
VIII^{ÈMES} JOURNÉES PSYCHIATRIQUES
SAUJON - ROYAN
27 ET 28 SEPTEMBRE 2019

Sommaire

Vendredi 27 septembre 2019

Le lâcher prise : quel concept ?

- Le paradoxe du lâcher prise dans l'insomnie
- Ce que nous apprend la clinique
- Le thermalisme : une promesse de lâcher prise
- Approche corporelle et acceptation

Le lâcher prise : quel processus d'action ?

- Neurodynamique de l'état de repos
- De l'explication à l'action neurophysiologique
- Vers la création d'une échelle de lâcher prise

Samedi 28 septembre 2019

Bipolarité & suicide

- Épidémiologie du suicide
- Dépister les problématiques suicidaires des adolescents
- Neurobiologie du suicide
- Génétique du trouble bipolaire
- Bipolarité et suicide
- Les cognitions sont-elles prédictrices de tentative de suicide
- Vigilans: la prévention du suicide
- Service Jean Delay : état d'avancement du projet de recherche

Burn-out : de la prévention au soin

Le burn-out : de quoi s'agit-il?

- Le burn-out : quelle entité?
- Pourquoi une épidémie de burn-out au XXI^{ème} siècle
- Indices de vulnérabilité individuelle

Facteurs d'environnement

- Aspects thérapeutiques et problématique du soignant
- Approches thérapeutiques du burn-out
- Le burn-out des soignants

LE LÂCHER PRISE

Le paradoxe du lâcher prise dans l'insomnie

Docteur Patrick Lemoine, psychiatre, docteur en neurosciences, ancien praticien hospitalier et directeur d'enseignement clinique à l'université Claude Bernard de Lyon

Lâcher prise pour dormir ou dormir pour lâcher prise ? That is the question !

Comme tous les syndromes les plus fréquents, l'insomnie a des causes et des fonctions multiples.

Parmi ces dernières, celle de sentinelle est peut-être la plus importante. Dans un monde préhistorique rempli de menaces, nos ancêtres ne pouvaient se payer le luxe de dormir profondément tous en même temps.

Aujourd'hui, pour certains d'entre nous, s'abandonner sans défense au monde de la nuit s'avère très compliqué, voire impossible.

La solution chimique s'avère particulièrement néfaste et il importe de développer des techniques autres afin de délivrer les patients de ce qui peut constituer un véritable handicap.

Ce que nous apprend la clinique

Professeur Maurice Corcos, Professeur à l'université Paris-Descartes. Professeur de psychiatrie infanto-juvénile à l'université Paris-Descartes

De la maîtrise... à la genèse d'un automatisme de répétition.

L'exemple de l'anorexie.

"Le registre de l'emprise, c'est-à-dire le registre de la motricité et de la sensation, de l'acte, est privilégié par rapport au registre (des émotions cnqr) et des représentations"^①

"Je n'ai pas de repères. Rien à quoi me tenir. Toutes ces sensations qui débordent. Je ne sais pas quoi faire du plaisir. Je n'ai aucune capacité à m'abandonner (...).

Si je ne comptais pas je me perdrais. Compter ça me rassemble. Je suis un puits sans parois, une cellule sans murs"^②.

La conduite (intérieure) de l'anorexique est loin d'être irrationnelle (et c'est pourquoi ce n'est pas un comportement), mais si elle est affectivement passionnelle, et comme telle sourde à la raison, elle répond à une logique implacable, qui renvoie elle-même à un besoin impérieux. Celui du contrôle absolu (et qu'il lui faut maintenir coûte que coûte) sur les entrées et les sorties. La tyrannie ascétique de Melle A est soutenue par le dogme de la maîtrise.

Parmi beaucoup d'autres éléments, au fondement de son affection, il y aurait :

- a) une peur intense de prendre du poids,
- b) une distorsion perceptive de l'image du corps,
- c) un déni de la maigreur et de ses conséquences,
- d) une drôle de lutte (impulsive) contre l'impulsivité : activation immédiate d'une restriction alimentaire pour combattre une avidité d'ogre, une faim sans fin, qui ne se rassasie que de sa faim (son manque), et qui ne porte pas que sur l'alimentation et ne date pas de l'adolescence.

"je me retiens pour ne pas me retenir"^③.

“je ne mange rien à la mesure de mon appétit dévorant”^④.

“Suraffamée, je le suis plus que quiconque (...) dès mon plus jeune âge, j’ai souffert de la pénible impression de ne recevoir jamais que la portion congrue (...) j’avais faim de Nishiu-Sam (sa nounou ; nldr) de ma sœur et de ma mère (...). J’avais faim du regard de mon père (...). Ma faim d’êtres humains était donc heureuse”^⑤

Ça n’est pas commencer à théoriser que de poser, clinique à l’appui, que cette terreur d’être sans limite, et singulièrement de commencer à manger au risque que cela ne déborde, [cet excès, le trop], renvoie à un manque, un vide, une absence. Et que le renversement dans la boulimie (et pas seulement alimentaire) témoignera que la crainte, le fantasme de débordement était prégnant et qu’il visait (quand le contrôle est perdu) à combler ce vide en faisant le plein.

Ça n’est pas commencer à interpréter que de percevoir que cette conduite répond à une secrète et profonde nécessité, qui devient un besoin impérieux...l’ananké donc : pas même encore la question du désir et de la peur, mais celle du goût et du dégoût... au-delà et en deçà d’un hypothétique chaos neuronal hors sens. Melle A comme Jules Renard, l’auteur de *Poil de Carotte*, a “le dégoût très sûr” et se définit plus sereinement en disant Non plutôt que Oui. Et ce Non porte sur le passé et les terreurs primaires qu’il charrie, et non sur l’avenir.

Quand enfin lâchant sa maîtrise (le corps transformé, mais contenu dans son débordement par un caractère agressif/et tranchant) Melle A habitera alors son corps sa parole et dira enfin je.

Un Je libre, dégagé de la contrainte de répétition sans fin à la source du comportement de maîtrise. Melle A cessera de résister, en cessant de craindre cette liberté dont elle croit ne savoir que faire. Faire et en faisant se faire ; se former, se déformer et se reformer ; se dégager de la fausse “sécurité” de l’automatisme rationnel de répétition... tel est le long travail à accomplir.

① Paul Denis

②③④Une patiente

⑤ Amélie Nothomb : *Biographie de la faim* ; Albin Michel. 2004.

Le thermalisme : une promesse de lâcher prise

Professeur Gisèle Kanny, Professeur des Universités, Praticien Hospitalier, HDR Médecine Interne, Immunologie Clinique et Allergologie, Directeur Capacité d’Allergologie, Capacité d’Hydrologie et Climatologie médicales, DIU de pratiques médicales en station thermale.

La crénobalnéothérapie à orientation psychosomatique consiste en l’administration de 4 soins (bains bouillonnants, massages sous l’eau, douches thermales et soins en piscine) associés à un suivi psychoéducatif pendant dix-huit jours. Ses principales indications sont les troubles anxieux, les troubles du sommeil, le sevrage des benzodiazépines, le syndrome d’épuisement professionnel. Le médecin thermal pressent que le lâcher prise est un facteur clé de succès. Le dictionnaire *Larousse* définit le lâcher prise comme étant le moyen de libération psychologique consistant à se détacher du désir de maîtrise. Ce

terme est signifiant pour le clinicien, mais son sens n'est pas conceptualisé dans la littérature scientifique.

L'étude préliminaire que nous présentons porte sur 27 curistes des thermes de Saujon. Elle vise à évaluer l'impact du lâcher prise dans l'effet de la cure thermale à orientation psychosomatique. Pour mener à bien notre recherche, nous avons construit une échelle graduée de 1 à 4 évaluant le niveau de détente. Le lâcher prise est défini comme un état où le patient se sent très détendu (niveau 3) ou totalement détendu au point de s'endormir pendant les soins (niveau 4) pendant au moins 7 jours sur 9 jours (la cure se déroulant sur 2 périodes consécutives, de 9 jours).

Dix-neuf curistes (70 %) ont lâché prise au cours de la cure : 8 dès la première moitié, 11 au cours de la seconde. Tous les signes cliniques étudiés ont montré une amélioration avec un lien statistiquement significatif en fin de cure entre le lâcher prise et l'amélioration des indices d'échelle visuelle analogique d'anxiété, de tension intérieure, de qualité du sommeil et de bien-être et à 4 mois avec la qualité du sommeil.

Ces résultats montrent l'impact d'un niveau de détente élevé sur l'amélioration clinique des curistes à moyen terme et ouvrent la voie au développement de travaux pour préciser le concept de lâcher prise, développer des outils d'évaluation et en identifier les déterminants.

Approche corporelle et acceptation

Professeur Philippe Nubukpo, Psychiatre, Addictologue, PhD en Santé Publique, Professeur des Universités, Praticien des Hôpitaux

Les approches corporelles sont importantes en psychothérapie et assez usuelles ; parmi les plus communes, les relaxations psychothérapeutiques sont assez vulgarisées auprès des équipes soignantes. Plus récemment les techniques de méditation se sont imposées, dont le "Mindfulness" ou "méditation en pleine conscience".

Dans toutes ses approches psychocorporelles, le pratiquant est souvent invité à se concentrer sur ses sensations et vécus corporels, à les découvrir ou redécouvrir, dans tous les cas à les accepter, à vivre des états de conscience modifiée... L'acceptation est le sixième pilier de la pleine conscience. L'acceptation n'a rien à voir avec la passivité mais c'est une attitude dynamique, proactive qui permet d'accueillir les choses telles qu'elles sont, qui considère l'importance de donner de l'espace à ce qui est présent afin de faire un choix en pleine conscience sur la façon de répondre à ce qui se présente.

Dans ce travail nous allons développer le concept d'acceptation appliqué à la relaxation psychothérapeutique de type Training Autogène Progressif et apparentés.

Neurodynamique de l'état de repos

Docteur Benoit Crepon, spécialiste en Neurologie à CHSA, Paris

En 1929, Hans Berger publiait la première description d'un enregistrement électroencéphalographique (EEG) de l'activité cérébrale de repos.

À la fin du siècle, les développements de l'imagerie fonctionnelle conduisent à étudier des activations cérébrales par rapport à une activité basale, de repos. Ce réseau par défaut est défini par la synchronisation de structures préfrontales, pariétales (inférieur et surtout précunéus) et cingulaires postérieures.

Le cerveau est alors loin d'être inactif. En effet, ces zones sont moins actives lors de tâche plus complexes en particulier attentionnelles ou dirigées vers l'extérieur.

Ces mêmes structures sont impliquées lors de tâche de rappel autobiographique, d'introspection, de planification. Leur fonctionnement est altéré transitoirement lors d'une crise comitiale, durablement dans l'état "végétatif". Ils font réseau commun avec ceux de l'expérience consciente. Déficitaire dans la maladie d'Alzheimer, ce réseau est anormalement actif dans la schizophrénie, l'autisme ou la dépression, témoignant d'une focalisation excessive aut centrée (À type de paranoïa pour les uns ou de rumination pour les autres).

Le stress comme le repos ou certaines techniques telles que la méditation sont bien connues pour modifier l'EEG, ouvrant la voie à des techniques de neurofeedback.

Enfin, dans le domaine de l'épilepsie, si le stress est reconnu pour favoriser les crises, à l'instar des migraines on décrit classiquement paradoxalement des crises survenant à la descente du stress. Cette fragilité à l'occasion des phases de transition vers le repos ou entre divers stades de vigilance peut être éclairée par des modèles dynamiques non linéaires issus de la théorie du chaos qui ont permis de modéliser le chemin emprunté par ce système jusqu'à la crise.

De l'explication à l'action neurophysiologique

Docteur Jean-Arthur Micoulaud, médecin psychiatrie CHU, Bordeaux France. Clinique du sommeil, service d'explorations fonctionnelles du système

Le "Lâcher prise" est un concept clinique qui questionne la clinique du thermalisme. Cette présentation propose de délimiter ce construit depuis le point de vue de la neurophysiologie. La visée physiologique étant essentielle en médecine pour évaluer la pertinence des construits cliniques et leurs sous-basements causaux, nous explorerons dans un premier temps les investigations et thérapeutiques électrophysiologiques pouvant éclairer le phénomène de "Lâcher prise". Les actions thérapeutiques par neurofeedback seront prises comme exemple, bien qu'ayant soulevé de nombreux débats sur la spécificité de leurs effets. Dans un deuxième temps nous questionnerons donc plus généralement la place du physiologique dans les explications des mécanismes d'action des thérapeutiques. Nous repartirons de la dichotomie classique "effet spécifique"/"effet non spécifique", pour souligner que le "Lâcher prise" nous amène à envisager la possibilité d'un effet thérapeutique spécifique, mais non pas sur un mécanisme étiologique d'une maladie, mais sur une régulation globale de l'organisme : l'homéostasie.

Vers la création d'une échelle de lâcher prise

Docteur Olivier Dubois, psychiatre, directeur médical des cliniques et Thermes de Saujon

Le lâcher prise se veut être un concept thérapeutique chez les personnes présentant un hyper-contrôle ou se sentant en situation d'épuisement par rapport à leurs charges de travail. L'expérience clinique en médecine thermale, confirmée par un protocole ayant montré qu'il existait une corrélation entre le niveau de relâchement aux soins combinée à la durée de cette détente psychocorporelle comparativement au groupe n'ayant pas pu se relâcher, nous amène, pour aller plus loin, à tenter de créer une échelle de lâcher prise, concept en cours de définition, qui pourrait nous aider à poursuivre cette réflexion sur la

nécessité thérapeutique de se détendre par une action qui serait définissable et évaluable. Dès lors que cette échelle serait validée, un travail de recherche de corrélation entre le lâcher prise défini et l'évolution des symptômes anxieux et dépressifs à distance de la cure thermale serait aisé à réaliser.

BIPOLARITÉ ET SUICIDE

Épidémiologie du suicide

Professeur Marie Tournier, Professeur des Universités - Praticien Hospitalier - Université de Bordeaux - Centre de Recherche Inserm 1219 - Centre Hospitalier Charles Perrens

Le suicide est un problème de santé publique mondial avec environ 800 000 victimes par an. Avec une incidence de 14,9/100 000/an en 2014, la France se situe au-dessus de la moyenne mondiale (10,6/100 000/an) et européenne (11,7/100 000/an).

Les troubles psychiatriques représentent un facteur de risque important des conduites suicidaires. Plusieurs études épidémiologiques ont estimé les troubles bipolaires comme étant les plus associés au risque d'idées suicidaires, d'idées suicidaires scénarisées, de tentative de suicide et de suicide.

L'incidence du suicide se situerait chez ces patients entre 80 et 180/100 000/an avec une moyenne de 164. Les périodes à haut risque sont les hospitalisations et les mois qui les suivent. Les troubles bipolaires de type I seraient plus à risque que les troubles bipolaires de type II et les troubles bipolaires que les troubles dépressifs unipolaires. Des facteurs de risque de suicide et de tentative de suicide ont été identifiés dans les troubles bipolaires.

Une prise en charge précoce, adaptée et prolongée des troubles bipolaires pourrait être un moyen de prévention du suicide.

Dépister les problématiques suicidaires des adolescents

Professeur Philippe Binder, Médecine générale, Professeur des Universités, Directeur du Département de Médecine Générale, Faculté de médecine de Poitiers

Le dépistage et l'intervention précoce sur les problématiques suicidaires des jeunes contribuent à diminuer leur morbi-mortalité ultérieure. Parmi les acteurs sanitaires, ce sont les médecins généralistes (MG) qui rencontrent le plus les adolescents. Mais, d'une part, les adolescents sollicitent rarement leur MG sur des aspects psychologiques et d'autre part, les MG sont réticents à aborder les troubles psychologiques sans demande explicite. Ce hiatus d'évitement peut être réduit.

Nous avons mis au point un outil simple permettant la mise en alerte du MG sur des problématiques suicidaires inapparentes lors de toute consultation d'adolescent. C'est le Bits test. Il consiste à aborder chez tout adolescent consultant en médecine générale quatre questions. Elles concernent le sommeil, le stress, l'usage du tabac et les brimades. Chaque réponse positive est complétée par une question sur un critère de gravité. Le score porte sur 8. Trois et plus impose au MG d'interroger le jeune sur une problématique suicidaire récente ou ancienne. Ainsi Le Bits test révèle des problématiques suicidaires non connues du MG chez 11,4 % des jeunes de 13-18 ans consultant quel que soit

le motif. Sa sensibilité est de 65,1 % et sa spécificité de 82,4 %. Il révèle de la même façon des automutilations non connues chez 16,9 % des jeunes de 13-18 ans avec une sensibilité et une spécificité respective de 62,6 % et 85,1 %.

Sa validation a été obtenue en milieu scolaire puis chez les MG en situation de soins courants auprès d'adolescents de 13 à 18 ans sur un territoire francophone étendu sur plusieurs pays et continents. Mais la mise en alerte du MG ne porte du fruit que selon l'attitude adoptée par le praticien. Sera-t-il un technicien réparateur, ingénieur planificateur ou collaborateur accompagnateur ?

Neurobiologie du suicide

Professeur Jorge Lopez Castroman, Centre Hospitalier Régional Universitaire de Nîmes

La prévention du suicide est un enjeu prioritaire de santé publique en France et ailleurs, mais la complexité et le caractère multifactoriel de la conduite suicidaire entravent cet objectif.

Nombreux facteurs biologiques participent à la vulnérabilité (diathèse) associé au comportement suicidaire. La première découverte fut le dysfonctionnement du système sérotoninergique, qui régule le comportement affectif et de la cognition.

Le contenu en acide 5-hydroxyindolacétique, principal métabolite de la sérotonine, était réduit dans le liquide céphalorachidien des victimes d'un suicide violent, indépendamment du diagnostic psychiatrique. Des études post-mortem portant sur le cortex préfrontal ventromédial des suicidés ont montré aussi une altération de la densité de certains sous-types de récepteurs sérotonergiques.

En plus, des polymorphismes du gène de la tryptophane hydroxylase, l'enzyme responsable de la synthèse de sérotonine, modifient le risque de comportement suicidaire.

La suicidalité est également liée à la réponse au stress. L'hypothèse d'une hyperactivité de l'axe HPA dans le suicide est corroborée par les études post mortem montrant une augmentation du contenu d'adrénocorticotrophine en liquide céphalo-rachidien, associée à une réduction du nombre de sites de liaison des récepteurs de cette hormone dans le cortex préfrontal.

Finalement, un troisième axe biologique associé au risque suicidaire est l'inflammation. La contribution de maladies inflammatoires telles que les lésions cérébrales traumatiques, les maladies auto-immunes et les infections aux symptômes neuropsychiatriques et à la suicidalité font l'objet de nombreuses études en cours.

Les altérations induites sur les structures cérébrales impliquées dans l'intégration de l'état affectif, la mémoire émotionnelle, l'impulsivité et la prise de décision semblent être responsables de la diathèse suicidaire.

Néanmoins, les interactions entre ces différents mécanismes biologiques et l'environnement ne sont pas encore bien comprises et on est encore loin de pouvoir utiliser un biomarqueur du risque suicidaire dans la pratique clinique.

Les cognitions sont-elles prédictrices de tentative de suicide ?

Professeur Armand Chatard, Professeur de psychologie, Université de Poitiers, CNRS 7295

Peut-on prédire le suicide ? La dernière méta-analyse publiée à ce jour est peu encourageante. Elle montre que l'approche habituelle qui repose sur une analyse des facteurs de

risque (comme la dépression ou les maladies psychiatriques) permet de prédire le suicide à peine mieux que le hasard. De plus, la prédiction du suicide ne s'est pas améliorée au cours des 50 dernières années.

Le suicide reste difficile à prédire car les patients sont souvent motivés à dissimuler leurs réelles intentions. Plusieurs études indiquent par exemple que dans la majorité des cas (75 %) les personnes qui décèdent après un suicide n'ont pas mentionné leurs pensées suicidaires lors de leur dernier entretien clinique. Aussi, récemment les chercheurs ont tenté de développer de nouveaux instruments pour mesurer le risque suicidaire. Une piste de recherche prometteuse repose sur un test neurocognitif (le test d'association implicite), associé à un algorithme, qui permet de mesurer une tendance automatique à s'identifier à la mort plutôt qu'à la vie. Parce que ce test capte des réactions spontanées, difficilement contrôlables, il est censé être "infalsifiable". Les premières études menées aux Etats-Unis suggèrent que ce test permet de prédire fortement les tentatives de suicide à 6 mois chez des patients suicidaires, au-delà et indépendamment des facteurs de risque habituels. Toutefois, à ce jour, il n'existe pas de données pour la France. Dans cet exposé, je présenterai la première étude clinique prospective menée en France sur la validité prédictive du test d'association implicite. Les résultats sont prometteurs et offrent de nouvelles perspectives de prévention pour limiter le risque suicidaire.

Vigilans: la prévention du suicide

Docteur Thomas Cauchois, psychiatre adulte - CHU Rouen

La France présente un des taux de suicide les plus élevés d'Europe. On estime que plus de 9 000 décès annuels sont imputables au suicide, auxquels s'ajoute un nombre de tentatives de suicide estimé à 160 000 par an.

L'hôpital constitue la principale voie d'accès au système de soin après une tentative de suicide, notamment *via* les services d'urgence. Il n'est donc pas surprenant que la continuité des soins en post-hospitalier soit l'un des principaux facteurs prédictifs de l'efficacité de la prévention suicidaire à long terme.

À ce titre, le suivi ambulatoire des patients suicidants représente un enjeu prioritaire pour les acteurs en santé mentale pour au moins 3 raisons : un risque élevé de récurrence à 12 mois (30 %), une fragilité psycho-sociale majeure (90 % des cas) et une forte attrition dans cette population (30 à 50 % de perdus de vue 1 mois après la sortie).

Plusieurs stratégies de lutte contre le suicide ont été soutenues par les autorités sanitaires. Parmi elles, le dispositif de veille Vigilans s'est implanté en 2015 initialement en région Nord-Pas-de-Calais puis s'est rapidement étendu à d'autres régions partenaires. Son objectif principal est la prévention secondaire du passage à l'acte chez tout suicidant.

Basé sur un algorithme de recontact systématique des patients à la sortie d'hospitalisation, il vise à renforcer la continuité des soins psychiatriques (interventions brèves), la communication au sein du réseau de soins et la coordination des secours en cas d'urgence immédiate.

Les résultats enregistrés par le dispositif en Normandie depuis 2016 sont très encourageants. Ceux-ci se révèlent positifs à la fois en termes d'acceptabilité (pénétrance > 95 %),

de continuité des soins et finalement de réduction du nombre de TS (-15 % en moyenne). Il existe plusieurs axes d'amélioration avant d'envisager le déploiement au niveau national : homogénéisation territoriale de la pénétrance, adaptabilité du dispositif à certaines sous-populations spécifiques, informatisation des inclusions et développement d'outils numériques (e-Vigilans).

Au total, le dispositif Vigilans a d'ores et déjà fait preuve de sa faisabilité et de son efficacité. Il s'appuie sur une supervision médicale constante et un réseau de soins dynamique.

Service Jean Delay : état d'avancement du projet de recherche

Professeur Nemat Jaafari & Docteur Charline Perot

L'unité Jean Delay, unité de soins spécialisée dans les troubles de l'humeur, a mis en place une étude de cohorte prospective portant sur les troubles bipolaires. Ce protocole de recherche a débuté en décembre 2019 et va nous permettre de fournir un recueil de données exhaustives concernant cette pathologie.

Les patients participants à cette étude souffrent de troubles bipolaires ou de troubles dépressifs récurrents.

Cette étude longitudinale se déroule sur plusieurs années afin d'estimer l'évolution du trouble dans le temps et de repérer les facteurs aggravants.

Différents domaines sont étudiés afin de faire émerger des connaissances à propos de la maladie dans le but d'aider à la prise en charge des patients atteints de troubles de l'humeur. Les sphères cognitives et psychologiques sont examinées par le biais de différents bilans. La symptomatologie psychiatrique et les caractéristiques démographiques, sociales et biologiques sont évaluées par le biais de questionnaires, entretiens ainsi que des prises de sang.

Les retombées attendues se situent dans une meilleure compréhension du trouble ainsi qu'une aide à l'orientation du diagnostic.

Actuellement cette recherche comptabilise 67 patients inclus depuis décembre et suivis dans notre centre.

BURN-OUT : DE LA PRÉVENTION AU SOIN

Le burn-out : quelle entité ?

Professeur Eric Galam, médecin généraliste, professeur de médecine générale Université Paris Diderot, président fondateur du Groupe Repères, médecin coordonnateur de l'Association d'Aide Professionnelle aux Médecins Libéraux

Le burn-out, souffrance psychique liée au travail, reste source de controverses à tel point qu'il n'est même pas reconnu par la médecine comme une entité à part entière. Et l'on a tendance à privilégier l'épuisement émotionnel aux 2 autres éléments de la triade que sont la baisse de l'accomplissement personnel et la dépersonnalisation du patient. Ainsi l'investissement dans le métier et le rapport à l'autre, sont-ils minimisés face à l'épuisement devenu "professionnel" tandis que l'émotion est, elle aussi, oubliée.

De même, si la vulnérabilité des soignants est maintenant largement reconnue et évoquée

avec forces annonces et dispositifs plus ou moins efficaces, on attend d'eux qu'ils s'effacent devant la souffrance de tous les autres. Car le burn-out a imprégné toute la société et aujourd'hui, chacun peut se dire menacé ou frappé.

Et cette non-pathologie est dorénavant universelle et source d'enjeux et d'appétits financiers, politiques et bien sûr, culturels et médiatiques.

En parallèle, pour po-si-ti-ver, se développe le concept au demeurant pertinent de QVT (Qualité de vie au travail) qui englobe les conditions, le contenu et le vécu du travail. Ce dernier registre reprenant le ressenti, la capacité d'action et la capacité d'expression des protagonistes. Or les médecins se taisent et encaissent leurs difficultés puisque "le malade, c'est l'autre".

Pour comprendre la "complicité" des soignants face aux injonctions qui leur sont faites, nous évoquerons ensemble le "hidden curriculum", ce devenir médecin et ses zones d'ombres, implicites, explosives et dérangeantes.

Nous ferons un tour d'horizon de quelques-unes des questions opératoires de prise en charge et de prévention (outils, méthodes, intervenants...). Et nous terminerons par les opportunités à saisir pour une médecine plus humaine, plus transparente et plus efficace qui commence par une prise de parole pour les soignants en rappelant la très jolie affirmation-question du talmudiste Hillel : si je ne suis pas pour moi, qui le sera ?

Pourquoi une épidémie de burn-out au XXI^{ème} siècle ?

Docteur Patrick Légeron, Service Hospitalo-universitaire de Psychiatrie, Hôpital Sainte-Anne, Paris - Cabinet Stimulus, Paris

Bien que décrit dans ses aspects cliniques il y a fort longtemps, le burn-out est depuis quelques décennies seulement considéré comme un enjeu majeur de santé au travail.

Les données épidémiologiques sont pourtant très insuffisantes pour apprécier l'importance du phénomène et les chiffres sur sa prévalence parmi les actifs varient du simple au centuple !

Il est à craindre que bon nombre d'états dépressifs soient en fait étiquetés burn-out, ces premiers ayant une connotation stigmatisante de faiblesse personnelle alors que ce dernier confère à l'individu le statut de victime.

Il n'en reste pas moins vrai que les environnements de travail ont profondément changé ces 30 dernières années et l'émergence de facteurs de risques psychosociaux explique le développement non seulement de souffrance mais aussi de véritables pathologies mentales. Le stress, dont le stade ultime est le burn-out, est ainsi devenu le premier risque pour la santé des travailleurs. Par ailleurs, les exigences de bien-être de nos contemporains fragilisent les mécanismes de coping face au stress.

La progression du burn-out est aussi liée aux faibles actions de prévention mise en place dans les entreprises pour modifier des organisations du travail trop contraignantes et des pratiques managériales souvent défectueuses.

Dans notre pays, le concept de "travail sain" (healthy work) ne fait pas encore partie de la culture du monde du travail et le risque de voir cette "épidémie" de burn-out croître est donc à prendre au sérieux.

- Khireddine I, Lemaître A, Homère J, Plaine J, Garras L, Riol MC, et al (Groupe MCP 2012). "La souffrance psychique en lien avec le travail chez les salariés actifs en France entre 2007 et 2012, à partir du programme MCP". *Bull Epidemiol Hebd* 2015;23:431-8.
- Nasse P, Légeron P. "Rapport sur la détermination, la mesure et le suivi des risques psychosociaux au travail" pour le Ministre du travail. *La Documentation Française*, Paris, 2008.
- Olié JP, Légeron P. "Le Burn-out". *Bull Acad Natle Med* 2016;200 (2). Rapport du 23 février 2016.
- Organisation internationale du Travail. "Pourquoi le stress au travail ne doit pas être négligé". OIT, Genève, 2012. www.ilo.org.

Indices de vulnérabilité individuelle

Docteur Patrick Bendimerad, Psychiatre hospitalier, Responsable de service, Groupe Hospitalier La Rochelle Ré Aunis

Il est toujours délicat d'aborder des facteurs de risques individuels chez des personnes souvent stigmatisées par des interruptions de travail généralement longues sans risquer de les stigmatiser de nouveau en évoquant des éléments de vulnérabilité individuels qui pourraient les affecter une fois de plus.

Chez les sujets en situation de burn-out, ces derniers facteurs rentrent en résonance avec des facteurs organisationnels du milieu du travail (contraintes multiples, perte de sens, injonctions paradoxales, délais inadaptés, etc...) créant ainsi une spirale négative dramatique.

Les traits de personnalités et les parcours de vie sont des éléments anamnésiques importants à explorer, tant en ce qui concerne le dépistage que pour la mise en place de stratégies thérapeutiques *ad-hoc*. L'absence de consensus concernant les approches de la personnalité complique cependant la tâche, même s'il semble que l'affectivité négative (neuroticisme) et le surinvestissement soient des éléments retrouvés de manière récurrente. L'analyse diachronique avec notamment l'exploration de la trajectoire sociale, les expériences du chômage qui entraînent parfois un attachement prégnant à l'emploi, la quête de reconnaissance et les potentiels conflits de valeurs entre les exigences professionnelles et les attentes personnelles sont des éléments à prendre en compte. Dans ce contexte, ce ne sont pas les événements de vie en tant que tels qui sont les plus importants, mais la manière dont ils ont été vécus et notamment la perception que les sujets ont eu d'avoir été empêchés de réaliser correctement leur travail.

La prise en charge thérapeutique visera la restauration de l'estime de soi, la mobilisation des ressources extraprofessionnelles et notamment familiales, le réinvestissement des activités sociales et un travail sur une meilleure capacité à poser des limites et à déléguer. C'est dans ce contexte qu'un accompagnement à une révision à la baisse d'attentes personnelles professionnelles idéalisées pourra également être entrepris.

Facteurs d'environnement

Professeur Didier Truchot, Professeur de psychologie sociale du travail et de la santé à l'Université de Bourgogne Franche-Comté, Besançon.

À partir de données de terrain recueillies au cours des dix dernières années, auprès de plus de 20 000 professionnels soignants, (Médecins généralistes et spécialistes, sages-femmes, cadres de santé, infirmières, pharmaciens, aides-soignantes, masseurs-kinésithérapeutes, internes, orthophonistes, etc.), nous aborderons les trois questions suivantes :

- quels sont les catégories de stressseurs communes aux professionnels du soin ?
- quelle est la place des facteurs de personnalité ?
- dans quelle mesure les stressseurs réputés typiques d'une profession (e.g., confrontation à la souffrance et à la mort en cancérologie, amplitude horaire chez les médecins), impactent-ils le burn-out ?

Approches thérapeutiques du burn-out

Docteur Olivier Dubois, psychiatre, directeur médical des cliniques et Thermes de Saujon

Peut-on guérir d'un burn-out ? ou se relever d'un burn-out ?

Si le burn-out est un état de souffrance d'intensité sévère, il présente, contrairement à d'autres affections psychiatriques marquées par la chronicité, une dimension situationnelle qui lui confère un caractère souvent passager. Le burn-out doit être compris comme une réponse adaptative à une situation vécue comme trop stressante : l'esprit et le corps disent stop. Il ne faut surtout pas considérer que cette halte présente un caractère définitif, sauf à considérer que le burn-out est révélateur d'un trouble plus profond.

Quelles sont les réponses thérapeutiques ?

Très souvent, l'éloignement du travail s'impose, comme le repos, et son corollaire, le sommeil. Un travail psychothérapique de reconstruction émotionnelle est également nécessaire. Les entretiens psychothérapiques visent à rétablir des schémas de pensée plus objectifs, moins catastrophiques, par rapport à ceux qui ont fini par s'imposer au sujet, de manière souvent automatique. La limite de la psychothérapie est l'épuisement psychique du patient. D'où l'intérêt d'introduire d'autres ingrédients. La thérapeutique médicamenteuse est souvent nécessaire : antidépresseurs, en premier lieu ; anxiolytiques et hypnotiques sur une courte durée, notamment en début de prise en charge.

Lorsque l'état de l'individu présente un caractère trop intense, l'hospitalisation peut s'imposer, notamment quand il faut sécuriser la situation ou éviter un "embrasement émotionnel" pouvant favoriser un passage à l'acte.

Enfin, quand l'état se chronicise, la prescription d'une cure thermale de 3 semaines, spécialisée en psychiatrie, est une solution intéressante. Elle combine l'éloignement des facteurs de stress, la sédation et la douceur des soins induites par la balnéothérapie quotidienne et un suivi médical. À Saujon, nous associons à la cure thermale des programmes psychoéducatifs encadrés, alliant entretiens individuels, ateliers éducatifs et psychocorporels. Cet ensemble permet d'obtenir l'association d'un résultat médical naturel et d'une action préventive, favorisée par la mise à distance des facteurs de stress.

Quels sont les facteurs clés d'un rétablissement durable ?

Dans la phase de rétablissement, il est nécessaire de faire le point sur ce qui, dans la chute du sujet, est la part de sa propre fragilité et ce qui est dû à son travail ou son environnement professionnel. En lien avec le médecin du travail, il pourra être envisagé une

reconversion professionnelle.

Au plan préventif, il est recommandé de proposer des actions psychoéducatives permettant notamment le repérage des symptômes précoces de rechute et de travailler sur les traits de personnalité. Mais, il ne faut pas ignorer les capacités de l'individu à intégrer, dans son évolution personnelle, de nouvelles dispositions adaptatives, par exemple, par une baisse de l'exigence personnelle ou par de meilleures relations avec sa hiérarchie.

Le burn-out des soignants

Professeur François Birault, Département de Médecine Générale, Faculté Médecine et Pharmacie, Université de Poitiers

La première plainte des soignants est l'épuisement professionnel. Certains auteurs affirment que 3 soignants sur quatre ont été, sont ou seront épuisés professionnellement.

Pour d'autres, l'épuisement professionnel n'est pas une maladie car elle n'est pas répertoriée dans le DSM V, c'est une des formes des risques psychosociaux. Elle serait une forme de dépression, mal définie en raison de l'outil historique de mesure, le Maslach Burnout Inventory.

L'État Français néanmoins, au moyen de commission, s'intéresse aux conséquences de cette chose en particulier concernant les arrêts de travail. Il souhaite accompagner le retour au travail. Les soignants sont reconnus comme une population vulnérable pour l'épuisement en raison des demandes de performance, de l'image du soignant infailible, des valeurs d'engagement et d'abnégation, des injonctions contradictoires, des dispositifs de soin complexes et évolutifs, tensions démographiques, insécurité, etc...

Les soignants sont également sujets à des états de stress post-traumatique, autant que les populations civiles en situation de guerre. Une cause commune pourrait être le stress et sa gestion au niveau individuel.

Les soignants auraient-ils des profils particuliers, favorisant état de stress post traumatique et épuisement professionnel ? Une hypothèse concernant le traitement cérébral des émotions pourrait peut-être répondre à cette question.