence six catégories de facteurs à l'origine de RPS liés au travail, pouvant donc conduire à des syndromes d'épuisement professionnel. Il s'agit de la charge de travail, en temps et intensité, la pression au travail ou exigence émotionnelle, le manque d'autonomie, les mauvaises relations de travail, les conflits de valeurs, ainsi que l'insécurité [20].

La prévention joue donc un rôle fondamental en matière de burn out puisque ce n'est pas simplement sur l'individu qu'il est possible d'agir, mais également sur l'organisation même de l'entreprise et du travail [21].

Selon la conférence internationale annuelle sur les stress et la santé au travail lancée depuis 1990, la prévention passe par la communication. Le recueil des ressentis des employés permettrait d'améliorer considérablement les conditions de travail [22].

La prise en charge du burn out passe par différentes étapes. La première est le repos, c'est-à-dire l'éloignement du travail. Elle peut être concrétisée par l'arrêt de travail, et éventuellement aidée par la relaxation et les aides médicamenteuses. Ensuite vient la reconstruction identitaire du patient, suivie de la réflexion pour faire réapparaître l'envie de travailler. Cette étape est souvent permise par l'accompagnement et les différentes techniques de psychothérapie. Enfin la dernière étape est celle de la possibilité du retour au travail, qui nécessite parfois une adaptation du poste et une réorganisation du travail [23-25]. De nombreuses thérapies corporelles ou cognitivo-comportementales s'avèrent efficaces sur les problématiques de souffrance au travail [26-29], elles ne relèvent peu ou pas du ressort du médecin généraliste.

La prise en charge du burn out est donc pluridisciplinaire. Les recommandations de 2017 de la HAS situent le rôle de chaque professionnel dans cette prise en charge. Le médecin généraliste est l'un des premiers intervenants. Il a avec le médecin du travail, ainsi qu'avec les équipes de santé au travail, un rôle de prévention et de repérage des troubles. Le médecin généraliste a également un rôle de coordination, de suivi et de réalisation de l'arrêt de travail. Le médecin du travail permet l'analyse du poste de travail. Enfin, la HAS propose l'intervention du psychiatre pour « réaliser un diagnostic psychopathologique, une adaptation thérapeutique, poursuivre un arrêt maladie et aider à la reconstruction de l'identité professionnelle » [2].

II. 2. LA COLLABORATION ENTRE MÉDECINS GÉNÉRALISTES ET MÉDECINS PSYCHIATRES

L'OMS définit la pratique en collaboration dans les soins de santé « lorsque de nombreux travailleurs de la santé ayant différentes formations professionnelles offrent des services complets

en travaillant avec les patients, leurs familles, leurs soignants et les collectivités, afin de prodiguer les soins de la plus grande qualité possible dans différents milieux d'intervention ». De plus en plus développé, notamment au Canada, le travail en collaboration est un véritable atout pour la prise en charge des maladies chroniques, telles que les troubles psychologiques [30].

Une bonne collaboration entre médecins généralistes et psychiatres permettrait par exemple d'améliorer la satisfaction du patient vis-à-vis de sa prise en charge [31], ou encore de réduire le délai de prise en charge du patient par un psychiatre [32].

La collaboration médecin généraliste-psychiatre dans la prise en charge des troubles mentaux n'est pas efficace à l'heure actuelle en France. De nombreuses études montrent que la coordination est peu développée, la communication et l'accès aux soins spécialisés limités, les attentes respectives concernant le rôle de chacun peu claires, le réseau des spécialistes en santé mentale mal connu [4, 32, 33]. La Loire-Atlantique n'échappe pas à cette problématique [5, 34].

III. MATÉRIEL ET MÉTHODES

Nous avons réalisé une étude isolée, qualitative, avec la méthode des focus group, sur le secteur G06 du centre hospitalier Georges Daumezon, Établissement Public de Santé Mentale (EPSM) de Bouguenais en Loire-Atlantique.

Le focus group permet de recueillir une variété d'opinions et de vécus sur un sujet ciblé, d'explorer les attentes, les besoins, les satisfactions et les représentations [35].

Nous avons choisi d'interroger des médecins psychiatres et des médecins généralistes afin d'explorer les deux versants de la collaboration, dans des groupes distincts pour ne pas freiner l'expression de chacun.

III. 1. SÉLECTION DE LA POPULATION

Le centre hospitalier Georges Daumezon de Bouguenais regroupe trois pôles adultes correspondant aux trois secteurs du Sud-Loire.

Une des observatrices de l'étude a réalisé un stage au sein de l'un d'entre eux, le G06, lors de son internat. Nous avons donc choisi ce pôle, qui correspond au secteur ouest.

Après accord du chef de pôle, les médecins psychiatres ont été sollicités par contact direct et par mail pour participer au focus group. La date a été fixée en amont en fonction des agendas de chacun, afin que le plus grand nombre de praticiens soit recruté.

Pour ce qui est des médecins généralistes du même secteur, nous les avons contactés par téléphone, en fonction de leur lieu et mode d'exercice dans un premier temps. Après accord de principe sur leur participation, nous leur avons adressé un mail afin de fixer une date de disponibilité commune. Nous avons fait en sorte d'obtenir un échantillon hétérogène de profils en faisant varier l'échantillon sur le sexe, l'âge, le lieu et le mode d'exercice des médecins généralistes.

III. 2. DÉROULEMENT DES FOCUS GROUP

Les médecins ont été informés par mail du sujet de la thèse et de la méthode du focus group : répondre à des questions pré-établies pour obtenir leur opinion sur le sujet. Nous leur avons précisé que le but était de recueillir anonymement une expression spontanée et qu'aucune préparation n'était à prévoir.

Les questions ont été travaillées en amont et testées sur des médecins ne participant pas à l'étude. Une fiche de déroulé du focus group a été établie (Annexe 1).

L'ensemble des focus group s'est déroulé à l'hôpital Georges Daumazon. La directrice de thèse était la modératrice des focus group. Nous étions les deux observatrices.

La modératrice et les observatrices se sont présentées à l'arrivée des participants. Un questionnaire de recueil d'informations a été distribué (Annexe 2). En début de séance, la modératrice a rappelé aux participants le contexte, le but, le déroulement de l'étude, ainsi que l'importance de la participation personnelle de chacun.

Puis les participants ont été informés de l'enregistrement de la séance ainsi que de l'anonymisation des données. Chaque participant a été ensuite invité à se présenter.

La modératrice a posé cinq questions ouvertes. Pour chaque question, elle a procédé à un tour de table, a reformulé, relancé, pour favoriser la participation des médecins.

Les deux observatrices se sont positionnées au milieu des participants autour d'une table, de façon à regarder facilement les expressions et réactions de l'ensemble des participants simultanément.

Deux dispositifs d'enregistrement ont été installés de part et d'autre de la salle. Un numéro a été attribué à chaque participant, permettant aux deux observatrices de prendre des notes et retranscrire l'ordre de la prise de parole.

III. 3. ANALYSE DU CONTENU

Nous avons retranscrit l'intégralité des focus group sur un logiciel de traitement de texte, sans l'aide de logiciel d'analyse.

Nous avons procédé à une double lecture du premier focus group. Nous avons réalisé le découpage, l'analyse, et la catégorisation des verbatims selon un codage qualitatif. Nous avons parcouru les données, attribué des codes sur le principe de comparaison et répétition, de manière évolutive. Ainsi nous avons fait émerger des catégories, que nous avons pu affiner au fur et à mesure [36]. Nous avons regroupé ces catégories en thèmes. Nous nous sommes assurées de la reproductibilité en comparant nos premières analyses. Nous avons analysé les deux derniers focus group selon le même procédé.

IV. RÉSULTATS

IV. 1. POPULATION DE L'ÉTUDE

Cinq des sept médecins psychiatres du pôle ont été interrogés le 29 janvier 2018, de 16h45 à 17h45.

Un premier focus group, de cinq médecins généraliste, a eu lieu le 15 février 2018 de 20 heures à 21 heures.

Un deuxième, de quatre médecins généralistes s'est déroulé le 20 février de 20 heures à 21 heures. Nous avons regroupé les caractéristiques des participants dans trois tableaux.

Tableau 1 : Focus Group n°1 – 29/01/18, 16h45 à 17h45 – Médecins psychiatres

Numéro	Sexe	Âge	Fonction	Formation spécifique
1	H	62	Praticien Hospitalier	Oui, thématique transversale
2	F	31	Assistante	Non
3	F	25	Interne de psychiatrie	Non
4	F	38	Praticien Hospitalier	Non
5	F	60	Praticien Hospitalier	Non

Tableau 2 : Focus Group n°2 – 15/02/2017, 20h à 21h – Médecins généralistes

Numéro	Sexe	Âge	Fonction	Formation spécifique
1	F	33	Installée en cabinet de groupe, milieu urbain	Non
2	H	64	Installé en cabinet de groupe, milieu urbain	Non
3	F	27	Remplaçante en cabinet de groupe, milieu urbain	Non
4	F	45	Installée en cabinet de groupe, milieu urbain	Non
5	H	39	Installé en cabinet de groupe, milieu urbain	Non

Tableau 3 : Focus Group n°3 – 20/02/2018, 20h à 21h – Médecins généralistes

Numéro	Sexe	Âge	Fonction	Formation spécifique
1	H	39	Installé en cabinet de groupe, milieu semi-rural	Non
2	H	65	Installé en cabinet seul, milieu semi-rural	Non
3	H	52	Installé en cabinet de groupe, milieu semi-rural	Non
4	F	49	Installée en cabinet de groupe, milieu rural	Oui, soirée FMC

IV. 2. LES RÉSULTATS

Nous avons regroupé les résultats de l'analyse sous forme de tableau pour en faciliter la lecture. Les deux premières colonnes regroupent les grands thèmes, déclinés en catégories correspondant aux idées qui ont émergé de l'analyse des verbatims. Les idées des groupes de médecins généralistes et du groupe de médecins psychiatres hospitaliers sont distinguées dans les deux dernières colonnes pour permettre leur mise en parallèle.

THÈME	CATÉGORIE	RÉPONSES MÉDECINS GÉNÉRALISTES	RÉPONSES MÉDECINS PSYCHIATRES
DÉFINITION	UN SYNDROME	- l'épuisement professionnel - un syndrome dépressif - un moment de rupture - une incapacité à travailler - une souffrance psychique et physique - un retentissement hors sphère professionnel - une utilisation du terme parfois floue	- l'épuisement professionnel - un syndrome dépressif - un syndrome aigu - une diminution de l'accomplissement professionnel - un retentissement hors sphère professionnelle - un cynisme par rapport au travail - un syndrome « nouveau »
	FACTEURS INTRINSÈQUES	- le surinvestissement - le perfectionnisme	- le surinvestissement - le perfectionnisme - l'absence de facteur socio-démographique - la faculté d'adaptation - la vulnérabilité
	FACTEURS EXTRINSÈQUES	- la surcharge de travail - les relations conflictuelles - le harcèlement	- la surcharge de travail - les relations conflictuelles - le harcèlement - les changements - l'impact de la société - l'effet d'accumulation - la non-reconnaissance

THÈME	CATÉGORIE	RÉPONSES MÉDECINS GÉNÉRALISTES	RÉPONSES MÉDECINS PSYCHIATRES
PRISE EN CHARGE	DÉTERMINANTS LIÉS AU PATIENT	- une acceptation des troubles difficiles - la question du devenir - l'enjeu financier - le regard de l'entourage	- une acceptation des troubles difficiles - la question du devenir - l'enjeu financier
	DÉTERMINANTS LIÉS AU MÉDECIN	- la collaboration avec le médecin du travail - la capacité de discernement - la connaissance du réseau - les repères pour l'accompagnement des patients - la possibilité de proposer une psychothérapie - la gestion des thérapeutiques médicamenteuses - la gestion du risque suicidaire	- la collaboration avec le médecin du travail - la capacité de discernement - la possibilité de proposer un suivi rapproché - le secret professionnel

THÈME	CATÉGORIE	RÉPONSES MÉDECINS GÉNÉRALISTES	RÉPONSES MÉDECINS PSYCHIATRES
COLLABORATION	RÔLE DU MÉDECIN GÉNÉRALISTE	- l'empathie - le suivi et l'accompagnement - la coordination - la vision globale - la délivrance d'arrêts de travail - l'adressage au spécialiste - l'initiation d'un traitement médicamenteux - le rôle de veille - la psychothérapie - le premier recours - le diagnostic	- l'empathie - le suivi et l'accompagnement - la coordination - la vision globale - la délivrance d'arrêts de travail - l'adressage au spécialiste - l'initiation d'un traitement médicamenteux
	RÔLE DU PSYCHIATRE	- les thérapeutiques médicamenteuses - la psychothérapie - la gestion du risque suicidaire - un rôle limité dans le burn out	- les thérapeutiques médicamenteuses - la psychothérapie - un rôle d'expert - le diagnostic psychopathologique - la délivrance d'arrêts de travail prolongés - l'accompagnement, parfois

THÈME	CATÉGORIE	RÉPONSES MÉDECINS GÉNÉRALISTES	RÉPONSES MÉDECINS PSYCHIATRES
COLLABORATION	ARTICULATION	- une collaboration très limitée - une collaboration globalement satisfaisante - le problème du délai - le manque de communication au sujet du patient - le manque d'informations sur le réseau - une collaboration plus facile avec les structures publiques - une exception par rapport aux autres pathologies psychiatriques	- une collaboration très limitée - une collaboration globalement satisfaisante - le problème du délai - le manque de communication au sujet du patient - une exception par rapport aux autres pathologies psychiatriques

V. ANALYSE

V. 1. DÉFINITION DU BURN OUT

Dans un premier temps, nous nous sommes intéressées à ce que représente le burn out pour chaque professionnel. Les médecins généralistes et psychiatres ont défini le burn out comme un syndrome, causé par des facteurs intrinsèques et extrinsèques.

La définition est commune aux médecins des deux spécialités.

V. 1. a. UN SYNDROME

L'épuisement professionnel

Dans un premier temps, le burn out correspond pour chacun à un épuisement professionnel. Cette définition est consensuelle pour les psychiatres.

« Pour moi c'est l'**épuisement professionnel**. »

Et elle est la même pour les médecins généralistes.

« Ben je définis ça comme un **syndrome d'épuisement professionnel**. »

Un syndrome dépressif

La question de la dépression est très vite abordée, notamment par rapport à la présentation du syndrome.

Les médecins généralistes mettent en avant des symptômes similaires à la dépression.

« Euh, ça se présente souvent **comme une dépression** quoi, [...] Et ça se manifeste par des **troubles du sommeil**, on arrive plus à récupérer »

Les psychiatres mettent également en évidence une similitude symptomatique.

« [...] qui peuvent être aussi complètement **déprimés**, avec un discours **très dévalorisant** »

« Et puis avec tout ce qu'il y a comme conséquences aussi **dépressives** derrière, aussi quoi. **Perte d'intérêt** [...] »

Un moment de rupture

Les psychiatres et les médecins généralistes ont tous évoqué la notion d'épisode aigu.

Pour les médecins généralistes, il s'agit d'une véritable rupture avec l'état antérieur, d'un effondrement brutal.

« ... à un moment y a quelque chose en plus qui n'est pas supporté, y a un peu la goutte d'eau qui fait déborder le vase, et vraiment **une rupture nette** quoi. »

« Ceci dit l'autre jour j'ai entendu **l'effondrement**, et j'ai trouvé que c'était assez vrai. »

Les psychiatres décrivent le burn out comme un état du sujet à un instant précis, il dépend du contexte avant tout.

« Parce que burn out ça vient décrire **un vécu à un moment donné** »

Une incapacité à travailler

Le focus group de psychiatres a soulevé l'incapacité pour les patients à poursuivre leur travail par la notion de perte d'efficacité.

« Et puis du coup, du fait de cet épuisement et bien du coup **les performances au travail diminuent**, et du coup effectivement, il y a après un **réel problème d'efficience, d'efficacité** »

Pour les médecins généralistes, les patients vont jusqu'au bout du processus du travail, au point de ne plus pouvoir s'y rendre.

« Et vraiment comme tu dis, c'est le gars qui s'arrête sur la route en allant travailler, **qui s'arrête et qui peut plus** quoi, qui bouge plus... »

« une **incapacité d'aller travailler** »

Une diminution de l'accomplissement professionnel

Les psychiatres ont mis en avant la notion de diminution de l'accomplissement.

« [...] **plus en accord avec ses valeurs** »

« Sinon pour moi, je dirais aussi, enfin, que c'est une **perte de sens**, enfin que les gens perdent le sens de leur travail, ils ne voient plus le sens et qu'est-ce que ça apporte au groupe, ce que ça leur apporte à eux. »

« [...] le sujet du coup ne se repère plus du tout, enfin n'est **plus du tout en phase avec ses valeurs**. »

Un cynisme par rapport au travail

Les psychiatres décrivent une distance progressive qui s'aggrave dans le temps.

« [...] avec des gens qui du coup deviennent par rapport au travail dans une forme de **froideur**, de **distance**, euh, voire de **cynisme** »

Une souffrance psychique et physique

Les médecins généralistes mettent en avant les symptômes physiques qu'entraînent le burn out.

« Avec du coup un retentissement qui peut être psychologique, ou **somatique**. »

« Et je trouve que y a souvent, enfin c'est souvent des gens, où y a un épuisement mais vraiment **des signes physiques**. »

Un retentissement hors de la sphère professionnelle

On retrouve la notion commune de la priorité du travail au détriment de la sphère familiale. Les médecins généralistes abordent le dépassement de la situation qui impacte la famille.

« Le tout cumulé fait que la personne n'arrive, euh, n'arrive plus à gérer, à gérer la situation au travail **et à la maison.** »

Les psychiatres abordent le manque de temps pour les proches à cause du surinvestissement au travail.

« [...] le travail devient la majorité de leur temps, de leur investissement, **au détriment de leur famille**, mais alors du coup comme ça marche plus du coup avec la famille, du coup ils surinvestissent encore plus le travail, et ça crée des déstabilisations, j'ai envie de dire un peu, des trépieds, **des piliers familiaux, amicaux, et professionnels** »

Un syndrome « nouveau »

Le burn out est vu comme un syndrome dont la notion est apparue récemment, les psychiatres le soulignent.

« Burn out, j'allais dire ça, c'est qu'on en parle pas depuis si longtemps que ça. C'est quand même quelque chose qui est relativement, enfin, **récent** entre guillemets. »

Une utilisation du terme parfois floue

Les médecins généralistes et les psychiatres s'accordent à dire que le terme de burn out a tendance à être utilisé de manière inadéquate.

Les médecins généralistes le mettent en parallèle avec le surmenage que l'on peut rencontrer au quotidien.

« Après j'ai l'impression que c'est un terme qu'on utilise de plus en plus pour plein d'autres choses, et que y a des mères de famille qui arrivent en disant « **je suis en burn out de mon quotidien** ». »

« Oui c'est utilisé pour beaucoup d'autres choses... on sait plus très bien, si le fait d'être **un peu surmené débordé**, c'est du burn out, ou si c'est juste du surmenage quoi... »

Les psychiatres le mettent également en avant.

« Que beaucoup de gens maintenant **comme avant ils disaient « je suis déprimé** » et maintenant on dit beaucoup « je suis en burn out ». »

V. 1. b. DES FACTEURS INTRINSÈQUES

Le surinvestissement

Les médecins notent tous un rapport avec le travail particulier, on retrouve la notion de surinvestissement au travail, le travail occupe toutes les sphères.

Les psychiatres abordent l'impossibilité pour les patients de s'arrêter.

« On voit certains patients qu'arrivent pas... je pense toujours à ces commerciaux parce qu'il y en a plusieurs comme ça, où du coup ils travaillent plutôt le soir par rapport à leurs déplacements et cetera, pour aller rencontrer des professionnels, mais la journée ils s'autorisent pas non plus à se dire « tiens je ne travaille pas » donc ils travaillent aussi, ils travaillent le soir, et **c'est toujours plus** quoi. »

Les médecins généralistes le soulignent également.

« J'ai en tête l'image d'un patient qui, qui est en surmenage, qui **investit fortement son travail**. »

Le perfectionnisme

Psychiatres et médecins généralistes ont observé un trait de personnalité commun aux patients en burn out : ils sont consciencieux.

Les psychiatres le décrivent à plusieurs reprises :

« [...] des gens qui, enfin tous ceux que j'ai vu, aimaient beaucoup leur travail, se retrouvaient **en difficulté à pas réussir à en faire ce qu'ils voulaient en fait.** »

« [...] le fait de pas décevoir, un peu un **côté perfectionniste** je trouve souvent chez ces personnes-là, ils veulent que ce soit tout bien, qu'on ait rien à leur dire, qu'il n'y ait pas de reproches, que tout soit parfait. »

Les médecins généralistes le décrivent également.

« Et les gens ils sont souvent surpris parce qu'en plus ils sont **hyper perfectionnistes.** »

L'absence de facteur socio-démographique

Les médecins généralistes n'ont pas décrit de population particulièrement sujette au burn out, et les psychiatres ont mis en avant que toutes les catégories socio-démographiques sont touchées. Il en est de même pour la catégorie professionnelle.

« Moi je dirais que **ça peut toucher tout le monde** »

La faculté d'adaptation

Les psychiatres soulèvent une probable difficulté à s'adapter, une certaine psychorigidité dans le travail.

« [...] peut être une **limitation dans cette capacité à s'adapter** à une situation nouvelle »

« Il y a aussi peut être une **difficulté à... d'évolution personnelle**, enfin de ne plus pouvoir se mettre un petit peu aux nouvelles, enfin suivre l'évolution d'un poste »

Cette notion n'est pas abordée par les médecins généralistes.

La vulnérabilité

Un autre aspect qui n'est abordé que par les psychiatres est la vulnérabilité.

« Plus on va être chez un jeune, plus peut-être on va être sur un **côté vulnérabilité de personnalité**. C'est à dire de jeune qui se croit un petit peu dans cette capacité voilà, qui au début voilà, et qui découvre à un moment donné que ça ne peut plus le faire. »

V. 1. c. DES FACTEURS EXTRINSÈQUES

La surcharge de travail

La surcharge de travail est une des causes citées par les médecins généralistes.

« Alors, c'est un syndrome d'épuisement professionnel, lié à... à différentes... stress, **surcharge de travail**. »

Elle est évoquée également par les psychiatres.

« Les journées, ils s'autorisent pas non plus à se dire « tiens je ne travaille pas » donc **ils travaillent aussi, ils travaillent le soir**, et c'est toujours plus quoi. »

Les relations de travail conflictuelles

Les psychiatres et les médecins généralistes soulèvent également le problème de hiérarchie, de conflit au travail qui contribuent à une mauvaise ambiance de travail.

Un psychiatre décrit une de ces situations.

« Moi des situations que j'ai vues, je rajouterai aussi tout ce qui est un peu **situation de violences, enfin, relationnelles**, au sein de l'institution ou du groupe de travail par exemple. »

Un médecin généraliste s'en remémore une aussi.

« Il dit tout de suite que c'est dû aux conditions de travail, au surmenage physique, effectivement aux conditions, **à l'ambiance de travail**. »

Le harcèlement

Au-delà des relations conflictuelles, le harcèlement a été évoqué par les psychiatres, la différenciation pouvant être difficile avec le burn out.

« C'est deux choses **différentes, mais** souvent il est question quand même de **harcèlement** et cetera, d'épuisement. Parce que dans le cas de l'épuisement professionnel, c'est le sujet lui-même qui se demande beaucoup à lui-même en fait. [...] Dans le cas du harcèlement c'est référé à une causalité aussi externe. »

Les médecins généralistes séparent les deux notions.

« Il y a aussi beaucoup de **harcèlement**, de problèmes liés au supérieur qui sont je pense un peu **différents...** »

Les changements

Les psychiatres soulèvent les notions de changements, en parallèle à la difficulté du patient à s'adapter, ils ont pu noter que le burn out survient parfois suite à de nombreux changements au sein de l'entreprise.

« Ouais les **notions de changement** aussi parfois, qu'on retrouve. Y avait un chef avec qui ça allait, et puis le chef a changé, il a demandé des nouveaux process dans le travail, et faut s'adapter au chef, faut s'adapter au process. »

L'impact de la société

Les psychiatres soulignent que la société a changé, notamment son aspect économique. De ce fait, les employés ont des difficultés à quitter leur travail car en retrouver un nouveau n'est plus aussi simple.

« C'est ça... Un ouvrier dans une usine y a 50 ans, bon bah, **il était pas en burn out. Il se faisait virer parce qu'il était plus efficace ou alors il démissionnait**, enfin voilà, y avait pas cette histoire de droits, et de, enfin... je le sens un peu comme ça. »

« Nan mais **ils vont trouver moins facilement du travail aussi**, que peut-être à une autre époque ils auraient démissionné et ils auraient retrouvé ailleurs.

Le travail en lui-même a évolué dans ce qu'on attend des employés.

« [...] la société actuelle aussi on donne des responsabilités aux employés pour qu'ils fassent... on leur laisse presque carte blanche sur certaines choses avec un salaire qui va être fonction de ce qu'ils vont avoir donné quoi, donc ils s'investissent je trouve beaucoup plus. Ils sont pas forcément à l'horaire, ils sont plutôt aux résultats, et avec **une valorisation du résultat, qui met une certaine pression** »

L'effet d'accumulation

L'effet d'accumulation est cité par les psychiatres.

« Quand c'est des gens plus âgés c'est plus des **effets de cumulation** quand même. »

« Moi de mon côté j'en ai très peu vu hein, je fais assez peu de consultations comme ça, mais euh, de ce que j'en ai repéré, c'était effectivement **beaucoup d'accumulations** »

La non-reconnaissance

L'idée de non-reconnaissance est également soulevée par les psychiatres.

« **Non-reconnaissance** d'ailleurs à un double niveau, non-reconnaissance par rapport à ce qu'il donne, et non-reconnaissance dans le fait qu'il ne peut pas donner davantage. »

V. 2. PRISE EN CHARGE DU BURN OUT

Nous avons pu observer au cours des focus group que les médecins généralistes et psychiatres ont les notions globales des clés de prise en charge du burn out. Nous nous sommes intéressées à la pratique des médecins dans la prise en charge de ces patients, à leur ressenti sur le déroulement de la prise en charge. Nous avons ainsi dégagé des déterminants liés aux patients, et des déterminants liés aux médecins.

Malgré deux spécialités différentes, les médecins de notre étude font face aux mêmes difficultés, aux mêmes questionnements, et ont tous souligné le rôle incontournable du médecin du travail.

V.2. a. DÉTERMINANTS LIÉS AU PATIENT

Une acceptation des troubles difficile

La première problématique à laquelle sont confrontés les médecins, généralistes comme psychiatres, est que les patients acceptent difficilement le diagnostic. Selon les psychiatres, ce déni pousse les patients à aggraver leur situation.

« [...] ceux qui sont un peu dans l'épuisement, mais qui **en rajoutent une couche...** où tout s'effondre et qui **veulent rien voir.** »

L'adhésion aux soins s'avère alors difficile, comme en parlent ces médecins généralistes.

« Voilà c'est ça, l'arrêt **c'est de la négociation.** « Je vais mettre une semaine, et puis on se revoit... » et puis voilà. C'est, c'est, ce qui est fatigant aussi, c'est que c'est souvent de la négociation quand même. »

« Mais **la problématique initiale, c'est de lui faire comprendre** qu'il est en épuisement, qu'il dort pas, donc va falloir essayer de le faire dormir, de se poser, prendre les choses, comprendre ce qui se passe. Et ça moi je trouve que c'est la plus grande problématique. »

La question du devenir

Une fois le diagnostic accepté, le patient en arrêt, apparaît alors le problème du devenir. Les patients ont du mal à se projeter dans l'avenir. Une reprise du travail passe le plus souvent par une adaptation de poste nécessaire et un cheminement du patient pour envisager cette adaptation. Les médecins généralistes ont évoqué à plusieurs reprises cet obstacle dans l'avancement de la prise en charge.

« Donc soit essayer de faire le point avec son entreprise, soit parce que le poste lui va pas, soit le poste est inadapté, soit il faut qu'il change de métier, et ça c'est souvent **un temps**, plus ou moins long en fonction du patient et qui est **plus difficile je trouve, à faire accepter.** »

Quand la solution semble être l'inaptitude, les professionnels sont confrontés une fois de plus à la difficulté des patients d'accepter cette décision, comme en parle ce psychiatre.

« [...] on va répondre par **une proposition d'inaptitude, qui est très mal vécue** en fait, chez les patients que j'ai vus, parce que ils sont pas inaptes, ils peuvent travailler c'est pas le problème de ce travail, c'est le problème de cet employeur [...] »

L'enjeu financier

Le facteur financier complique cette question du devenir. Cet aspect dans la prise en charge des patients a été évoqué par les médecins généralistes.

« Puisqu'ils ont **pas d'argent** s'ils démissionnent. Ils restent en arrêt. »

Les psychiatres ont été confrontés à cet obstacle également :

« **Les enjeux financiers** surtout, parce que c'est ça le premier, enfin, c'est des gens qui arrivent avec **de gros problèmes de sous** ceux que j'ai vu et qui sont en train de continuer sur un arrêt longue durée, perdent de plus en plus de droits, et quand on leur dit inaptitude, ils se voient tout de suite incapables de travailler à vie, et c'est cette étiquette-là qu'ils ont en tête alors qu'au contraire ça leur donnerait des droits, euh, pour d'autres postes. Tout ça c'est hyper compliqué »

L'aspect financier peut également être un frein à la prise en charge psychothérapeutique. Les consultations avec des psychologues libéraux ne sont pas remboursées, privant certains patients d'une aide psychothérapeutique, comme en témoigne ce médecin généraliste :

« Paradoxalement, **ça a un coût**. Et ça aussi c'est un frein et une problématique. »

Le regard de l'entourage

Un médecin généraliste a cité la peur du jugement des autres comme un obstacle à la prise en charge des patients en burn out.

« [...] avec l'idée que ça va déranger les collègues et que ça va reporter la charge de travail sur quelqu'un d'autre. Y a **la façon dont ils peuvent être perçus par l'entourage**, « qu'est-ce que je vais dire à mes proches », « je suis pas comme ça », « j'ai jamais eu d'arrêt de travail de ma vie ». »

V.2.b. DÉTERMINANTS LIÉS AU MÉDECIN

La collaboration avec le médecin du travail essentielle

Médecins généralistes comme psychiatres ont tous évoqué l'importance de l'implication du médecin du travail dans l'accompagnement des patients en burn out.

Les médecins du travail ont une connaissance de l'entreprise et de son fonctionnement, jugée comme nécessaire par ce psychiatre pour l'aider dans sa prise en charge.

« [...] **on a besoin du médecin du travail** [...], c'est quand même un partenaire qui va affiner notre vision des choses, et qui aura une partie, une vision que nous on ne peut pas avoir. Il connaît les entreprises, et cetera. »

Ce sont également les médecins du travail qui vont orienter le patient vers les différentes solutions possibles pour leur avenir, et qui prononcent l'inaptitude si nécessaire. Ils ont une connaissance de la législation du travail qui peut manquer aux psychiatres, comme aux médecins généralistes :

« Ah bah lui **il est incontournable** ! Y a l'inaptitude donc c'est lui qui... il vient vers nous aussi. »

« Et c'est vrai que c'est compliqué dans les situations où, y a finalement des modalités différentes de reprises à temps partiel ou de choses comme ça quand c'est possible. Et là **on a besoin de quelqu'un qui a une connaissance** justement... »

Selon les médecins généralistes, ils apportent aussi une aide aux patients dans l'appréhension de leur situation, en leur apportant un point de vue sur leur lieu de travail, et même parfois en leur proposant des consultations avec un psychologue du travail dans certaines entreprises.

« Et même souvent **je les fais rencontrer assez vite la médecine du travail, parce que ça me soulage sur certaines problématiques**, parce que souvent c'est pas le seul qui est dans cette situation-là, parce que souvent quand y a du burn out c'est l'entreprise qui pose problème et pas forcément le... Et du coup y a tout de suite une déculpabilisation de sa situation, une acceptation plus rapide, et du coup une prise en charge qui nous permet d'être plus efficace. »

« Qui eux aussi ont leur psychologue du travail parfois, et **ils les orientent aussi à un psychologue**, et en plus c'est pris en charge. »

D'autant que si quelques médecins généralistes ont émis des réserves sur l'accessibilité des médecins du travail et la lenteur des prises en charge, la plupart des médecins de notre étude sont très satisfaits de la collaboration avec le médecin du travail, avec qui ils communiquent facilement.

La capacité de discernement

De nombreux facteurs et symptômes sont intriqués dans le burn out, et médecins psychiatres comme généralistes ont parfois des difficultés à faire émerger les réelles problématiques, afin d'aider au mieux leurs patients.

Pour les psychiatres, c'est principalement l'environnement de travail dont il est difficile d'avoir une représentation précise.

« Moi je crois que ce qui est difficile c'est d'essayer d'**avoir une vision pertinente de l'environnement professionnel**. Parce c'est vu par le prisme de l'épuisement, donc c'est difficile de se représenter. »

Pour les médecins généralistes, il s'agit plus de faire la part des choses entre burn out et autre symptomatologie dépressive.

« Quand on cause, on discute, on retrouve, « oui en ce moment au travail c'est un peu dur » ou... avec la maison, donc **on sait pas trop faire le tri.** »

La connaissance du réseau

Pour les médecins généralistes, la connaissance du réseau joue un rôle important dans la manière dont ils prennent en charge les patients présentant un burn out.

« Et après de... à qui adresser ? Est-ce que c'est le psychologue, et quel psychologue ? Le psychiatre, et quel psychiatre ? [...] Je suis pas installée depuis très longtemps **j'ai pas un réseau bien construit, du coup ça limite un peu...** »

« **On sait pas** si ça existe effectivement, **est-ce qu'il y a plutôt des professionnels étiquetés souffrance au travail**, niveau psychologues est-ce qu'il y en a qui sont peut-être plus... »

« Alors le problème principal moi, c'est de **savoir à qui orienter.** »

Plusieurs médecins généralistes ont des correspondants avec qui ils ont l'habitude de travailler, principalement des psychologues. Une seule médecin généraliste adresse ses patients à un psychiatre libéral. Tous ignoraient la présence de nombreux psychiatres libéraux, notamment nouvellement installés.

« C'est ça comment... **si on est pas au courant en fait on peut pas leur envoyer des patients.** »

Les repères pour l'accompagnement des patients

Les médecins généralistes, en plus du manque de repères dans le réseau, déplorent le manque de repère dans l'accompagnement de leur patient.

Il n'y a pas de protocole de prise en charge du burn out, et savoir adapter les propositions thérapeutiques s'avère parfois compliqué.

« Est-ce que **j'adresse ou pas** ? Est-ce que je le suis moi-même ? **Quelle durée** d'arrêt de travail, **quand** est-ce qu'ils sont prêts ? »

Ce médecin généraliste rapporte des conseils qui lui ont été donnés de la caisse primaire d'assurance maladie, et explique l'inadéquation entre les recommandations et la faisabilité en pratique.

« Au bout d'un mois... **Donc le premier arrêt c'est une semaine, vous le revoyez au bout d'une semaine, puis ensuite vous renouvelez éventuellement, mais au bout d'un mois le patient doit savoir ce qu'il doit faire.** Soit il démissionne, parce que du coup à mêmes conditions, mêmes effets. C'est à dire que si il reprend son boulot dans les mêmes conditions, il retrouvera voilà, son... sa même activité, et donc son même état d'esprit... Soit il demande une rupture conventionnelle, voilà. »

La possibilité de proposer une psychothérapie

Proposer une psychothérapie aux patients en burn out est une partie majeure de leur prise en charge. Les psychiatres, hospitaliers, ont la possibilité de proposer des consultations avec la psychothérapeute du service.

Les médecins généralistes, comme vu précédemment, adressent le plus souvent à des psychologues du travail, psychologues libéraux ou par le biais du médecin du travail. Cela nécessite de connaître le réseau, et la barrière est souvent financière. Deux des praticiens interrogés ont bénéficié de formation d'hypnose et thérapie brève. Ces outils d'approche psychothérapeutique se révèlent de véritables atouts dans leur manière d'aborder le burn out.

« Alors en fait, alors moi j'ai une **formation d'hypnose** là, que je suis en train de terminer. Et du coup en fait je, je m'amuse non, enfin **je prends du plaisir en fait à les aider**, et hum, et c'est surtout... **du coup j'adresse pas tellement** en fait. »

La possibilité de proposer un suivi rapproché

Les médecins généralistes et psychiatres reçoivent en consultation de manière très rapprochée les patients en situation de burn out, tous les quinze jours, voire toutes les semaines en début de suivi.

Comme le dit ce psychiatre, rapprocher le suivi en tout cas au début est nécessaire pour le patient, mais il souligne également la difficulté de proposer un tel suivi d'un point de vue disponibilité.

« Il se trouve que la difficulté, c'est que je pense que ces personnes-là comme toujours, si on veut que ça marche, quelle que soit l'approche euh, qu'on utilise dans le soutien psychothérapique, il faut que ça mette en mouvement le psychisme quoi. Alors la difficulté à laquelle on est confronté nous, c'est que c'est des consultations euh, **c'est compliqué d'en faire sur un rythme soutenu**, au moins au début je pense c'est important. »

La gestion des thérapeutiques médicamenteuses

Le recours à un antidépresseur n'est pas systématique mais est parfois utile. Certains médecins généralistes sont alors confrontés à la difficulté de l'instauration d'un traitement chez des patients, difficulté de faire accepter la prise d'un traitement, mais aussi difficulté de savoir quel traitement prescrire.

« Je trouve que c'est parfois difficile quand on est au stade où l'antidépresseur semble nécessaire, **de faire accepter la prise.** »

« Et puis la difficulté c'est d'essayer de **trouver le bon médicament**, enfin la bonne combinaison pour essayer qu'ils dorment, enfin qu'ils récupèrent un peu sur le plan physique. »

La gestion du risque suicidaire

Les médecins généralistes de notre étude n'ont pour la plupart pas été confronté à un risque suicidaire chez leurs patients en burn out.

Ce médecin généraliste a cité la gestion du risque comme une difficulté dans la prise en charge :

« Et puis aussi une **problématique du suicide** hein, certains commencent à élaborer, une, enfin des, commencent à parler, en disant « voilà je regarde sur internet... »

Le secret professionnel

Dans la problématique du burn out sont impliqués de nombreux intervenants : le patient, l'entreprise, le médecin du travail. Cette jeune médecin psychiatre a expérimenté la difficulté du respect du secret médical quand elle a dû rédiger un courrier demandé par la médecine du travail pour confirmer le diagnostic posé.

« [...] en plus il y a l'histoire de **secret toujours professionnel pour eux, et nous le secret médical, c'est toujours des engrenages un peu complexes**. [...] C'est dur aussi de pas... On a tendance à se dire « bah oui effectivement il est très déprimé par son travail », et à faire ce lien-là, alors que c'est pas à nous de le faire. »

V. 3. COLLABORATION ENTRE MÉDECINS GÉNÉRALISTES ET PSYCHIATRES

Après s'être penchées sur la pratique des médecins concernant la prise en charge des patients, nous avons voulu explorer plus précisément la manière dont ils travaillent ensemble. Nous avons donc cherché à connaître leur vision de la place de chacun dans la prise en charge, leur ressenti sur la collaboration, et leurs attentes vis à vis de cette collaboration. Les médecins interrogés ont globalement les mêmes représentations de ce que doit être le rôle du médecin généraliste, et le rôle du médecin psychiatre. Ils s'accordent également à dire que la collaboration dans cette pathologie, ne pose pas de problème majeur, et notamment parce qu'elle n'est pas souvent nécessaire. Pour tous, l'expérience de collaboration dans la prise en charge des patients en burn out est une exception au vécu global de la collaboration médecin généraliste - psychiatre.

V.3.a. RÔLE DU MÉDECIN GÉNÉRALISTE

L'empathie

Faire preuve d'empathie est considéré comme un rôle fondamental du généraliste, premier cité par les psychiatres.

« [...] et puis ce côté, bah très médical aussi, de **ce qu'on peut apporter à l'autre dans une empathie**, et je pense que là, bah ça joue pleinement. »

Les médecins généralistes le décrivent également.

« Oui c'est le rôle du médecin généraliste l'écoute, l'accompagnement, **l'empathie...** »

Le suivi et l'accompagnement

Les psychiatres estiment que le lien ne doit pas être rompu avec le médecin généraliste même si il y a un suivi autre.

« Bah que **le lien soit maintenu** avec le généraliste. »

« Ils **se dégagent pas du suivi**. »

La coordination

Les médecins généralistes ont un rôle de coordination entre les différents intervenants, parfois difficile à établir pour eux dans le cadre du burn out.

« Un **rôle de liaison** justement avec les différents intervenants. Donc on gère au départ, mais comme on a dit avant, qui est pas toujours évident, parce que le contact avec le médecin du travail est pas toujours évident et avec le psychiatre n'est pas là du tout. Donc **ce rôle de lien qu'on peut**

avoir dans d'autres pathologies, pour celle-ci en particulier on en a pas, et c'est quand même un petit peu délétère pour le patient. »

La vision globale

Les médecins généralistes ont une connaissance du patient et une vision globale.

« [...] **le médecin généraliste souvent il connaît**, enfin c'est un patient d'avant, donc y a, c'est quand même un point de repère... »

« Et j'essaye de voir aussi **le retour des proches**, pour voir comment eux ils le perçoivent aussi, parce que bon quelques fois le patient dans le cabinet il a un discours, mais bon, y a d'autres réalités. »

« [...] souvent **on connaît nos patients quand même**, donc on, on a une relation avec eux qui nous permet quand même de mettre à plat pas mal de choses. »

Les psychiatres abordent également cette notion.

« Puis souvent quand même médecin généraliste c'est le médecin de famille donc **y a aussi une connaissance du patient qui est importante**. »

La délivrance des arrêts de travail

L'arrêt de travail, qui fait partie de la prise en charge, est le plus souvent délivré par le médecin généraliste.

« [...] et puis après **l'arrêt de travail**. »

« **L'arrêt de travail** ! [...] Ah oui pour moi c'est le traitement. »

Les psychiatres affirment que l'arrêt de travail est principalement géré par le médecin généraliste.

« Mais par contre c'est vrai que **les arrêts de travail**, j'essaie de faire en sorte que ce soit le médecin généraliste. »

L'adressage au spécialiste

Les médecins généralistes interpellent les psychiatres dans certaines situations.

« C'est pour ça que **je propose systématiquement** au patient si il veut consulter le psychiatre. »

« Puis après on adresse à quelqu'un on se fait aider **si vraiment on trouve que la situation est tendue, si ça devient un peu dangereux ou critique.** »

Les psychiatres disent ne pas recevoir de patients qui consultent directement, ils sont le plus souvent adressés.

« C'est toujours **adressé.** »

« Ils prennent contact avec le CMP **sur avis...** »

« Ils sont **déjà suivis par le médecin généraliste avant** de venir nous voir. »

L'initiation d'un traitement médicamenteux

Les médecins généralistes introduisent parfois un traitement médicamenteux.

« On utilise en fonction de ce qu'on pense être de la dépression, de l'anxiété, **les médicaments.** »

Les psychiatres confirment qu'un traitement médicamenteux est quelquefois déjà commencé quand ils reçoivent les patients en consultation.

« Dans ce cas-là le généraliste **avait déjà commencé un anti-dépresseur.** »

Le rôle de veille

Les médecins généralistes estiment qu'ils ont pour rôle de repérer certains signes de mal être et de veiller sur le patient.

« [...] je pense qu'on a un **rôle de prévention** aussi. Repérer un peu les trucs, de souffrance au travail avant d'être en burn out, de mettre en garde. »

« Et puis je trouve qu'on a aussi un **rôle de veille pour après**, je trouve que c'est des patients qui... Enfin les deux-trois que j'ai en tête là... Ceux qui sont retournés au travail ils ont repris mais on sent bien à chaque fois qu'ils viennent pour un autre motif on pose la question du travail, et en fait on sent bien que c'est... que ça couve quoi. »

La psychothérapie

Les médecins généralistes se sentent pour certains capables de réaliser une partie de la psychothérapie.

« On peut faire un peu de **psychothérapie** aussi, si on sait faire... »

Le premier recours

Les médecins généralistes sont le premier recours pour le patient.

« Bah le rôle c'est **le soin de premier recours**. [...] Essayer d'évaluer le patient, voir si on peut le prendre en charge soi-même, voir si il y a des critères de gravité. [...] faut évaluer l'état physique du patient »

Il permet de faire un bilan d'entrée pour éliminer une autre pathologie.

« Enfin j'élimine, oui enfin souvent, comme y a des signes de somatisation, souvent je fais quand même **un bilan minimal, pour éliminer quand même une autre pathologie**, je voudrais pas passer à côté d'autre chose. »

Il évalue le risque suicidaire et donc le stade de gravité.

« [...] j'évalue un peu le **risque suicidaire**. »

« Après oui **le risque suicidaire**, ce qu'on évalue, c'est comment c'est élaboré, le risque de passage à l'acte, les moyens envisagés, ça oui après, mais bon, on leur demande. »

Le diagnostic

Les médecins généralistes établissent le diagnostic et l'affirment, avec une échelle d'évaluation.

« Bien sûr **évaluer**, moi j'**utilise une échelle** euh... Han j'ai plus le nom en tête... ça permet de situer, euh, les différents niveaux d'atteintes... dépréciation de soi... Et euh, et du coup, ça permet aussi de cibler la détresse du patient et dans quel domaine il est, euh, en détresse. »

« **MBI** exactement. Et moi je l'utilise pas mal, parce que **je trouve que vraiment ça permet de trouver un peu la différence entre le burn out, le syndrome dépressif, surtout quand y a plusieurs choses qui se mélangent**. Et euh, et du coup je trouve que ça permet vraiment de voir si ça vient du personnel, ou du professionnel, ou d'une intrication entre les deux. Et du coup ça nous permet aussi de leur faire prendre conscience, et d'axer nos axes de travail en fonction de ce qu'a mis en évidence le... le questionnaire. »

V. 3. b. RÔLE DU PSYCHIATRE

Un rôle d'expert

Les psychiatres interviennent selon eux pour une expertise, pour affirmer le diagnostic et parfois l'affiner.

« Enfin je voyais **dans un second temps pour avis**, peut-être plutôt pour appuyer, pour conforter l'avis des médecins qui étaient intervenus avant, et, ce qu'avait l'air de demander le médecin du travail que j'avais eu au téléphone c'était un avis comme quoi j'avais vu et je constatais, voilà, un burn out ou syndrome dépressif semblant en lien avec le travail... un papier pour, en cas de demande d'inaptitude, appuyer le dossier du médecin de travail. »

« Oui c'est ça, **on est souvent interrogés sur « qu'est-ce que vous pensez de ? » « est-ce qu'il pourrait, est-ce que »** hein ? Il nous demande sur l'aptitude en fait, qui est son, en fait sa spécialité, on le voit bien, quand y a une composante, plus il y a une composante psychologique, plus c'est compliqué. »

Le diagnostic psychopathologique

Ils peuvent aussi mettre en évidence des troubles psychiatriques sous-jacents :

« Après, parfois **ça vient aussi démasquer, entre deux personnalités**, où là je pense qu'effectivement **on prend un peu plus notre place**. »

Les thérapeutiques médicamenteuses

Les psychiatres qui suivent les patients en burn out reprennent la main sur la thérapeutique médicamenteuse.

« Prendre **les traitements à gérer de mon côté**. »

« Non **les thérapeutiques non. C'est moi** qui renouvelle. »

Les médecins généralistes confirment que s'ils adressent au psychiatre, c'est également pour repenser la thérapeutique médicamenteuse et la gérer.

« [...] ce sera plutôt **un avis thérapeutique au départ** hein, le psychiatre si on juge que c'est pas psychologue et qu'il faut un psychiatre, c'est qu'on a un problème de thérapeutique déjà en premier lieu. »

« Oui alors moi aussi si je dois adresser au psychiatre c'est plus **pour adapter un traitement**. »

La psychothérapie

Les psychiatres prennent en charge une partie de la psychothérapie.

« Ben je pense que ce qu'on attend de nous c'est déjà ils sont déprimés, bah qu'on soigne la dépression en tant que telle, puis je pense que y a tout **un processus psychothérapique**, alors après qui est, euh, d'élargir la grille de lecture, de retrouver une capacité de dissociation par rapport à ce qu'on vit, et de peut-être après pouvoir se tourner vers d'autres projets. Voilà la séquence elle est là, je crois à peu près, les schémas cognitifs de mon point de vue marchent très bien dans ces contextes-là. »

Les médecins généralistes attendent également du psychiatre ce rôle de psychothérapie.

« Ce que peut apporter le psychologue ou le psychiatre après c'est **comment aborder le travail, comment ne pas se laisser submerger par le travail. Comment savoir dire non à des sollicitations** qui peuvent... Dans un autre poste ça peut redevenir pareil, si ils ne savent pas dire non, si ils ne savent pas stopper en rentrant chez eux. Le psychologue ou le psychiatre c'est peut être ça... »

« Plutôt, en fait j'en attends plutôt **un travail thérapeutique de thérapie**, comme peut le faire un psychologue. »

La délivrance d'arrêts de travail prolongés

Les psychiatres peuvent également réaliser l'arrêt de travail en particulier si celui-ci est long d'emblée.

« **L'arrêt de travail** c'est ce qui signifie le plus les choses si c'est nous qui le faisons. »
« Direct, je les préviens que ça va être long, et j'hésite pas à mettre **deux mois d'arrêt**. »

La gestion du risque suicidaire

Selon les médecins généralistes, le risque suicidaire est la principale situation dans laquelle le recours au psychiatre est nécessaire.

« Pour moi, c'est le **risque suicidaire**. »
« Et du coup c'est vrai que le recours au psychiatre, euh, c'est toujours dans les limites de l'urgence ou euh... entre autre le **risque suicidaire**, hein, clairement. »

L'accompagnement, parfois

Les psychiatres font partie de l'accompagnement du patient comme ils l'affirment.

« [...] notre rôle je le vois plus comme un **rôle d'accompagnement**, à côté de ça, chez des gens qui ont pas forcément l'envie ni le besoin de faire une psychothérapie au long cours parce que c'est peut-être quelque chose en lien avec un problème aigu au travail. »

Un rôle limité dans le burn out

Les médecins généralistes ressentent peu le besoin d'interpeller le psychiatre sauf en situation aiguë.

« Oui je pense que le psychiatre **on l'utilise surtout en aigu** nous hein. On a besoin surtout en aigu, dans les modes de décompensation, pour les prendre en charge les mettre éventuellement, en isolement. »

« J'étais en train de me poser la question je me disais « est-ce que réellement j'y pense en fait ? » parce que j'ai tendance à me dire : finalement le problème c'est leur travail, **est-ce qu'ils nécessitent d'être vu par un psychiatre ces gens-là ?** »

« **Dans un burn out je crois pas qu'il y ait forcément besoin** d'un traitement très... D'un avis très fin sur le traitement, j'ai l'impression qu'on peut le gérer si y'a besoin d'un traitement. »

V. 3. c. ARTICULATION DE LA PRISE EN CHARGE

Une collaboration très limitée

Pour les médecins généralistes, le recours au psychiatre n'est qu'exceptionnellement nécessaire dans le cadre d'un burn out.

« Et le psychiatre en fait **j'ai jamais appelé le psychiatre** pour un burn out. Jamais. »

« La collaboration [...] C'est **inexistant**. »

De fait, les psychiatres de notre étude, psychiatres hospitaliers, voient peu de patients en burn out, et n'ont pour la plupart pas d'expérience de collaboration avec les médecins généralistes dans cette pathologie.

« **J'en ai pas eu** envoyé par le médecin généraliste. »

« Moi je les voyais vraiment dans un second temps en fait. Moi toute cette phase-là, de mise en arrêt initial et tout, je l'ai pas du tout fait. [...] Ils commençaient à repartir on va dire ! Ils étaient pas trop là-dedans, c'est pour ça je pense que **j'avais pas trop de lien avec les médecins généralistes** non plus. »

« Je me souviens pas, je sais pas, j'ai pas le souvenir donc **je sais pas si j'ai eu besoin de l'interpeller ou pas** mais... »

Une collaboration globalement satisfaisante dans le burn out

Les psychiatres soulignent que les rares expériences de collaboration avec les médecins généralistes dans le cadre du burn out, n'ont pas posé de problèmes majeurs.

« Mais du coup **pas de souci particulier** avec le médecin traitant, au contraire. »

« J'ai l'impression que la capacité, et c'est ce qu'on dit depuis tout à l'heure, de mobilisation autour de ces pathologies-là, est assez grande finalement. Et que justement, **le lien médecin généraliste, médecin du travail, psychiatre, ça fonctionne pas si mal.** »

Le problème du délai

Les médecins généralistes expliquent cette absence de collaboration par un manque de disponibilité des psychiatres, et donc des délais de consultation trop importants pour les impliquer dans la prise en charge, hormis lors des urgences. Les délais d'accès aux psychiatres sur le secteur de notre étude sont de trois à quatre mois d'après les médecins généralistes.

« Bah je pense que, enfin je veux pas impliquer les autres mais... je pense que si on implique si peu le psychiatre, c'est parce qu'on a un **problème de délai.** »

« Enfin **c'est difficile de trouver un psychiatre dans des délais...** »

« Mais c'est une réalité. Donc **du coup on apprend à travailler sans eux,** hein. »

A contrario, un psychiatre émet la possibilité, sans conviction, qu'il y ait parfois un retard à l'adressage des patients en situation de burn out.

« Peut-être que des fois **ils attendent un peu pour nous adresser les gens.** Ils pensent qu'ils vont pouvoir gérer les choses... et peut-être qu'ils attendent un petit peu dans le délai, pour nous adresser les patients, enfin c'est une question que je me pose. »

Le manque de communication sur le patient

Médecins généralistes comme psychiatres estiment que la communication sur les patients est souvent insuffisante. Pour les psychiatres, les courriers des médecins généralistes, en particulier dans le cadre du burn out, manquent d'informations importantes pour leur prise en charge.

« La petite chose moi ce serait plutôt, je crois que justement on a tendance, quand ils sont envoyés vers nous pour burn out, **les médecins qui les envoient se focalisent beaucoup sur ça, et en oublient tout le reste de la personne**, (approbation générale) des antécédents, et des choses, et... ça enfin... ça arrive de se rendre compte qu'en fait la personne a aussi, un problème je sais pas je dis n'importe quoi, un problème avec l'alcool à côté, des choses qui ont été en fait évincées, du courrier parce que y a un tel espèce d'effet d'alerte et d'urgence de la situation du burn out devant cet espèce de mythe du suicide en lien avec l'épuisement au travail, enfin c'est pas un mythe mais... »

De leur côté, les médecins généralistes ne reçoivent pas suffisamment, voire pas du tout, de retour de la part des psychiatres. Les propositions de biais de communications sont multiples, courrier, téléphone, mails pour certains.

« Ensuite **y a un problème d'échange**. C'est à dire que nous quand on fait notre courrier pour adresser au psychiatre, on n'a aucun retour. Jamais. »

« Par contre **ils nous appellent pas assez...** à l'hôpital. »

« Moi je pense qu'à l'air d'internet **on pourrait fonctionner un peu plus avec les mails**, enfin moi j'aime bien consulter les mails à la fin de la journée je le sens plus... Parce que être dérangée en téléphone quand on est en consult des fois c'est galère quoi. »

Ils estiment que ce manque d'informations nuit au suivi de leurs patients et leur est délétère.

« Parce que quand on appelle, quand la famille appelle le psychiatre parce que le patient décompense, on lui dit : « voyez ça avec le médecin traitant ». **Et nous on est au courant de rien, on arrive on sait pas ce que prend le patient, et il faut qu'on gère la situation quoi**. Et là on est un peu furax. Alors bon, quand on est appelé par la famille en disant « on a eu la psychiatre qui nous

a dit qu'il fallait appeler le médecin traitant ». Et là en effet quand on a pas de courrier, qu'on a pas... qu'on sait pas ce que prend le patient comme traitement c'est... Alors que nous on prend le temps de faire le courrier en effet. Et y a pas de retour. »

« Si on avait un peu plus de retours, je pense que **ça nous aiderait et ça aiderait le patient aussi.** »

Beaucoup évoquent le souhait de recevoir de la part des psychiatres des comptes rendus synthétiques de leurs consultations, de la même manière qu'ils reçoivent des comptes rendus d'hospitalisation.

« Et en plus moi je demande pas à chaque consultation. Je demande juste **une synthèse quand y a quelque chose qui se passe.** Et au moins si il se passe rien, **une petite synthèse dans l'année.** Une fois par an. »

Le manque d'informations sur le réseau de psychiatrie

Les médecins généralistes souhaiteraient davantage de communication sur le réseau de psychiatrie.

« Alors moi je pensais que je connaissais pas le secteur parce que j'étais installée depuis pas longtemps. Mais en fait, je constate qu'en fait finalement... Donc ça veut bien dire qu'il y a **aucune communication.** »

Ils trouvent les initiatives à ce sujet bénéfiques, notamment de la part de certaines structures comme le Centre d'Accueil Psychologique Intersectoriel Adultes (CAPSI). Le CAPSI est un Centre Médico-Psychologique (CMP) appartenant au pôle intersectoriel du centre hospitalier Georges Daumezon. Il a pour vocation l'accueil de patients en situations de crise ne relevant pas d'une prise en charge aux Urgences Médico-Psychologiques (UMP). L'accès au CAPSI se fait sans rendez-vous, sans limitation de secteur pour le Sud-Loire.

Les médecins généralistes regrettent cependant, concernant par exemple l'annuaire délivré par l'Union Régionale des Médecins Libéraux (URML) des Pays de la Loire, que le travail ne soit pas actualisé ni poursuivi.

« L'URML avait déjà fait un travail. En plus ils mettaient les thérapies vers lesquelles ils s'orientaient et cetera, bah **je trouve que c'était bien moi.** »

« Des fiches pratiques, enfin y a pas longtemps le CAPSI a envoyé un, une espèce de fiche. **Bah c'était tout bête mais y avait les noms des gens, qui fait quoi...** »

La poursuite de ce genre d'initiative, la mise au point d'annuaires, voire d'un site internet dédié avec les coordonnées et les orientations des professionnelles, est encouragée par les médecins généralistes.

Une collaboration plus facile avec les structures publiques

Les contacts et la collaboration avec les structures publiques sont selon les médecins généralistes beaucoup plus accessibles. En Loire-Atlantique et sur le secteur G06, l'accès aux psychiatres se fait plutôt facilement, à quelques exceptions près, par les CMP, le CAPSI, et l'hôpital.

« Et puis alors, moi **je travaille qu'avec les psychiatres du public** parce que le privé de toute façon, on peut pas les avoir au téléphone. [...] Moi j'appelle la secrétaire et euh... que ce soit ici à Daumezon ou euh... au CMP, et euh... au CAPSI même. Parce que j'adresse aussi au CAPSI. Moi je laisse un message, la secrétaire je lui donne le numéro de téléphone et les secrétaires le laissent le message parce qu'ils sont pas toujours disponibles. Et ils me rappellent. »

« Et **c'est pour ça qu'on envoie au CAPSI. Ils sont pris plus rapidement.** Et quand y a un risque suicidaire le psychiatre dans trois mois ça fait un peu loin. »

Les structures publiques créent globalement plus de liens avec les médecins généralistes que les professionnels du privé. Les médecins généralistes considèrent que les contacts réguliers avec les structures, les réunions conjointes pour discuter des problématiques, sont très bénéfiques à la mise en lien et la collaboration entre les professionnels.

« Oui, et **il nous appelle très facilement**. C'est un des rares à appeler. [...]

- Nous aussi, **on est en lien facile avec le CMP**. »

« Et nous **on avait fait une réunion au CMP**, euh... [...] Et justement j'avais fait remonter ça, parce que c'était une vraie problématique. Et ils avaient fait un effort à un moment. »

Le burn out, une exception dans la collaboration ?

Les médecins généralistes n'ont pas soulevé de problématique majeure dans la collaboration avec les psychiatres, dans le cadre du burn out. Les focus group ont en revanche été l'occasion pour eux de s'exprimer sur la collaboration avec les psychiatres en général, qui est loin d'être jugée satisfaisante.

« Pareil. **Nan mais au point, alors hors burn out, mais au point que des fois je me dis, je sais pas pourquoi le patient a tel traitement**. Est-ce que c'est une dépression ? Est-ce qu'il est bipolaire ? Des fois avec ses traitements on se dit « bah ça doit être ça » mais je, enfin... si on doit renouveler un 100% on sait pas. Si les urgences nous appellent : « pourquoi il est suivi ? » on ne sait pas. »

Les psychiatres ont également souligné que la collaboration très satisfaisante avec les médecins généralistes qu'ils peuvent avoir dans le cadre du burn out, n'est pas forcément la même dans d'autres pathologies.

« **On a rarement des courriers quand même**. Mais pour le burn out, c'est vrai qu'on a des courriers : Monsieur Machin, qui présente un burn out. C'est vrai que quand ils nous l'adressent, quand tu dis ils font l'arrêt de travail.. Mais, ou dans le harcèlement, mais dans ces pathologies-là, c'est sur-représenté je pense. »

« Parce que **dans d'autres, je pense qu'ils les voient plus forcément**. Des dépressions, des trucs comme ça, on sera peut-être les seules à les voir quoi. »

VI. DISCUSSION

Médecins généralistes et psychiatres ont une vision commune du syndrome de burn out, de la manière dont le prendre en charge, des difficultés qu'ils rencontrent face à cette pathologie, du rôle de chacun des professionnels et de l'état actuel de la collaboration.

Cependant, ils collaborent peu à propos de cette prise en charge. Contrairement à ce qu'on aurait pu attendre, la prise en charge de l'épuisement professionnel ne met pas en difficulté les professionnels interrogés dans cette étude. Les médecins généralistes ont pleinement leur place, dépistent, accompagnent et orientent le patient. Ils ont très peu recours au psychiatre car ils n'en ressentent pas le besoin en dehors des situations aiguës. Lorsque le psychiatre prend en charge le patient, il estime que le patient doit continuer le suivi conjointement avec le médecin généraliste ; ce dernier a un rôle pivot dans la prise en charge et permet une liaison entre les différents professionnels.

Les difficultés rencontrées relèvent davantage du burn out en lui-même : délimiter le cadre de la souffrance liée au travail, accompagner les patients dans un retour au travail souvent difficile, orienter le patient sur des aspects légaux qui dépassent le champ de compétence médicale, et coordonner un suivi complexe avec de multiples intervenants pas toujours bien connus.

Le burn out est une pathologie qui n'a pas encore toute sa place dans les classifications, et dont les recommandations sont très récentes. L'originalité de notre étude réside dans le fait d'avoir mis la focale sur l'articulation entre les psychiatres et les médecins généralistes dans cette pathologie.

Les psychiatres et les médecins généralistes ont pu s'exprimer directement grâce à l'interaction et la dynamique des focus groups qui permettent un échange spontané.

Nous avons obtenu une saturation des données, nous permettant d'affirmer la vision de chaque spécialité des médecins de notre étude.

Nous avons réalisé l'ensemble de notre étude à deux, ce qui nous a permis d'avoir un double recueil des données et une double lecture de l'analyse.

Nous avons interrogé uniquement les psychiatres travaillant en hôpital public, entraînant un biais de sélection. Nous avons réalisé l'étude dans un seul secteur de psychiatrie.

Les médecins généralistes interrogés étaient forcément intéressés par la thématique de cette prise en charge, ce qui peut constituer un autre biais de sélection.

Nous n'avons pas discuté du médecin du travail, volontairement car nous nous sommes focalisées sur une seule relation. Cependant, le médecin du travail a une place décisive dans la prise en charge des patients en épuisement professionnel. Il permet de faire le lien entre l'environnement au travail et les autres professionnels. De plus, il peut décider d'une inaptitude, d'une adaptation du poste [37].

Nous avons pu constater que les deux spécialités ont une bonne connaissance de la pathologie. En effet, les définitions données sont en accord avec les références bibliographiques, les professionnels utilisent également les outils donnés comme l'échelle MBI pour le diagnostic. Dans une étude sur la validité du questionnaire, il a été prouvé que cette échelle mettait bien en évidence les facteurs d'épuisement, mais aussi la dépersonnalisation et l'accomplissement personnel [38]. Le modèle anglais du « stepped care » définit trois niveaux de sévérité et indique, pour chacune des réponses, une prise en charge adaptée. Cela permet de clarifier l'orientation du patient et de rendre les adressages au psychiatre plus pertinents [1].

Les médecins généralistes et les psychiatres que nous avons interrogé ont une vision commune de la prise en charge des patients en épuisement professionnel, et leur pratique est globalement en accord avec les dernières recommandations de la HAS [2]. Une étude concernant uniquement des psychiatres libéraux [39] montre que ceux-ci se retrouvent face aux mêmes difficultés dans la prise en charge du burn out que celles retrouvées dans notre étude, comme « faire la part des choses », orienter le patient vers les différents intervenants, ou accompagner les patients sur le long terme et la reprise du travail. Ils signalent également un retard à l'adressage par les médecins généralistes. Leur place dans la prise en charge et la collaboration avec le médecin généraliste est cependant peu évoquée.

Il ressort de ces focus-groups que la collaboration est limitée, mais que chacun se sent dans son rôle et le recours au psychiatre n'apparaît pas essentiel pour le médecin généraliste. Ceci est particulier à la prise en charge du burn out, car d'autres études basées sur la communication pour la prise en charge d'autres pathologies psychiatriques ne donnent pas les mêmes résultats [40, 41].

En effet même si ce n'était pas l'objectif principal de notre étude, celle-ci a mis en lumière des difficultés globales dans la collaboration et la communication généralistes - psychiatres.

Lors de nos focus group nous avons eu l'occasion de fournir des informations sur le réseau de psychiatrie (CAPSI, plaquettes du centre hospitalier Georges Daumezon) aux médecins généralistes. Les médecins généralistes ont pu également discuter de leur réseau propre et échanger leur expérience. Certains découvraient pour la première fois le lieu de secteur de psychiatrie dont ils dépendent. Le ressenti, les points encouragés, et les suggestions d'amélioration de la collaboration évoqués par les médecins généralistes ont pu être transmis aux équipes de psychiatrie. Les médecins généralistes ont pu à travers ce que nous leur avons rapporté, appréhender la manière dont travaillent les psychiatres.

Une meilleure compréhension des pratiques et attentes de chacune des parties est un premier pas vers une amélioration de la collaboration. Comme dans d'autres travaux de thèse et études portant sur le sujet de la collaboration entre généralistes et psychiatres [40, 42, 43], la principale piste d'amélioration semble être de se rencontrer et de promouvoir la communication. Si cela est fortement évoqué par les professionnels, il n'y a malheureusement en pratique pas de proposition concrète ayant fait suite.

Dans cet esprit, une charte de partenariat a été élaborée en 2014. Elle est signée par le Président de la Conférence Nationale des Présidents de Commissions Médicales d'Établissements (CME) de Centres Hospitaliers Spécialisés et par le Président du Collège de Médecine Générale. Elle énonce des principes pour faciliter la collaboration entre médecins généralistes et psychiatres. Le psychiatre du secteur doit s'assurer que chaque patient a identifié un médecin traitant. Le médecin généraliste doit veiller aux comorbidités psychiatriques et somatiques. Le secteur psychiatrique doit assurer une disponibilité téléphonique entre médecins généralistes et psychiatres. Le médecin généraliste doit être informé de l'entrée et de la sortie d'un patient en hospitalisation. Il s'occupe de la coordination des intervenants à domicile. La formation des internes de psychiatrie et des internes de médecine générale doit apporter une connaissance mutuelle des pratiques de chaque spécialité [44]. Cependant, les difficultés de collaboration semblent persister. Les outils pour parvenir à une collaboration efficace doivent être identifiés.

Cette collaboration inter-professionnelle est au centre des préoccupations de nombreux professionnels territoriaux de santé.

Un groupe de travail s'est réuni en Loire-Atlantique en juillet 2018. Le groupe est composé notamment de médecins généralistes et professionnels en santé mentale.

Leur souhait est de renforcer le lien entre la psychiatrie et le médecin traitant. Aucun médecin psychiatre n'y a malheureusement participé pour le moment.

De nombreuses pistes sont abordées pour développer la communication médecin généraliste - psychiatre : élaborer un courrier type de liaison, envoyer un courrier semestriel d'information au médecin généraliste, établir un contact systématique par mail ou courrier de suivi lors d'évènements particuliers ou de modifications de traitement. L'ensemble de ces points a été énoncé comme primordial par les médecins généralistes de notre étude.

Il est également question du suivi. L'objectif est de replacer le médecin traitant au cœur du suivi des patients. Le groupe suggère de formaliser le lien entre centre médico-psychologique et médecin traitant. Les propositions émises sont : s'assurer qu'il y ait au moins une consultation par an auprès du médecin généraliste, mettre à disposition un dossier somatique du patient, développer les projets de télémédecine (téléexpertise et téléconsultation) entre les deux spécialités, s'appuyer sur les aidants pour faciliter le lien entre les deux spécialités [45].

Le groupe de travail va poursuivre l'élaboration de ce projet de santé mentale, afin de faire progresser le lien entre médecins généralistes et psychiatres sur le territoire.

VII. CONCLUSION

Les médecins généralistes ont toute leur place dans le dépistage, le suivi, et l'accompagnement des patients en épuisement professionnel comme nous avons pu le voir lors de ces focus group. La collaboration est rarement nécessaire mais les médecins généralistes peuvent solliciter les psychiatres dans certaines situations. Nous avons pu déterminer quelle est la vision de chacun sur le burn out et les déterminants de sa prise en charge en pratique. Il y a un décalage entre le peu de recommandations faites et la prise en charge des médecins généralistes, qui ont créé leurs propres outils.

Les pratiques et ressentis des médecins généralistes et psychiatres vis-à-vis du burn out sont globalement similaires, et l'idée qu'ils se font de leurs rôles respectifs et de l'état actuel de la collaboration est la même. Nous constatons que chacun trouve sa place dans cette prise en charge, ce qui n'est pas le cas de toutes les pathologies psychiatriques.

LISTE DES ABRÉVIATIONS

HAS : Haute Autorité de Santé

DSM-V : Cinquième édition du Manuel Diagnostique et Statistique des troubles mentaux

CIM-10 : Dixième révision de la Classification statistique Internationale des Maladies et des problèmes de santé connexes

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

MBI : Maslach Burnout Inventory

RPS : Risques Psycho-Sociaux

EPSM : Établissement Public en Santé Mentale

CAPSI : Centre d'Accueil Psychologique Intersectoriel Adultes

CMP : Centre Médico-Psychologique

UMP : Urgences Médico-Psychologiques

URML : Union Régionale des Médecins Libéraux

CME : Commission médicale d'établissement

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Olié JP, Légeron P (Rapporteurs). Le burn-out. Académie nationale de médecine ; 2016. Rapport 16-01.
2. Haute Autorité de Santé. Repérage et prise en charge cliniques du syndrome d'épuisement professionnel ou burn out. 2017.
3. Pardessus C. Prise en charge en médecine générale des troubles psychiques liés au travail – revue de la littérature. [Thèse d'exercice]. Angers ; 2016.
4. Haute autorité de Santé. Améliorer la coordination entre le médecin généraliste et les différents acteurs de soins dans la prise en charge des troubles mentaux. Note de cadrage. Avril 2015.
5. Parleani C, Tine E. Pratiques et attentes relatives aux courriers échangés entre médecins généralistes et psychiatres : enquête déclarative concernant les patients suivis en ambulatoire en Loire-Atlantique. [Thèse d'exercice]. Nantes ; 2016.
6. Wilkinson H, Whittington R, Perry L, Eames C. Examining the relationship between burnout and empathy in healthcare professionals: A systematic review. *Burn Res.* 2017 Sep;6:18-29.
7. Pezet-Langevin V. Burn out : mieux connaître l'épuisement professionnel. *Hygiène et sécurité au travail.* 2014;(237):6–9.
8. Chabot P. Troisième partie. Malaise dans la postmodernité. In : Chabot P. *Global burn-out.* Paris : PUF ; 2013,111-144.
9. Institut national de la santé et de la recherche médicale. Stress au travail et santé – Situation chez les indépendants. Paris : La documentation française ; 2011.
10. DGT, ANACT, INRS. Guide d'aide à la prévention. Le syndrome d'épuisement professionnel ou burnout. Mieux comprendre pour mieux agir. 2015.
11. Delbrouck M. Burn-out et médecine. Le syndrome d'épuisement professionnel. *Cahiers de psychologie clinique.* 2007 Mars 1;no 28(1):121-32.
12. Penz M, Stalder T, Miller R, Ludwig VM, Kanthak MK, Kirschbaum C. Hair cortisol as a biological marker for burnout symptomatology. *Psychoneuroendocrinology.* 2018 Jan 1;87:218-21.
13. Chow Y, Masiak J, Mikołajewska E, Mikołajewski D, Wójcik GM, Wallace B, et al. Limbic brain structures and burnout - A systematic review. *Advances in Medical Sciences.* 2018 Mar 1;63(1):192-8.

14. Smith Bailey D. Burnout harms workers' physical health through many pathways. *Monitor on psychology*. 2006 Jun;37(6):11.
15. Metlaine A, Sauvet F, Gomez-Merino D, Boucher T, Elbaz M, Delafosse JY, et al. Sleep and biological parameters in professional burnout: A psychophysiological characterization. *PLoS ONE*. 2018;13(1). [En ligne]. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0190607>. Consulté le 20 août 2018.
16. Schonfeld IS, Bianchi R, Palazzi S. What is the difference between depression and burnout ? An ongoing debate. *Rivista di Psichiatria*. 2018 Jul 1;53(4):218-9.
17. Molinier P. Souffrance, défenses, reconnaissance. Le point de vue du travail. *Nouvelle revue de psychosociologie*. 2010 Nov 30;10(2):99-110.
18. Hochstrasser B, Bruhlmann T, Cattapan K. Le traitement du burnout, partie 1 : principes fondamentaux. 2016;16(25):538–41.
19. Guiho-Bailly MP, Guillet D. Psychopathologie et psychodynamique du travail. EMC, Toxicologie – Pathologie professionnelle. 2005;2(3):98-110.
20. 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. 2011.
21. World Health Organization. Guidelines for the primary prevention of mental, neurological, and psychosocial disorders. *Staff Burnout*. 1995.
22. Clay RA. The changing workplace. *Monitor on psychology*. 2015 Sep;46(8):36.
23. Horschstrasser B, Bruhlmann T, Cattapan K. Le traitement du burnout, partie 2 : recommandations pratiques. 2016;16(26-27):561–6.
24. Van der Klink JJ, Blonk RW, Schene AH, Van Dijk FJ. The benefits of interventions for work-related stress. *Am J Public Health*. 2001;91(2):270–6.
25. Van der Hek H, Plomp HN. Occupational stress management programmes : a practical overview of published effect studies. *Occup Med (Lond)*. 1997;47:133–41.
26. Moeini B, Hazavehei SMM, Hosseini Z, Aghamolaei T, Moghimbeigi A. The Impact of Cognitive-Behavioral Stress Management Training Program on Job Stress in Hospital Nurses : Applying PRECEDE Model. *J Res Health Sci*. 2011 Nov 4;11(2):114–20.
27. Tsai SL, Crockett MS. Effects of relaxation training, combining imagery, and meditation on the stress level of Chinese nurses working in modern hospitals in Taiwan. *Issues Ment Health Nurs* 1993;14(1);51–66.

28. Manocha R, Black D, Sarris J, Stough C. A Randomized, Controlled Trial of Meditation for Work Stress, Anxiety and Depressed Mood in Full-Time Workers. *Evid Based Complement Alternat Med*. 2011.
29. Flaxman PE, Bond FW. A randomised worksite comparison of acceptance 29 and commitment therapy and stress inoculation training. *Behaviour Research and Therapy*. 2010; 48(8):816–20.
30. OMS. Travailler ensemble pour la santé. Rapport sur la santé dans le monde. 2006
31. Craven MA, Bland R. Shared mental health care: a bibliography and overview. *Can J Psychiatry Rev Can Psychiatr*. 2002 avr;47(2 Suppl 1):iS-viiiS, 1S-103S.
32. Reboul G. De la relation entre médecins généralistes et psychiatres : Enquête auprès des médecins généralistes du dixième arrondissement de Marseille. [Thèse d'exercice]. Marseille ; 2008.
33. Younes N, Gasquet I, Gaudebout P, Chaillet MP, Kovess V, Falissard B, et al. General Practitioners' opinions on their practice in mental health and their collaboration with mental health professionals. *BMC Fam Pract*. 2005;6(1):18.
34. Viaud AC, Velly D. Organisation des soins en santé mentale : insatisfaction des médecins généralistes. A propos d'une enquête auprès des maîtres de stage de la région des Pays de la Loire en collaboration avec l'ARS. [Thèse d'exercice]. Angers ; 2016.
35. Moreau A et. al. S'approprier la méthode du focus group. *La revue du praticien de médecine générale*. 2004;18(645):382-4.
36. Duchesne S, Haegel F. L'entretien collectif. Paris : A. Colin ; 2008.
37. Care of the Occupational Physician and the General Practitioner. *J Occup Rehabil*. 2006 Mai;16(1):38-49.
38. Valente M do S da S, Wang Y-P, Menezes PR. Structural validity of the Maslach Burnout Inventory and influence of depressive symptoms in banking workplace: unfastening the occupational conundrum. *Psychiatry Research*. 2018 Jun 4;267:168-174.
39. URPS Médecins libéraux Ile-de-France. Souffrance psychique au travail : rôle des psychiatres libéraux. Enquête qualitative auprès de 46 psychiatres libéraux d'Ile-de-France. 2016 Nov.
40. Ribaud S. Collaboration entre les médecins généralistes et les psychiatres dans la prise en charge de la dépression. Opinions de médecins généralistes au travers d'une enquête qualitative. [Thèse d'exercice]. Nantes ; 2011.

41. Pelletier A. Échanges de courriers entre les psychiatres et les médecins généralistes en Vendée : évaluation des attentes et de pratiques dans le cadre des patients ambulatoires. [Thèse d'exercice]. Nantes ; 2016.
42. Rouault C. Collaboration entre médecins généralistes et psychiatres publiques dans une commune de l'Isère (France) en 2015 : constats et phénomènes entrant en jeu dans le développement de la collaboration sur le terrain. Médecine humaine et pathologie. 2016.
43. Mercier A, Kerhuel N, Stalnikiewitz B, Aulanier S, Boulnois C, Becret F, Czernichow P. Enquête sur la prise en charge des patients dépressifs en soins primaires : les médecins généralistes ont des difficultés et des solutions. L'Encéphale. 2010 Juin ; 36(2):73-82.
44. Collège de Médecine Générale, Conférence nationale des Présidents de CME des Centres Hospitaliers Spécialisés. Charte de partenariat médecine générale et psychiatrie de secteur. 2014 Mars 20.
45. Groupe de travail « Accès aux soins somatiques ». Accompagnement à l'élaboration d'un diagnostic et d'un projet territorial de santé mentale 44. 2018 Juil 4.

ANNEXES

ANNEXE 1 : FICHE DÉROULÉ FOCUS GROUP

Fiche Focus Group

Points à rappeler avant de démarrer

Contexte étude : Thèse pour les diplômés de Docteur en Médecine Générale de Korotoumou SANOGO et Coline FUHRMANN, Dirigée par le Dr Marie-Hélène BESSE

But étude : Pratiques et attentes en matière de collaboration MG-psychiatres pour la prise en charge du burn out

Déroulement de l'étude : Qualitative par la méthode de focus group avec médecins du G06, un groupe psychiatre, plusieurs groupes médecins généralistes

Rappel rôles : modérateur animateur / observateurs

Enregistrement et anonymisation

Importance participation personnelle de chacun : but est de recueillir un éventail d'idées divergentes et non l'obtention d'un consensus

Questions

1/ Pour vous qu'est-ce que le burn out ?

2/ Quelles difficultés avez-vous personnellement rencontré dans la prise en charge du burn out ?

3/ Lors de vos expériences de prise en charge de patient en burn out, comment s'est passé la collaboration avec les médecins généralistes / avec les psychiatres ?

4/ Selon vous, quel est votre rôle dans la prise en charge de ces patients?

5/ Dans la prise en charge de ces patients, qu'attendez vous du médecin généraliste / psychiatre ?

6/ Pensez-vous qu'il y ait des points à améliorer pour une collaboration entre médecins généralistes et psychiatres plus efficace pour ces patients en burn out ?

ANNEXE 2 : QUESTIONNAIRES DE RECUEIL D'INFORMATIONS

Distribué aux psychiatres :

Collaboration entre médecins généralistes et psychiatres dans la prise en charge des patients en situation de burn out : pratiques et attentes des médecins généralistes et des psychiatres d'un secteur de psychiatrie de Loire-Atlantique.

QUESTIONNAIRE PSYCHIATRES

Merci de prendre quelques instants pour remplir ce questionnaire. Ce questionnaire est anonyme.

SOCIODÉMOGRAPHIE

1. Vous êtes :

- ☐ un homme
- ☐ une femme

2. Quel âge avez-vous ?

.....

MODE D'EXERCICE

3. Vous êtes :

- ☐ Praticien Hospitalier
- ☐ Assistant
- ☐ Interne

4. Vous exercez :

- ☐ en milieu hospitalier uniquement
- ☐ en milieu hospitalier et libéral

FORMATION

5. Avez-vous reçu une formation sur la souffrance au travail ?

☐ Oui

Sous quelle forme ?

☐ Non

Distribué aux médecins généralistes :

Collaboration entre médecins généralistes et psychiatres dans la prise en charge des patients en situation de burn out : pratiques et attentes des médecins généralistes et des psychiatres d'un secteur de psychiatrie de Loire-Atlantique.

QUESTIONNAIRES MÉDECINS GÉNÉRALISTES

Merci de prendre quelques instants pour remplir ce questionnaire. Ce questionnaire est anonyme.

SOCIODÉMOGRAPHIE

1. Vous êtes :

☐ un homme

☐ une femme

2. Quel âge avez-vous ?

.....

MODE D'EXERCICE

3. Vous exercez en milieu :

- ☐ rural
- ☐ semi-rural
- ☐ urbain

4. Vous exercez en :

- ☐ cabinet seul
- ☐ cabinet de groupe
- ☐ maison de santé pluri-professionnelle

FORMATION

5. Avez-vous reçu une formation sur la souffrance au travail ?

- ☐ Oui
Sous quelle forme ?
- ☐ Non

Vu, le Président du Jury,
Professeur Rémy Senand

Vu, la Directrice de Thèse,
Madame le Docteur Marie-Hélène Kirsner-Besse

A handwritten signature in black ink, consisting of stylized, overlapping loops and a long horizontal stroke at the end, representing the name Marie-Hélène Kirsner-Besse.

Vu, le Doyen de la Faculté,

Collaboration entre médecins généralistes et psychiatres dans la prise en charge des patients en situation de burn out : pratiques et attentes des médecins généralistes et psychiatres d'un secteur de psychiatrie de Loire-Atlantique.

RÉSUMÉ

Le syndrome d'épuisement professionnel ou burn out est un phénomène d'actualité dans notre société. Il comprend trois dimensions : l'épuisement professionnel, la dépersonnalisation et la perte de l'accomplissement personnel. De nombreuses études ont été menées sur le burn out afin de le définir, et d'élaborer des stratégies de prévention et de prise en charge. Cependant, les recommandations pour sa prise en charge en médecine générale sont peu nombreuses. Le médecin généraliste est le premier acteur dans le dépistage de ce syndrome. Il effectue également le suivi du patient et un accompagnement tout au long de son parcours. Lors des situations aiguës, il fait intervenir un psychiatre. Les publications faisant état de difficultés de collaboration entre médecins généralistes et psychiatres sont nombreuses dans la littérature.

Nous avons réalisé une étude qualitative basée sur la méthode des focus group. L'objectif est de décrire les pratiques et attentes des médecins généralistes et des psychiatres dans la prise en charge des patients en situation de burn out. Nous avons interrogé des médecins généralistes et des psychiatres hospitaliers d'un secteur de psychiatrie de Loire-Atlantique.

Nous avons mis en évidence que la collaboration est rare, mais globalement satisfaisante contrairement à la collaboration actuelle dans les autres pathologies de santé mentale.

Médecins généralistes et psychiatres la considèrent peu nécessaire dans cette pathologie. Les médecins des deux spécialités ont une vision commune du syndrome. Ils rencontrent les mêmes difficultés mais trouvent chacun leur place dans cette prise en charge complexe.

MOTS CLÉS

Burn out, épuisement professionnel, collaboration, médecins généralistes, psychiatres