

N° 53
Juillet 2022

Sommaire

- p.1 Mission humanitaire en Pologne pour les réfugiées ukrainiennes
- p.2 Burn Out, manifestations cliniques, diagnostic
- p.3 Prise en charge du Burn Out
- p.4 Prévention du Burn Out



Le CIEM
15, rue Jean Bart
75006 Paris
Tél. : +33 (0)1 42 22 54 90
Fax : +33 (0)1 42 22 30 10

www.leciem.com

Mission humanitaire en Pologne pour les réfugiées ukrainiennes

Véronique Cayol, gynécologue au CIEM, est partie à la frontière entre la Pologne et l'Ukraine avec l'association Actions Santé Femmes (ASF - www.actions-sante-femmes.org). L'objectif était de soigner les femmes ukrainiennes en transit en Pologne. Pour la lettre du CIEM elle nous a relaté son séjour :

« Suite à la guerre ayant débuté le 24 février, les Ukrainiens ont été brutalement contraints de fuir leur pays pour échapper aux bombardements. Six millions d'entre eux se sont rendus en Pologne où on compte actuellement 3 millions de réfugiés, trois autres millions y ont transité avant de rejoindre un autre pays d'Europe. Les femmes et les enfants représentent 90 % de ces réfugiés, les hommes restent pour combattre et défendre leur pays.



Dès le début de la guerre, l'ONG ASF s'est rendue à la frontière ukrainienne afin d'évaluer les besoins des femmes et familles en transit. Il est apparu très rapidement la nécessité d'installer une équipe médicale pour recevoir les femmes au cours de leur voyage. La mission principale de l'équipe a été de rassurer ces réfugiées qui démarraient leur exil, leur prodiguer des soins et les rassurer. Un certain nombre d'entre elles étaient enceintes ou avaient récemment accouché.

La mairie de Przemysl, ville située à 10 km de la frontière Ukrainienne, a réquisitionné un centre commercial pour le transformer de façon temporaire en centre d'accueil. La soli-

darité a été immense, les efforts de chacun (ONG, associations, bénévoles) intenses, afin de rendre le séjour des Ukrainiens le plus acceptable possible.

ASF a installé sur le parking du centre commercial, avec l'aide des Pompiers Solidaires, un Algeco transformé en salle de consultation avec tout le matériel nécessaire à une consultation de gynécologie et d'obstétrique. Les patientes étaient accompagnées d'une interprète ukrainienne. Le nécessaire pour un accouchement était également disponible.

Au bout de quelques jours, l'arrivée de réfugiées ayant beaucoup diminué, la mission s'est déplacée à Varsovie où 2 immenses halles installées en périphérie de la capitale accueillent entre 3 000 et 5 000 personnes. Au sein de l'un des 2 lieux, un centre de consultation avait été ouvert, avec une pièce dédiée à la gynécologie. Les principaux symptômes rencontrés au cours de ces consultations était majoritairement des troubles du cycle, des règles inattendues, ou à l'inverse l'absence de règles, symptômes très fréquents en cas de stress. Les femmes qui allaient se plaignaient de ne pas produire suffisamment de lait, là encore conséquence de l'angoisse générée par la guerre.

Quelques femmes découvraient leur grossesse, et leur jouissance était très vite entachée par l'absence de leur conjoint, resté sur le front ou menacé par les bombardements. Nous avons reçu des femmes en fin de grossesse, à quelques semaines ou jours de leur accouchement, attendant seules d'être délivrées avant de retourner dans leur pays... La vision de leur enfant sur l'échographie a pu suspendre leur solitude pendant quelques instants. »

Le CIEM remercie Véronique Cayol pour cette action, digne de son métier de médecin au service de toutes et tous dans les situations les plus difficiles.



Jean-Marie Dever
Directeur du CIEM

Brèves

La Haute Autorité de santé (HAS) vient d'émettre un avis sur le dépistage du cancer broncho-pulmonaire, qui encourage la mise en place d'expérimentations de dépistage en vie réelle chez les sujets à risque.

Cet avis remet en cause celui paru en 2016. En effet, à cette date, l'agence sanitaire avait considéré que les conditions de qualité, d'efficacité et de sécurité pour la mise en place d'un tel dépistage n'étaient pas réunies. Mais depuis, de nouvelles données ont été publiées. Elles concluent que le dépistage du cancer broncho-pulmonaire par scanner low dose chez les personnes ayant un risque augmenté de ce cancer réduit la mortalité spécifique de celui-ci.

La décision de la HAS est aussi liée au fait que le cancer broncho-pulmonaire est le cancer le plus mortel en France, à l'origine de plus de 33 000 décès par an souvent dus à un diagnostic tardif. Chez l'homme âgé de 45 à 64 ans, il représente la première cause de décès, toutes causes confondues. Et il est aussi en forte progression chez la femme. En outre, c'est un cancer souvent évitable car le tabac en est responsable dans 8 cas sur 10.

Pour la HAS, la mise en place d'un dépistage systématique chez les populations fortement exposées au tabac, pourrait entraîner une diminution significative de la mortalité spécifique de ce cancer, de l'ordre de 5 vies sauvées pour 1000 personnes dépistées (en fonction des modalités de dépistage). Cela via, en particulier, la détection plus précoce des cancers (actuellement 40 à 55 % des cancers sont détectés à un stade 4), ce qui permet la mise en place d'un traitement plus efficace. En effet, la survie à 5 ans du cancer broncho-pulmonaire n'est ainsi que de 4 % au stade 4. « Ces résultats restent toutefois à confirmer, au vu de l'hétérogénéité élevée des résultats et des protocoles d'études incluses dans les méta-analyses », précise la HAS.

C'est pourquoi elle souhaite mettre en place un programme pilote et d'essais complémentaires, dont l'objectif sera aussi d'étudier les risques de surdiagnostic (diagnostic de lésions cancéreuses peu évolutives ou qui ne seraient jamais devenues symptomatiques, voire de faux positifs) à l'origine d'une anxiété, d'exams complémentaires, et de traitements inutiles. Ainsi, selon les études analysées par la HAS, entre 0,1 % et 1,5 % des personnes incluses ont reçu un résultat faux positif qui a entraîné un bilan diagnostique invasif à l'origine de complications mineures à graves dans 0,1 % à 1,3 % des cas.

Burn Out, manifestations cliniques, diagnostic

Le syndrome d'épuisement professionnel a été décrit pour la première fois en 1974 comme « un état de fatigue chronique, de dépression et de frustration, apporté par la dévotion à une cause, un mode de vie, qui échoue à produire les récompenses attendues et conduit en fin de compte à diminuer l'implication et l'accomplissement du travail ».

Les problèmes de souffrance au travail connaissent depuis plusieurs dizaines d'années une extension majeure. Ceci n'est pas seulement le fait d'une pénibilité accrue du travail mais surtout de l'évolution de la relation au travail.



Après les affections de l'appareil locomoteur, la souffrance psychique causée ou aggravée par le travail est le 2ème groupe d'affections d'origine professionnelle décrit dans la population salariée active française.

Le Burn Out est un état d'épuisement physique, émotionnel et mental qui survient quand le contexte professionnel est source de stress chronique et que le sujet se considère sans contrôle pour y faire face.

Ce n'est pas un trouble psychopathologique. Il touche des individus « normaux », souvent sans antécédents. C'est l'adaptation dysfonctionnelle d'un sujet qui fait face à des contraintes professionnelles croissantes, pour lesquelles, malgré des efforts considérables d'adaptation, les ressources sont ressenties comme insuffisantes.

Le sujet essaye dans un premier temps de minimiser les difficultés et de tolérer le problème. Il augmente souvent son temps de travail (le « présentisme »), ce qui majore la fatigue. Il tente de contrôler les paramètres en son pouvoir, avec des efforts ressentis comme considérables, mais s'aperçoit que c'est inefficace.

L'épuisement physique et psychique s'installe alors insidieusement, avec un sentiment de dépassement. Des doutes sur ses propres compétences puis un désinvestissement sont observés, enfin, un repli sur soi, un cynisme par rapport au travail, voire une agressivité vis à vis des bénéficiaires de ce travail. Une anxiété, une tristesse de l'humeur, une irritabilité ou au contraire un manque d'entrain sont fréquents. La perte d'estime de soi qui en résulte est très douloureuse. Elle est difficile à partager. Ce qui ajoute au déni et à la chronicisation du tableau. Un cortège de signes physiques est fréquent : céphalées, insomnie, fatigue, douleurs musculaires, troubles de concentration, trouble de la mémoire...

Le recours à des médicaments psychotropes, à l'alcool de façon de plus en plus régulière, permet au sujet de faire face, de tenir le coup au regard d'une pression ressentie comme de plus en plus forte. Si la situation tend à se dégrader très progressivement, la rupture est volontiers brutale et bruyante. Le sujet est alors dans l'incapacité totale de continuer à exercer son activité professionnelle et est mis en arrêt de travail. La mise à distance du travail permet un soulagement transitoire. Mais le temps de retour à l'équilibre est souvent long et complexe.

La démarche diagnostique permet de caractériser le syndrome en repérant des pathologies sous-jacentes éventuelles telles que, notamment, un trouble de l'adaptation, un trouble anxieux, un trouble dépressif ou un état de stress post-traumatique. Le risque suicidaire doit être particulièrement évalué. Cette démarche implique une recherche des facteurs de risque.

Un bilan somatique doit rechercher une pathologie organique associée qui aurait pu se manifester par certains des symptômes cités précédemment.

L'analyse des conditions de travail est faite prioritairement avec le médecin du travail, ou le centre de consultation de pathologie professionnelle.



Dr Violaine Gonon
Médecin interniste au CIEM

Prise en charge du Burn Out

Brèves

La restriction calorique est un moyen de perdre du poids mais le maintien à long terme est difficile

La restriction dans le temps de l'alimentation au cours de la journée est une méthode de jeûne intermittent qui implique un raccourcissement de la période au cours de laquelle le sujet se nourrit au cours de chaque journée. La méthode est devenue de plus en plus populaire car il s'agit d'une stratégie de perte de poids qui est simple à suivre, ce qui pourrait augmenter l'adhérence au traitement.

Plusieurs études pilotes ont montré que restreindre l'alimentation à certains moments dans la journée permettait une perte de poids supérieure. Ceci a conduit une équipe chinoise à mettre en place une étude visant à évaluer l'efficacité et la sécurité à long terme d'un protocole de perte de poids en rapport avec une période d'alimentation restreinte dans la journée.

Ils ont assigné 139 patients de manière randomisée à un régime hypocalorique soit limité à la période s'étalant entre 8 heures du matin et 16 heures l'après-midi, soit étalé sur les 24 heures de la journée comme le souhaitait le patient. Tous les participants devaient suivre un régime hypocalorique entre 1500 et 1800 Kcal/jour chez les hommes et 1200 et 1500 Kcal/jour chez les femmes. Le critère d'évaluation principal était la différence entre les deux groupes en termes de variations par rapport au poids initial.

Sur les 139 participants randomisés, 118 (84,9 %) ont fini les 12 mois de l'étude. La perte de poids moyenne à partir de la valeur basale à 12 mois était de -8 kg dans le groupe dont la restriction calorique était limitée dans le temps et de -6,3 kg (dans le groupe dont la restriction calorique quotidienne n'était pas strictement limitée dans le temps. Les variations pondérales n'étaient pas significativement différentes entre les deux groupes lors de l'évaluation à 12 mois. Les résultats de l'analyse du tour de taille, de l'IMC, de la masse grasse, de la masse maigre, de la pression artérielle et des facteurs de risque métabolique n'étaient pas non plus différents entre les deux groupes. Il n'y avait pas, non plus, de différence importante entre les deux groupes en termes de nombres d'effets secondaires.

En conclusion, chez les patients obèses, un régime de restriction calorique limité dans la journée entre 8 heures du matin et 16 heures n'est pas plus bénéfique qu'une restriction calorique sur l'ensemble de la journée.



Les objectifs de la prise en charge du Burn Out visent à la rémission stable d'un trouble dépressif comorbide, à la régénération de la vitalité et de la capacité de récupération, au rétablissement de la résistance au stress eu égard à des fonctions sociales et professionnelles ainsi qu'au renforcement de stratégies d'adaptation constructives.

La prescription d'un arrêt de travail est le plus souvent nécessaire. Sa durée sera adaptée à l'évolution du trouble et du contexte socioprofessionnel.

Le médecin traitant coordonne cette prise en charge. Il prescrit si nécessaire un traitement en s'appuyant sur la démarche diagnostique et adresse éventuellement le patient à un psychiatre.

L'intervention d'un psychiatre peut être sollicitée, notamment pour réaliser un diagnostic psychopathologique ou une adaptation thérapeutique, prendre en charge un trouble sévère et poursuivre un arrêt maladie.

La prescription d'un traitement antidépresseur est uniquement recommandée dans le cadre de ses indications (troubles anxieux, troubles dépressifs). En cas de dépression d'épuisement pouvant aboutir à des conduites suicidaires, une hospitalisation est formellement indiquée.

Le traitement du trouble peut comporter une prise en charge non médicamenteuse fondée sur des interventions psychothérapeutiques effectuées par un professionnel de santé ou un psychologue formé à ces techniques. De même, une activité sportive modérée, adaptée aux capacités physiques constitue un élément constitutif pertinent du traitement. Elle contribue à réduire le stress, elle sert d'adjuvant aux antidépresseurs et elle permet de structurer la journée.

Dans tous les cas, il est recommandé que le médecin traitant se mette, avec l'accord du patient, en contact avec son médecin du travail ou celui d'une consultation de pathologie professionnelle pour alerter et avoir un éclairage sur le lieu de travail. L'analyse du poste et des conditions de travail est en effet indispensable. Celle-ci est réalisée par l'équipe pluridisciplinaire coordonnée par le médecin du travail. Des actions de prévention (individuelle et/ou collective) sont préconisées.

Le retour au travail doit être préparé. À cet effet, il est recommandé d'organiser une visite de pré-reprise avec le médecin du travail, à l'initiative du patient, du médecin traitant ou du médecin-conseil des organismes de sécurité sociale, à tout moment pendant l'arrêt. Celle-ci peut être répétée. Elle est essentielle pour l'accompagnement de la réinsertion socioprofessionnelle, et obligatoire pour les salariés en arrêt de travail d'une durée de plus de 3 mois.

À l'issue de la visite de pré-reprise, le médecin du travail peut recommander des aménagements ou adaptations du poste de travail, des pistes de reclassement ou des formations professionnelles qui pourraient être envisagées pour faciliter le reclassement du salarié ou sa réorientation professionnelle.



Dr Guy Scemama
Directeur Médical du CIEM



Actions Santé Femmes part pour 6 mois à la frontière Pologne / Ukraine pour soutenir les femmes ukrainiennes qui fuient la guerre

La situation politique en Ukraine oblige les populations à fuir : alors que les hommes sont mobilisés pour faire face aux armées russes, les femmes sont contraintes de quitter le pays avec leurs enfants. Après une mission exploratoire menée avec l'association Pompiers Solidaires au début du mois de mars, Actions Santé Femme s'installe d'avril à octobre à la frontière ukrainienne, non loin de la ville polonaise de Przemysl.

Cette mission se donne deux objectifs :

- assurer le suivi obstétrical des Ukrainiennes déplacées et de soulager les services de la maternité polonaise de Przemysl qui doit faire face à un afflux de patients, en assurant les soins gynécologiques les plus courants. Dans un camion aménagé spécialement pour la mission, ASF recevra les femmes qui en ont besoin et pourra aussi assurer les soins aux nouveaux nés. Modulaire et facilement déplaçable, cet espace pourra être transformé selon les urgences, mais aussi l'évolution de la crise.
- prévenir les violences faites aux femmes, afin d'éviter qu'au traumatisme de la guerre s'ajoute celui d'une agression physique ou sexuelle. ASF coordonnera sur place une action de sensibilisation à destination des femmes réfugiées mais aussi des ONG, des autorités locales et médicales.

www.actions-sante-femmes.org/



Prévention du Burn Out

La prévention primaire, dont l'objectif est de réduire l'apparition de nouveaux Burn Out, est basée sur la recherche de facteurs de risque. Celle-ci commence par l'analyse des conditions de travail.

Cette analyse repose sur une démarche structurée et coordonnée par le médecin du travail. Il conviendra d'avoir une vigilance sur :

- L'intensité et l'organisation du travail : une charge professionnelle trop importante, une imprécision des tâches ou des attentes, des objectifs irréalistes ; une sollicitation non contrôlée (facilitée par l'hyperconnexion) entraînant une suractivité ; des changements permanents (de poste, de bureaux, de logiciel, une mobilité très flexible et imposée) : ces changements fréquents créent une « précarité » subjective et demandent beaucoup d'énergie au sujet pour reconquérir sa maîtrise.
- Des moyens techniques, matériels, humains qui seraient insuffisants.
- Une trop faible autonomie des sujets, notamment dans les décisions l'affectant directement ; une marge de manœuvre réduite.
- Des relations professionnelles fragilisées par un manque de collectif fort, un management intermédiaire inexistant ; un management délétère ; des conflits interpersonnels non pris en compte.
- Des conflits de valeurs dans la sphère professionnelle.
- Une insécurité de l'emploi, une précarisation des postes.

La prévention secondaire : son objectif est de diminuer la prévalence du Burn Out dans une population. Ce stade recouvre les actes destinés à agir au tout début de l'apparition du trouble ou de la pathologie afin de s'opposer à son évolution ou encore pour faire disparaître les facteurs de risque :

- En évaluant la population touchée dans une entreprise, grâce à l'action des services de santé, à l'Inspection du Travail (incitation, conseils).

- En étant attentif aux signaux faibles déjà présents (le Burn Out évolue à bas bruit et n'empêche pas pendant longtemps le sujet de travailler ou l'entreprise à fonctionner) : rôle des outils de mesure, comme les questionnaires évaluant l'épuisement professionnel, qui ont leurs limites mais l'avantage de montrer que l'on pose un regard

attentif sur le mal être ou les besoins éventuels ; s'interroger face à un absentéisme ou un présentéisme important, un turn-over inhabituel, des inaptitudes ou maladies professionnelles fréquentes ; une dégradation des relations sociales.

- Sur le plan personnel, en aidant le sujet à parler de son vécu, en le sortant d'une « épreuve solitaire », d'une situation ressentie comme « une défaillance personnelle », en retrouvant le destin commun d'une entreprise auquel chacun appartient.
- En s'attachant au professionnalisme de chaque salarié : la force du sujet est dans sa capacité à faire ce qu'il sait faire, c'est un pouvoir d'être compétent et d'être évalué en conséquence.



On évitera l'empiétement du temps de travail sur le temps personnel, même à travers les temps festifs qui prolongeraient trop souvent les journées, des actions d'hygiène de vie (cours de yoga, salles de massage, ...), une facilitation du quotidien proposée (le pressing ou la garde d'enfants) : on ne vit pas le « travail au quotidien » et sans limites horaires raisonnables. Les temps de congés devront être aux mieux respectés dans leur durée. On insistera sur le maintien de hobbies, la pratique du sport.



Dr Violaine Gonon
Médecin interniste au CIEM