

Michel Delbrouck

# Comment traiter le burn-out ?

Syndrome d'épuisement professionnel,  
stress chronique et traumatisme psychique

Avec les contributions de **Pascale Vénara**,  
**François Goulet** et **Roger Ladouceur**

Préface de **Philippe Corten**



Des questionnaires,  
tests et synthèses  
à télécharger





# Comment traiter le burn-out ?

## **Carrefour des psychothérapies**

Collection dirigée par Édith Goldbeter-Merinfeld

*Carrefour des psychothérapies* a pour objectif de proposer à un large public de psychothérapeutes (psychologues, psychanalystes, psychiatres, etc.) des ouvrages écrits par des professionnels portant sur les différentes approches psychothérapeutiques.

La collection accueillera également des ouvrages de réflexion sur la psychothérapie, ainsi que des auteurs qui apportent un éclairage original sur la pratique du thérapeute.

Résolument pluridisciplinaire, la collection est avant tout dédiée à la rencontre des pratiques et de théories d'orientation très diversifiées.

Sous la direction de Michel Delbrouck

# Comment traiter le burn-out ?

**Syndrome d'épuisement  
professionnel, stress chronique  
et traumatisme psychique**

**2<sup>e</sup> édition**

Préface de la première édition de **Philippe Corten**

Préface de la seconde édition de **Michel Delbrouck**

Téléchargez les ressources numériques à l'adresse  
<https://www.deboecksuperieur.com/site/330498>

Pour toute information sur notre fonds et les nouveautés dans votre domaine de spécialisation, consultez notre site web : **[www.deboecksuperieur.com](http://www.deboecksuperieur.com)**

© De Boeck Supérieur s.a., 2021  
Rue du Bosquet, 7 – B-1348 Louvain-la-Neuve

2<sup>e</sup> édition

Tous droits réservés pour tous pays.

Il est interdit, sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, de reproduire (notamment par photocopie) partiellement ou totalement le présent ouvrage, de le stocker dans une banque de données ou de le communiquer au public, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit.

Dépôt légal :  
Bibliothèque nationale, Paris : mai 2021  
Bibliothèque Royale de Belgique, Bruxelles : 2021/13647/073

ISSN : 1780-9517  
ISBN : 978-2-8073-3049-8

# Sommaire

|                                       |    |
|---------------------------------------|----|
| Les auteurs                           | 7  |
| Préface de la seconde édition         | 11 |
| Préface de la première édition (2011) | 17 |
| Préambule                             | 21 |

## **Partie I** **Définir le burn-out**

|             |             |    |
|-------------|-------------|----|
| CHAPITRE 1. | Définitions | 37 |
|-------------|-------------|----|

## **Partie II** **Les origines du burn-out**

|             |                            |    |
|-------------|----------------------------|----|
| CHAPITRE 4. | Facteurs étiopathogéniques | 91 |
|-------------|----------------------------|----|

## **Partie III** **Apports des neurosciences**

|             |                                       |     |
|-------------|---------------------------------------|-----|
| CHAPITRE 5. | Burn-out et apports des neurosciences | 147 |
|-------------|---------------------------------------|-----|

## **Partie IV** **Diagnostiquer le burn-out**

|             |                                                          |     |
|-------------|----------------------------------------------------------|-----|
| CHAPITRE 6. | Dépister et bilancer le burn-out                         | 201 |
| CHAPITRE 7. | Étapes de la prise en charge du burn-out                 | 247 |
| CHAPITRE 8. | Traitement global du syndrome d'épuisement professionnel | 281 |

|              |                                                     |     |
|--------------|-----------------------------------------------------|-----|
| CHAPITRE 9.  | Traiter la personne en stades 3 et 4                | 293 |
| CHAPITRE 10. | Traiter l'association burn-out et psychotraumatisme | 325 |
| CHAPITRE 11. | Traiter la personne en stades 2-3 du burn-out       | 333 |
| CHAPITRE 12. | Traiter la personne en stade 1 du burn-out          | 343 |

## Partie VI

### Psychopathologie du travail

|              |                                                   |     |
|--------------|---------------------------------------------------|-----|
| CHAPITRE 13. | Prévenir et accompagner le burn-out en entreprise | 383 |
|--------------|---------------------------------------------------|-----|

## Partie VII

### Situations particulières de burn-out

|              |                                            |     |
|--------------|--------------------------------------------|-----|
| CHAPITRE 14. | Diverses modalités du burn-out du soignant | 453 |
|--------------|--------------------------------------------|-----|

|                         |     |
|-------------------------|-----|
| Conclusion              | 491 |
| Glossaire               | 493 |
| Bibliographie           | 499 |
| Index thématique        | 521 |
| Table des illustrations | 533 |
| Table des tableaux      | 538 |
| Annexes                 | 539 |



# Les auteurs

## Michel DELBROUCK

Médecin

Psychothérapeute à orientation psychanalytique

Gestalt-thérapeute

Formateur et enseignant de psychopathologie

Enseignant à la Haute École Vinci – Bruxelles – Certificat de Psychothérapie Humaniste

Superviseur agréé

Past-président de la Société Balint belge et de la Société belge de Gestalt

Past-président de la Fédération des Psychothérapeutes Humanistes

Membre affilié de l'Institut International de Psychanalyse et de Psychothérapie Charles Baudouin (Genève)

Auteur des ouvrages : *Le Burn-out du soignant : le syndrome d'épuisement professionnel* (De Boeck, 2003, 2<sup>e</sup> éd. 2008) ; *Psychopathologie : manuel à l'usage du médecin et du psychothérapeute* (De Boeck, 2019, 3<sup>e</sup> éd.) ; *La relation thérapeutique en médecine et en psychothérapie* (De Boeck, 2016) ; *Psychopharmacologie à l'usage du médecin et du psychothérapeute* (De Boeck, 2016) ; *Comment traiter le burn-out ?* (De Boeck, 2011).

## Pascale VENARA

Superviseure de coachs, Coach certifiée de la vie professionnelle

Psychologue du travail, Gestalt-thérapeute

Diplôme universitaire de Médecine, méditation et neurosciences

Master praticienne EMCC (*European Mentoring and Coaching Counsel*)

Superviseure certifiée CSA (*Coaching Supervision Academy*, Londres), reconnue par l'EMCC

Cofondatrice, avec Michel Delbrouck, d'une formation longue sur la prévention et la prise en charge du burn-out pour professionnels de l'accompagnement

Cofondatrice de l'Institut de Prévention du Burn-Out pour professionnels de l'accompagnement en France et en Belgique (IPBO)

Superviseure et formatrice de coachs (ateliers d'approfondissement ROC) dans le cabinet Trajectives.

Co-auteure du livre *Transformer l'entreprise en relevant le défi de la performance humaine et soutenable* (Eyrolles, 2017).

## **François GOULET**

Médecin

Directeur adjoint du Collège des Médecins du Québec

Direction de l'amélioration de l'exercice du Collège des Médecins du Québec

Ancien directeur du programme de médecine familiale du Département de médecine familiale de l'Université de Montréal

Ancien président du Comité de formation médicale continue de la FMOQ, du Collège québécois des médecins de famille

Médecin expert et secrétaire substitut du comité d'inspection professionnelle du Collège des médecins du Québec

## **Roger LADOUCEUR**

Médecin de famille

Maîtrise en santé communautaire

Fellow du Collège des médecins de famille du Canada

Médecin responsable du Plan d'autogestion du Développement professionnel continu (DPC), Collège des médecins du Québec

Professeur agrégé de clinique, Département de médecine familiale, Université de Montréal

Rédacteur adjoint, médecin de famille canadien

Médecin de famille, Hôpital de Verdun, CSSS du Sud-Ouest – Verdun

*N'essayez pas de devenir un homme qui a du succès  
Essayez de devenir un homme qui a de la valeur.*

Albert EINSTEIN

*Parmi les arts, il en est certains qui sont pénibles pour leurs détenteurs, mais  
très utiles pour leurs utilisateurs et qui apportent aux profanes un bien commun,  
mais ne causent aux praticiens que du chagrin. À une telle catégorie d'arts  
appartient précisément celui que les grecs appellent médecine.*

HIPPOCRATE, Des Vents, Chap. 1

*L'organisation du travail est une construction humaine.  
Elle ne se déploie qu'avec le consentement et la collaboration  
de millions d'hommes et de femmes. Le travail peut générer le pire,  
jusqu'au suicide, il peut générer le meilleur : le plaisir,  
l'accomplissement de soi et l'émancipation.  
C'est grâce au travail que les femmes s'émancipent  
de la domination des hommes.  
Il n'y a nulle fatalité dans l'évolution actuelle.  
Tout cela dépend de nous et de la formation  
d'une volonté collective de réenchanter le travail.*

Dr Christophe DEJOURS, « Le travail entre espoir et désespoir »

*Un pessimiste voit la difficulté dans chaque opportunité,  
Un optimiste voit dans l'opportunité dans chaque difficulté.*

Sir Winston CHURCHILL

*Guérir ne veut pas dire qu'il n'y a pas eu de blessures,  
Cela signifie que dorénavant, les blessures ne contrôlent plus notre vie...  
Guérir, c'est toucher avec de l'amour  
ce qui a été précédemment touché avec de la peur...*

Stephen LEVINE

*Il n'y a pas de solution durable, si au plus profond de la démarche  
de la personne en burn-out, elle n'accepte pas une remise en question  
et une réflexion philosophique, psychanalytique et éthique  
de son mode de fonctionnement.*

Dr Michel DELBROUCK



# Préface de la seconde édition

## Recadrage

Le burn-out est très souvent surdiagnostiqué et le terme suremployé. Nous rencontrons encore beaucoup d'incompréhension ou de scepticisme face à ce syndrome d'épuisement, même s'il a été reconnu par l'Agence européenne pour la sécurité et la santé au travail et par l'OMS depuis le 20 mai 2019. Quarante ans auront été nécessaires entre la première évocation par le Dr Freudenberger en 1980 et sa reconnaissance par les organismes de la santé.

La feuille automnale de la couverture de cette seconde édition cadre bien avec le thème. Riche d'éléments nutritifs dont elle s'est gavée pendant le printemps et l'été, les composants ou nutriments de la feuille en chutant viendront nourrir la terre pour redonner vigueur à la saison prochaine. La question du syndrome d'épuisement professionnel et de sa prise en charge rejoint en quelque sorte l'analogie de la feuille d'arbre et de son cycle de vie.

Nous l'avons déjà exprimé, cet arrêt dans le temps de la poursuite de l'activité professionnelle, du fait du burn-out, peut-être régénérateur et porteur s'il est bien repéré, diagnostiqué, élucidé et traité. En effet, le burn-out peut se présenter sous plusieurs formes, et il n'est guère aisé pour le praticien de découvrir et/ou de diagnostiquer un syndrome d'épuisement à travers des manifestations ou des symptômes si diversifiés. Le soignant qui reçoit le patient pour fatigue intense ou abattement sévère peut évoquer diverses pistes et ce n'est qu'à travers une anamnèse ouverte, fine et rigoureuse qu'il pourra entrevoir de quoi il pourrait s'agir.

Après 20 ans de prise en charge de patients en épuisement professionnel sévère, nous nous sommes rendu compte que, chez les patients en stade avancé dans ces processus d'épuisement, il y avait souvent des éléments liés à des traumatismes psychiques plus profonds et antérieurs aux problématiques actuelles rencontrées au travail. Nous devons donc différencier les états de

stress aigu vécu par nos patients et percevoir les stress chroniques auxquels ils auraient été soumis depuis plusieurs années.

Ce syndrome est complexe, et cet ouvrage a comme objectif d'aider le praticien thérapeute, qu'il soit médecin, psychologue ou psychothérapeute, à s'y retrouver dans ce dédale. Les portes d'entrée vers cet intense état d'épuisement physique et psychique sont multiples. Nous invitons le lecteur à analyser la figure P.1 pour s'en rendre compte.

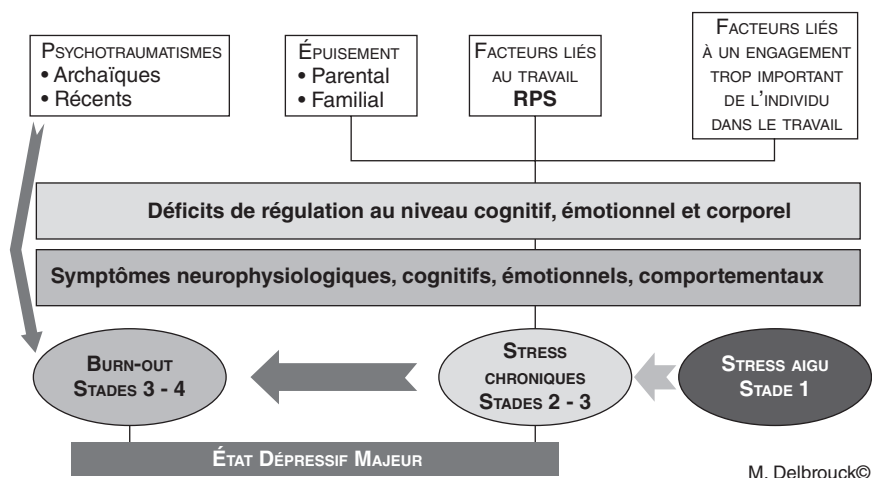


FIGURE P.1. Vue synoptique des facteurs de causalité du syndrome d'épuisement professionnel.

Si nous commentons ce graphique, nous observons que ces multiples voies d'entrée se conjuguent en intensité, en durée d'exposition au stress, en répercussions à court, moyen ou long terme sur l'équilibre affectif et physique de la personne ainsi qu'en termes de préexistence ou non d'état dépressif majeur avec ou sans idéations suicidaires. Elles peuvent avoir pour origine la sphère professionnelle et/ou la sphère privée ainsi que la sphère des psychotraumatismes récents ou plus anciens en gravité de la symptomatologie.

Nous pourrions prendre un peu de hauteur et analyser de manière plus large les origines de ces états cliniques très délétères pour les personnes qui en sont atteintes.

## Poser plusieurs regards sur ce syndrome

### Distinguer

Au niveau professionnel, nous aurons à distinguer s'il s'agit d'un travail salarié ou d'une activité d'indépendant ou libérale, mais dans les deux cas de figure, les éléments déclencheurs sont souvent identiques.

Dans le cas des cadres, des employés et des ouvriers salariés, cinq aspects du travail à accomplir sont susceptibles d'engendrer du stress. La complexité de la tâche, l'impact de la tâche, l'identité de la tâche (possibilité d'identifier clairement le produit de son travail et sa propre contribution dans la production de biens et/ou de services), l'autonomie et le feed-back sur l'efficacité de son travail.

Pour les personnes qui ont une activité d'indépendant (en libéral), deux aspects sont à distinguer : l'engagement de la personne dans son travail et l'addiction au travail. La question de l'engagement de la personne dans son travail peut se manifester soit comme un engagement positif de l'ordre d'une « passion ». Dans ce cas, travailler excessivement avec un fort engagement dans son travail est associé positivement à un haut degré de performance perçue, de même que l'autonomie qui représente une protection. Elle pourrait aussi se manifester, comme une addiction au travail dommageable pour la santé qui peut comporter deux facettes : le fait de travailler de manière excessive et le fait d'être incapable de se détacher psychologiquement de son travail.

## Être compétent de manière holistique

Pour le thérapeute spécialisé dans la prise en charge de burn-out, vu la complexité de ce syndrome, il y a nécessité d'une compétence accrue au niveau de la reconnaissance des types de personnalité, des mécanismes de défense, de la psychopathologie, des mécanismes liés à l'organisation du travail, du management ainsi que des questions philosophiques et métaphysiques.

Une vision holistique, permettra, bien au-delà de la symptomatologie déposée, d'apprécier son niveau de gravité visible et celle non percevable d'emblée, de concevoir la nécessité absolue d'une double ou d'une triple lecture de la souffrance amenée par le patient, de rechercher les signifiants inconscients, de ce qui se vit et des enjeux plus globaux.

La posture du thérapeute demeurera essentielle durant cet accompagnement long, délicat et souffrant. Celui-ci devra accepter de descendre peu à peu dans l'émotion et dans l'essentiel avec certaines personnes ou bien d'emblée conceptualiser les problématiques pour les mettre à distance et introduire une nouvelle capacité de regarder son vécu en se plaçant en méta-position.

Pour d'autres, la situation de travail actuelle est devenue le facteur déclencheur d'une réactualisation ou d'une réouverture d'un trauma antérieur, ancien ou plus récent. Nous verrons que, après un trauma, le corps devient souvent un ennemi qui va couper le patient de toutes sensations avec son corps. Nous verrons qu'il sera impératif de lui permettre de recréer de nouvelles expériences pour réduire et/ou annuler celles liées au trauma. Cette réconciliation sera lente, progressive, et devra se réaliser doucement et paisiblement d'autant plus que ce patient est profondément épuisé au niveau métabolique, souvent psychologiquement effondré, sidéré, parfois terrorisé, sans voix, sans capacité

de vivre ses émotions (alexithymique) ou, à l'inverse, il se présentera dans un état d'hyperémotivité, d'agitation ou d'intense dissociation.

## Reconnaître le degré de dissociation

Certains patients en burn-out à la symptomatologie légère, modérée ou sévère peuvent vivre des phénomènes de dissociation. Ce sont des mécanismes d'urgence destinés à éviter au patient une trop grande contagion ou impact émotionnel. Ils émergent face à une situation d'impuissance dans laquelle le patient a peur et ne trouve pas de solution. Ce modèle défensif peut devenir chronique et se répéter. Le patient se coupe alors de son expérience psychique sous forme d'amnésie et/ou d'anesthésie psychique. Il devient incapable de reconnaître sa propre expérience comme étant la sienne. Ces modes défensifs peuvent aussi générer des attitudes opposées comme de l'hypermnésie, des attitudes paranoïdes ou des débordements émotionnels.

Le reconnecter à son corps et à ses sensations, quitter ce sentiment de peur, de figement, dissimulé derrière une hyperactivité professionnelle, un effondrement physique, un état dépressif sévère avec idéations suicidaires prendra du temps. Cette conscience de soi, ce *body awarenees*, cette pleine conscience, devra parfois être très progressive au risque de voir se recristalliser la symptomatologie. Ce réapprentissage se réalise notamment au travers de la relation thérapeutique au niveau conscient et inconscient au sein de laquelle se rejoue des enjeux de confiance, d'attachement, d'abandon, de rejet, de reproduction de mécanismes de défense, de passage à l'acte, d'incompréhension, etc. Il s'agira de ralentir et d'installer, avec l'accord du patient, des mesures dilatoires et transitoires. Tous ces aspects seront développés dans le livre.

Parfois, certains patients en burn-out sévère nous arrivent dans un état de dissociation très important. Ces personnes présentent des distorsions relationnelles, émotionnelles et comportementales révélatrices d'anciennes distorsions du parentage ou de distorsions relationnelles vécues au travail (non-reconnaissance extrême, dysfonctionnements managériaux, harcèlement, agressivité, placardage, etc.). Ces dissociations sont dites structurelles. Elles ont déteint sur la structure de l'individu et sont dues aux carences et négligences affectives, troubles de l'attachement, à la maltraitance, etc.

Dans les cas légers, la dissociation perméable ou accessible se résoudra lorsque les symptômes, mêmes invalidants, seront explicités. Une consultation rapide dès les premiers symptômes permettra un diagnostic et un traitement de meilleur pronostic. C'est la raison pour laquelle nous insistons tellement sur la prévention primaire et secondaire.

Dans les cas plus sévères, la dissociation hermétique ou impénétrable rendra la prise en charge longue, sinon parfois inefficace après une longue errance thérapeutique et diagnostique.



### **Dissociation structurale primaire**

Lors de traumatismes simples, avec amnésie dissociative et troubles somatoformes

### **Dissociation structurale secondaire**

En cas de ESPT complexes, avec troubles de la personnalité liés à un trauma, et des troubles anxiodépressifs

### **Dissociation structurale tertiaire**

Avec troubles de la personnalité multiples et trouble dissociatif de l'identité

## **La question de l'intersubjectivité**

En dehors des l'organisation de l'activité professionnelle et des conditions de travail liés au type d'activité, à sa surcharge et à sa dangerosité, de son environnement, des aspects culturels et sociaux, le thérapeute se posera également la question de savoir comment son patient interagit avec ses collègues, ses subordonnés et sa hiérarchie. Le patient se déplace-t-il dans le monde de manière autocentrée, sinon égoïste ? Est-il suffisamment individué ou très dépendant ? Est-il étranger à lui-même ? Est-il étrange dans ses comportements, attitudes, relations, interactions ? A-t-il atteint des capacités d'intersubjectivité, c'est-à-dire d'empathie réciproque mutuelle ?

## **Les pistes de traitement**

Suivant le niveau de sévérité du syndrome, le lecteur trouvera une aide dans le chapitre correspondant à son questionnement. Il trouvera un développement détaillé de toutes les notions évoquées ci-avant et pourra utiliser les FAQ posées en début d'ouvrage.

Bonne lecture aux patients et aux professionnels

**Docteur Michel DELBROUCK**



# Préface de la première édition (2011)

Il y a vingt ans, le terme « burn-out » n'était connu que par quelques spécialistes. Aujourd'hui, il est beaucoup plus usité et nous pourrions presque dire qu'il est devenu commun. On peut se réjouir qu'en deux décennies ce concept ait eu une telle diffusion et l'on aimerait croire que, chez tout un chacun, la sévérité et la dangerosité pour l'équilibre mental soient actuellement bien perçues. Malheureusement, il n'en est rien. En se vulgarisant, ce terme s'est affadi au point d'englober tout ras-le-bol au travail, et certains spécialistes affirment même haut et fort que le burn-out n'existe pas : « Le burn-out, c'est un concept qui médicalise le discours de pleurnichards qui n'ont besoin que de coups de pied au cul » !<sup>1</sup>

Il est vrai que le burn-out n'est repris dans aucune des classifications internationales et qu'il n'y a pas de définition univoque de la problématique, même si tout le monde part des ouvrages princeps de Freudenberger et de Maslach. Il était donc indispensable de définir le burn-out et ses facteurs étiopathogéniques. Tout en restant proche des auteurs de départ, Michel Delbrouck ose se positionner sur des points débattus en demeurant fidèle à sa position de clinicien. Clinicien qui a vu et suivi ces personnes en grande souffrance, qu'elles soient des confrères ou des patients. Il nous parle donc sur base de son expérience de terrain et non d'enquêtes scientifiques réalisées par des chercheurs « objectifs » qui n'ont jamais vécu une relation transférentielle d'empathie avec ces patients. Sa position de clinicien ne l'empêche cependant pas d'élargir la réflexion sur le plan philosophique.

---

1. Aujourd'hui, les choses ont bien heureusement évolué !

Partant de sa position de clinicien, il lui était impossible d'éluder la question du dépistage et de l'évaluation du burn-out. Fort adéquatement, il souligne qu'il s'agit d'un processus évolutif et que les manifestations ne sont pas les mêmes suivant les différents stades. Il nous propose un modèle qui sera également utile pour les interventions au cours de la prise en charge. De même, il souligne que le bilan à faire, quel qu'en soit le stade, est multifactoriel (individuel, comportemental, spirituel, financier, professionnel, organisationnel, etc.).

Michel Delbrouck aborde ensuite la partie la plus originale de son ouvrage : *Traiter le burn-out*.

Peut-on le traiter ? Tout clinicien se sent particulièrement démuni face à ces patients qu'il reçoit en cabinet et qu'il découvre dans un état d'épuisement impressionnant. C'est lors de ces rencontres que ce mot prend toute sa signification. À peine mis en incapacité, ces patients peuvent dormir 18 à 20 heures par jour durant de très nombreuses semaines. Aller du salon à la cuisine constitue, pour eux, une expédition de l'autre côté de la planète. Ils sont tellement exténués qu'ils ne cherchent même plus à s'en sortir... Or il n'existe aucune médication anti burn-out, et les psychothérapies habituelles ne prévoient aucune prise en charge spécifique de cette problématique. Alors que faire, les mettre au repos et attendre que ça passe ? Eh bien non. Traiter un burn-out, ce n'est pas comme amener sa voiture au garage. **C'est le patient qui devra se reconstruire lui-même.** Le pauvre, alors qu'il est exténué ! Pour ce faire, il lui faut un accompagnant qui ne s'épuise ni ne se décourage face à la longueur du traitement (de nombreux mois). C'est là que Michel Delbrouck propose des balises très pragmatiques. D'abord reprenant son modèle évolutif, il propose 10 phases à respecter pour que ni le patient ni le thérapeute ne s'épuisent ; dix étapes à ne pas brûler et qui prendront le temps qu'il faut « pour se remettre debout » :

1. la phase de communication ;
2. la phase d'évaluation ;
3. la phase d'acceptation ;
4. la phase de désengagement ou d'écartement ;
5. la phase de recherche de sens ;
6. la phase de redécouverte ;
7. la phase d'apprentissage ;
8. la phase de résolution ;
9. la phase de consolidation ;
10. la phase de départ.

Gare au prurit de vouloir guérir au plus vite !

Ensuite, l'auteur recadre ces interventions suivant que l'on se trouve dans une problématique de prévention primaire, secondaire ou tertiaire. La question

des diagnostics différentiels n'est pas éludée. Le burn-out est-il une maladie ? En quoi se différencie-t-il de la dépression ? Ces questions à elles seules mériteraient de faire l'objet d'un autre ouvrage. Certains auteurs, comme P. Mesters, affirment que le burn-out n'est pas une maladie. N'y aurait-il pas danger à médicaliser une problématique qui serait avant tout une question d'organisation du travail et, dès lors, de faire porter le poids du burn-out sur l'individu souffrant au lieu d'interroger le monde du travail sur sa manière de concevoir la gestion humaine de ses ressources, au lieu de parler de la gestion des ressources humaines ? La question du lien entre burn-out et dépression n'est pas close. Toutes les études montrent qu'il y a une corrélation entre l'intensité d'un burn-out et le niveau d'un état dépressif mesuré par des échelles. Mais S. Terrasse et coll. ont démontré que 60 % des personnes en burn-out majeur ne répondent pas aux critères de dépression. Faut-il reconsidérer les critères de dépression, comme le fait le professeur G. Parker du Black Dog Institute ? Pour cet auteur, la définition de la dépression accorde trop de poids à la tristesse et pas assez à l'irritabilité (alors que dans la dépression de l'adolescent celle-ci est prise en compte). Enfin, le fait que le burn-out soit une maladie professionnelle est peu contesté alors que le seul instrument reconnu internationalement (MBI) pour permettre de mesurer le burn-out n'est applicable qu'aux individus travaillant. Ne pourrait-il y avoir de burn-out de la femme au foyer ? Beaucoup de questions restent ouvertes.

Enfin, une large partie de cet ouvrage est consacrée à la prévention primaire. L'auteur y dispense des conseils très pragmatiques applicables dans la vie quotidienne et ne nécessitant pas d'être un psychothérapeute patenté, en abordant tant le travail que le sommeil ou les loisirs. C'est ce qui fait sans doute de ce livre un recueil particulièrement utile aux soignants et aux personnes victimes de burn-out.

L'ouvrage se clôture par l'étude de certaines problématiques particulières qui méritent un approfondissement : la psychopathologie du travail, le bore-out et burn-in, les soignants, les femmes et la fin de vie professionnelle.

L'une des originalités de cette publication est que, outre son apport à la prise en charge clinique, elle est construite de telle sorte qu'elle puisse également être utilisée comme un vade-mecum. En début d'ouvrage, un certain nombre de questions nous renvoient directement aux paragraphes ou chapitres idoines. À la fin de l'ouvrage, le lecteur peut trouver une série d'adresses ou de références utiles ainsi qu'une série de tests d'évaluations utilisables dans le cadre clinique.

**Docteur Philippe CORTEN**

Professeur de psychopathologie du travail ULB  
Chef de Clinique, « Clinique du stress » CHU-Brugmann  
Psychiatre réadaptateur



# Préambule

## 1. Introduction générale à la prise en charge du burn-out

Vivre un burn-out pourrait être un formidable clin d'œil de la vie ou à la vie. **Oui, on peut en sortir.** Cette implication trop importante dans la vie professionnelle par rapport à la vie privée peut résonner comme un signal d'alarme pour qui sait l'entendre. Quel sens cela a-t-il ou cela pourrait-il avoir pour la personne qui consulte ? Avec le recul de vingt ans de prise en charge du burn-out, nous pensons que celui qui a la capacité d'oser s'arrêter et analyser ce qu'il a vécu et ce qu'il est en train de vivre acquiert une **chance inouïe et inespérée de modifier sa trajectoire de vie avant qu'il ne soit trop tard.**

Cet ouvrage représente la réflexion d'un clinicien de terrain plus que d'un neurophysiologiste ou d'un épidémiologue. Nourris d'informations par les lectures, les échanges internationaux, l'enseignement de la psychopathologie (Delbrouck, 2019), l'expérience clinique de 20 ans de prise en charge de personnes en burn-out (Delbrouck, 2003-2008 et 2013), les 35 ans de psychothérapie à orientation psychanalytique et humaniste et les 40 ans de médecine générale de terrain, la formation de licencié en médecine du travail et la qualité de praticien de la relation d'aide nous encouragent à partager et à faire bénéficier de notre expérience nos collègues confrontés aux problématiques du burn-out.

Historiquement, l'étude du burn-out s'est attachée à la fonction soignante avant de s'étendre à la prise en charge de personnes non soignantes soumises aux mêmes symptômes d'épuisement professionnel. Quelles seraient les spécificités générales et particulières à chacun et à chacune de ces professions ?

Au départ, ce syndrome est supposé n'affecter que l'élite des professionnels, ceux qui agissent avec idéal et générosité. Le fossé qui existe entre les idéaux défendus par ces personnes et les contraintes de la réalité de terrain est l'expression de ce syndrome. Cependant, ce burn-out peut devenir une maladie et déboucher sur une dépression sévère et/ou sur de sérieuses répercussions organiques. Ensuite, et nous le verrons plus loin, cette affection s'étend à l'ensemble des situations de l'homme en relation d'aide, de l'homme « simplement » au travail et même du parent, de la ménagère en surcharge de tâches ménagères, logistiques et de soins de son entourage.

Tout le monde s'occupe du burn-out : le ministre de la Santé, les assureurs, les services de contrôle médical, les sociétés scientifiques, les universités, les sociologues, les journalistes. Toutes les professions s'intéressent aux données statistiques. Combien y a-t-il de personnes en épuisement professionnel dans mon secteur de travail ? L'appellation est parfois banalisée, même galvaudée, mais de moins en moins niée.

Malgré cela, il semblerait que la situation se soit aggravée depuis 10 ans. Le nombre et la sévérité de cette affection grandissent. Notre expérience clinique met en évidence **la juxtaposition sévère de syndromes d'épuisement professionnels avec l'existence de psychotraumatismes récents ou anciens** qui viennent alourdir et accroître la symptomatologie. Par ailleurs, les conditions de travail se sont considérablement détériorées, les dysfonctionnements managériaux et institutionnels s'accroissent, et l'homme au travail est de plus en plus isolé, perdu. Ses ressources personnelles ne sont plus suffisantes.

Mais qui voit, recueille, entend et écoute la personne en burn-out ? Ce sont les praticiens qui reçoivent ces personnes : médecins traitants, psychologues, psychothérapeutes, médecins du travail, coachs en entreprise. **Car la demande de la personne en burn-out est d'ordre personnel.**

Souvent, il y a confusion entre burn-out en tant que **concept de recherche** et burn-out en tant que **souffrance personnelle**. La difficulté pour aborder et résoudre cette question réside dans le fait que les causes sont multiples, variées, collectives, mais aussi que **la prise en charge est essentiellement individuelle**.

La notion de burn-out est passée dans le vocabulaire de Monsieur et Madame Tout-le-monde. Dès que quelqu'un ressent de la fatigue ou déprécie son travail, l'homme de la rue affirme qu'il est en burn-out. Nous tenons à rappeler ce que nous entendons exactement par ce terme et ce qu'il recouvre. L'objectif de cet ouvrage sera, dans un premier temps, de revenir sur la définition du syndrome, des facteurs étiopathogéniques et des fondements philosophiques du burn-out. Ensuite, le dépistage, l'évaluation de son importance et sa prévention avant son traitement deviendront les tâches essentielles à considérer selon le degré et l'intensité de la symptomatologie avancée.

Le regard porté sur cette affection sera médico-psycho-social. Cela nécessitera de la part du professionnel, de la tolérance et de la souplesse car ce



**qui caractérise la personne en burn-out**, contrairement à une personne qui entame une psychanalyse ou une psychothérapie, c'est que la seconde souhaite une recherche consciente et volontaire de réflexion par rapport à elle-même. Dans le cas du burn-out, ce sont les événements de vie ou bien la symptomatologie physique, le corps qui n'en peut plus, qui déclencheront, « forceront » quelque peu la démarche. Nous n'avons donc pas nécessairement une adhésion complète, déterminée pour ce travail de remise en question. **Le thérapeute devra en être conscient et adapter son style, ses exigences au type de plainte, au risque de rencontrer de cuisants échecs.**

Considérons le principe fondamental de la psychologie humaine. Selon Oswald Scharz (1952), « ce ne sont pas les faits, les circonstances qui sont responsables de notre comportement, mais ce qui est important et décisif, c'est l'attitude que nous prenons à leur égard. À n'importe quel moment de sa vie, l'homme sain est capable d'affronter posément les difficultés croissantes qui s'imposent à lui : les maladies et les déceptions. Il est assez souple pour transformer l'opinion qu'il se fait de l'existence et de lui-même, et assez solide pour supporter la certitude d'une fin prochaine. »

Les professionnels resteront vigilants quant aux implications personnelles du sujet en souffrance et aux responsabilités liées au type de travail et à l'organisation de l'entreprise. Les individus sont tous potentiellement différents au niveau de leur histoire personnelle, mais un burn-out collectif peut influencer négativement un burn-out individuel.

Nous nous trouvons à l'intersection de deux types d'approches psychothérapeutiques, ou plutôt au niveau de la distinction entre deux aspects complémentaires de la thérapie psychologique qui se justifie par l'ambiguïté des symptômes présentés. « Le psychisme malade est le champ, dira François Duyckaerts (in Schwarz, 1952, pp. v-xxv), entre deux forces opposées : l'une rétrograde, ramène inlassablement l'individu vers un passé à réparer ou à reconstituer ; l'autre, progressive, l'oriente vers les tâches du présent et de l'avenir. Résultante de ces deux forces, le symptôme est donc toujours affecté d'un double signe : il est l'union d'une valeur positive et d'une valeur négative. La psychothérapie élimine celle-ci ; la psychagogie renforce celle-là. » Médecine préventive et curative, psychothérapie, coaching et acteurs de la sphère du travail devront collaborer.

À travers la relation thérapeutique entre cette personne et son thérapeute vont s'opérer ou se rejouer tous les enjeux en présence. Plusieurs pistes s'offrent au professionnel : les facteurs de stress chroniques extérieurs, les agressions environnementales en tous genres, les facteurs de stress chroniques internes propres à l'individu, son type de personnalité, son histoire personnelle, ses manques d'assertivité ou d'affirmation de soi.

Les dernières recherches menées sur l'accompagnement du burn-out nous montrent **l'importance de la prévention** car, une fois le burn-out installé,

l'accompagnement peut s'avérer long, difficile, décourageant et conduisant souvent au niveau personnel à une **remise en question profonde** qui s'accompagne parfois d'un changement de travail, voire d'un changement d'entreprise.

Nous invitons le lecteur à **ne pas confondre** épuisement professionnel ou burn-out avec l'épuisement émotionnel. À des degrés divers, la personne en burn-out aura à déterminer dans quelle zone elle saura trouver et opérer les démarches et les changements nécessaires : en matière de prévention primaire, si elle ne veut pas avoir de burn-out, en matière de prévention secondaire, si elle a des indices de burn-out, ou en termes de prévention tertiaire, si elle est en plein burn-out.

Nous vous proposons d'une part d'agir avec ordre et méthode, en posant un diagnostic ou des diagnostics précis, et d'autre part de laisser notre cœur et notre esprit grands ouverts pour accueillir tout ce qui se trouve au-delà des mots, des émotions, des plaintes physiques et des situations de travail. Quel sens cela a-t-il ou pourrait-il avoir pour la personne qui consulte ?

Quels facteurs prédictifs permettent de dépister les futurs candidats au burn-out chez les étudiants ? (Delbrouck, 2011). Pour la personne en activité professionnelle, il sera développé et proposé au lecteur, patient ou thérapeute, une démarche de prise en charge du burn-out en dix étapes avec des consignes claires à chaque stade.

Grâce à la rencontre de l'expérience clinique d'une psychologue du travail, **Madame Pascale Vénara**, qui nous parlera du burn-out en entreprise, et d'un médecin-psychothérapeute, le **Dr Michel Delbrouck**, spécialisé dans le syndrome d'épuisement professionnel, le lecteur appréciera la richesse des deux abords avec leur complémentarité. Que le point de départ soit une orientation collective, une entreprise ou une approche plus individuelle, médico-psychologique, c'est au professionnel ou au médecin de choisir ce qui convient le mieux à la personne en burn-out compte tenu du contexte personnel et de travail.

Enfin, lorsque l'heure de la préretraite ou de la retraite sonne, le **Dr François Goulet**, du Collège des Médecins du Canada (Ordre des Médecins du Canada), nous livre une série de conseils judicieux pour préparer cette ultime étape de l'aventure d'une vie de travail.

En ce qui nous concerne, *il n'y a pas de solution durable, si au plus profond de la démarche de la personne en burn-out, elle n'accepte pas une remise en question et une réflexion philosophique, psychologique et éthique de son mode de fonctionnement.* Un niveau d'introspection sera utile afin que la personne se pose la question : qu'est-ce qui m'appartient dans ce qui m'arrive et qu'est-ce qui appartient à mon environnement professionnel, familial, culturel, etc. ?

## 2. Être heureux au travail, est-ce possible ?

### Critères de motivation au travail

1. Être en accord avec son travail
2. Obtenir de la reconnaissance de soi et de son travail
3. Vivre un équilibre entre production et rétribution
4. Acquérir des moyens d'action en rapport avec ses objectifs

L'homme au travail peut ressentir de la satisfaction et du plaisir à partir du moment où plusieurs critères de motivation sont réunis (voir chapitre 6, section 6.3.1). Bien entendu, il est rare que les quatre items repris dans l'encadré ci-dessus soient pleinement présents et réalisés chez chacun et chacune, à savoir **être en accord avec son travail, obtenir de la reconnaissance de soi et de son travail, vivre un équilibre entre production et rétribution** pour les tâches effectuées, et **acquérir des moyens d'action en rapport avec ses objectifs**.

Au préalable de cette démarche, notre proposition serait de nous poser la question : pouvons-nous répondre oui à chacun de ces items et, si la réponse est négative, dans quelle mesure avons-nous pu aménager le manque ou le déplaisir lié à cette négation ? Comment avons-nous compensé, aménagé ou sublimé ce déplaisir de manière adéquate, fluide, **sans retournement contre soi** sous forme de culpabilité, de dépression, d'angoisse, d'épuisement, de colère ou d'addictions ?

Le **modèle motivationnel** de l'épuisement professionnel (Martin et Tesser, 1989-1996 ; Claeys, 2003) explique que **plus notre motivation est autodéterminée<sup>2</sup>, meilleure est notre satisfaction au travail** et, par conséquent, notre satisfaction dans l'ensemble de notre vie. Les risques d'épuisement émotionnel au travail et de détresse psychologique seront moindres.

Pour Pines, cité par Claeys (2003), une personne peu motivée au départ ne peut souffrir du burn-out, mais pourra tout au plus ressentir du stress, de l'aliénation, de la dépression ou une crise existentielle.

Par ailleurs, l'impact des dirigeants et des patrons importe beaucoup, notamment par le fait que plus le style de mobilisation du supérieur satisfait les besoins d'autodétermination, de compétence et d'attachement, plus la motivation des employés sera autodéterminée.

---

2. Le principe d'autodétermination stipule que tous les peuples ont le droit de disposer d'eux-mêmes. En vertu de ce droit, ils déterminent librement leur statut politique et assurent librement leur développement économique, social et culturel. Par extension au niveau individuel, l'autodétermination concerne le droit et la capacité de percevoir clairement et de définir soi-même son statut, ses besoins économiques, sociaux et culturels.

Nous poursuivons un ensemble d'objectifs durant notre existence qui nous permettent de nous mettre en action. Cela entraîne une tension psychologique qui nous amène à rester centrés sur nos objectifs et à éviter la distraction. Des événements extérieurs ou des prédispositions intérieures peuvent nous détourner ou nous faire réaménager nos objectifs. L'incapacité à adapter ces buts aux réalités rencontrées peut nous amener à perdre espoir, à nous démotiver, à devenir passifs et à risquer de développer, dans le cadre du travail, un burn-out professionnel.

Concrètement et de manière réaliste, pouvons-nous, pour la plupart, être autodéterminés dans le choix de notre activité professionnelle ? Cette réflexion va influencer grandement les choix de carrière et les réorientations de carrière en matière de prévention secondaire et tertiaire des personnes présentant un burn-out. La phase de réapprentissage sera influencée par ce modèle motivationnel et d'autodétermination.

Devant la perte d'intérêt et de plaisir au travail, il s'agit de poser un diagnostic précis. Les étapes de la mise au point diagnostique, les stratégies de prévention, le dépistage, l'évaluation de la gravité et, enfin, la prise en charge et le traitement de ce syndrome d'épuisement professionnel seront développées au chapitre 7 (section 7.2).

Comme pour toute autre situation, une anamnèse précise, un examen clinique et un diagnostic correct permettent d'apporter un traitement ou une solution adéquate au problème. Il en est de la médecine comme de la psychologie ou comme de la mécanique automobile. Quand vous consultez un garagiste parce que votre voiture fait du bruit, vous vous méfiez du professionnel qui, à la seule audition de votre moteur, vous donne un diagnostic et change d'emblée votre carburateur. Personnellement, nous préférons le technicien qui pose des questions, demande dans quelles circonstances cela arrive, ouvre le capot, dévisse les capuchons, vérifie les niveaux, contrôle les pressions, se met à réfléchir et propose diverses hypothèses qu'il explique et qu'il étaye d'arguments. Ensuite, il demande si nous avons bien compris et s'enquiert de notre accord pour effectuer la réparation qu'il propose. En médecine et en psychothérapie, nous enseignons ce processus à nos étudiants. En matière de burn-out, nous devons également être prudents et évaluer étape par étape l'importance et la gravité des symptômes. En effet, selon le degré d'intensité de la symptomatologie, nous pouvons ranger les symptômes en **trois, voire quatre stades de gravité**. Leurs facteurs pronostics et leur évolution dans le temps influenceront sur le diagnostic et sur leur prise en charge spécifique. Il en va de même pour la dépression : tous ceux qui pleurent ne sont pas dépressifs et tous ceux qui vomissent n'ont pas une tumeur cérébrale ou une méningite.

### 3. Les 4 niveaux de gravité du syndrome d'épuisement

La prise en charge et le traitement du syndrome d'épuisement professionnel dépendront de l'intensité de la symptomatologie présentée par le patient, du niveau de gravité et du stade (Delbrouck, 2013) dans lequel il se trouve (Figure Pr.1), de sa prise de conscience, de sa capacité d'introspection, de ses capacités intellectuelles et financières. En découleront une attitude thérapeutique et un traitement en relation avec les stades de prévention primaire, secondaire et tertiaire.

| Stade 1                                                       |                                                                                         | Stades 2 - 3                                                                      |                                                                                                                                       | Stades 3 - 4                                                                                                                                                            |
|---------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| « Je vais bien et je tiens à me <u>prévenir</u> du burn-out » |                                                                                         | « J'ai des symptômes d'épuisement et je veux <u>échapper</u> au burn-out »        |                                                                                                                                       | « Je suis en plein burn-out et je veux <u>en sortir</u> »                                                                                                               |
| 1                                                             |                                                                                         | 2                                                                                 | 3                                                                                                                                     | 4                                                                                                                                                                       |
| Tête                                                          | Pensées fluides<br>Curiosité<br>Préoccupations ponctuelles en dehors du travail         | Pensées récurrentes liées au travail<br>Accélération des idées, étourderies       | Oublis<br>Désorganisation<br>Déconcentration<br>Sentiment d'inefficacité                                                              | Sentiment d'incompétence<br>Blocage sur tâches simples<br>Pertes de repères, errance<br>Peur de tout changement<br>Perte d'estime de soi                                |
|                                                               | Expression et régulation simple des émotions<br>Besoins sains<br>Retrait social adéquat | 1 <sup>ers</sup> signes de changt. d'humeur<br>Énervement ou euphorie inhabituels | États excessifs<br>Impatience,<br>Perte d'humour<br>Peurs, angoisses<br>Relations perturbées                                          | Impression de ne plus ressentir<br>Clivage, retrait, isolement, cynisme, effondrement<br>Passages à l'acte<br>Difficultés à s'appuyer sur les gens même proches         |
|                                                               | Eutonie<br>Fatigue normale comblée par le sommeil<br>Appétit, libido                    | Sommeil modifié<br>Tensions, TMS,<br>Tachycardie<br>Céphalées,<br>Affections ORL  | Sommeil, appétit perturbés<br>Addictions,<br>Sympt., ostéo-artic., digest., cardio. cutan., 1 <sup>ers</sup> <u>arrêts de travail</u> | Déficit immunitaire<br>Troubles hormonaux (cortisol)<br>Pathologies organiques variées (Cardio-vasculaires, TMS...)<br>Sidération<br><u>Arrêts de travail prolongés</u> |

FIGURE Pr.1. Les quatre stades ou niveaux de gravité du syndrome d'épuisement professionnel.

## 4. La question du trauma, du traumatisme et du burn-out

Le diagnostic de burn-out se fait dans l'après-coup. Le praticien et même le patient découvrent tout en avançant dans la démarche d'exploration de ce qui lui arrive et lui est arrivé que l'histoire de son affection évoluait à bas bruit depuis un temps assez long. Nous dirions quelques années dans les cas moyennement sévères. Dans les cas de stades 3 et 4, nous avons constaté qu'il y avait souvent superposition de **multiples facteurs déterminants** non seulement dans l'ici et maintenant de la situation, mais également au niveau de facteurs de stress chroniques accumulés de longue date. Ils viennent se surajouter également à l'existence de traumatismes récents ou anciens. Ces traumatismes non élucidés et superposés deviennent des traumatismes qui entraînent peu à peu un stress chronique et de là un intense épuisement physique. Chez le patient qui, présente des réponses inadaptées aux facteurs de stress, nous constatons une plus grande fragilité de sa personne et des freins à sa guérison. Enfin, plus les traumatismes archaïques non résolus de l'enfance seront sous-jacents, plus la gravité, l'intensité et la durée du burn-out seront conséquentes. Nous analyserons tous ces facteurs au fil de l'ouvrage.

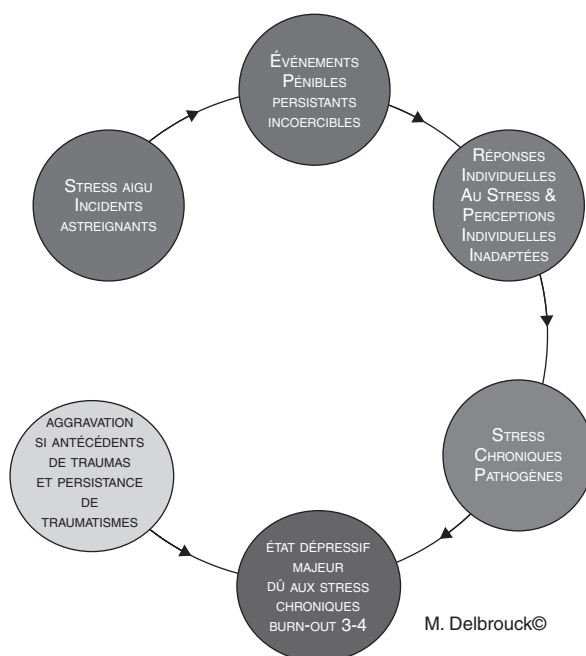


FIGURE Pr.2. Schéma évolutif des stades d'aggravation conduisant au burn-out.

# 5. Les mesures essentielles de prévention

Il existe trois types de prévention face à la prise en charge du burn-out, primaire, secondaire et tertiaire, suivant les stades du burn-out où se trouve la personne en épuisement.

Nous proposons une démarche de prise en charge du burn-out en dix étapes avec des consignes claires à chaque stade. Le professionnel du burn-out aura à cœur de poser un diagnostic différentiel (chapitres 7 et 9) suffisamment large afin de ne pas omettre de pathologies organiques sous-jacentes ou de comorbidités masquées.

Le **premier champ de prévention est d'ordre psychologique** : il s'agit de maintenir l'enrichissement de sa vie affective, de la relation à l'autre, de renforcer son assertivité, son estime de soi, d'évaluer son humeur, de se rendre compte de ses propres scénarios de vie ou de survie, de travailler sur ses valeurs, le sens de sa vie, ses croyances, d'élargir sa vie spirituelle, de sortir de l'isolement, de libérer les introjections parentales et sociétales. Le **deuxième champ est d'ordre socioprofessionnel** : au plan individuel, il s'agit d'élaborer une philosophie de travail, de définir son style de travail, ses priorités, ses affinités, la hiérarchie de ses valeurs professionnelles, de gérer ses horaires, de faire respecter ses limites, de planifier et d'anticiper ses tâches, de développer des stratégies de réussite, de maintenir le goût du travail. Le **troisième champ de prévention concerne les organisations** : il s'agit de jouer sur les facteurs liés aux tâches, à l'organisation, aux relations dans le travail, à l'environnement physique, technique et socioculturel dans l'institution de soins.

|                              |                                                                                                     |                                           |
|------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|
| <b>Prévention Primaire</b>   | <i>Je ne veux pas être en burn-out</i><br>Concerne tout un chacun                                   | <b>Stades 0 à 1</b><br><b>Chapitre 12</b> |
| <b>Prévention Secondaire</b> | <i>J'ai des indices de burn-out</i><br>Concerne le patient symptomatique et son médecin généraliste | <b>Stades 1 à 2</b><br><b>Chapitre 11</b> |
| <b>Prévention Tertiaire</b>  | <i>Je suis en plein burn-out</i><br>Concerne le patient souffrant et son médecin psychothérapeute   | <b>Stades 3 à 4</b><br><b>Chapitre 9</b>  |

FIGURE Pr.3. La détermination des zones de prévention.

## 5.1. Prévention primaire ou stade 1

La prévention primaire a pour objectif d'obtenir une bonne hygiène de vie physique et mentale et d'éviter l'inadaptation psychique et sociale, par l'éducation, l'information, l'aménagement des milieux de vie et les conseils génétiques et diététiques. Comment prévenir si ce n'est en apprenant à gérer les divers domaines de la santé : la gestion de sa santé physique et psychique, la gestion de son sommeil, de son stress, de son temps, de ses capacités de communication, de son fonctionnement personnel et organisationnel.

Les points essentiels à ce stade, outre la surveillance d'une bonne santé physique, sont le maintien et l'enrichissement de la vie affective, l'apprentissage à la verbalisation et à la gestion des conflits familiaux, amicaux, de couple, etc., la sortie de l'isolement et de la solitude morale, la consolidation de son intersubjectivité (chapitre 4, section 4.3.3) ou empathie réciproque mutuelle, l'élaboration de l'estime de soi et de l'affirmation de soi, la réflexion sur sa philosophie de vie et sa philosophie de travail, le maintien du goût au travail, l'apprentissage à la communication notamment avec les personnalités difficiles, l'amélioration des conditions de vie au travail, l'organisation logistique, l'évaluation des stratégies d'adaptation passives (fuite) ou actives (prise en main), la rééquilibration des activités à l'intérieur et à l'extérieur de l'entreprise, les auto- et hétéro-réévaluations positives régulières du travail et enfin la recherche de soutien social par la création de réseaux.

## 5.2. Prévention secondaire ou stade 2

La prévention secondaire vise, dès l'apparition des premiers troubles, à éviter le développement d'une maladie par un diagnostic précoce et le traitement des symptômes, notamment par la consultation chez un médecin et un psychothérapeute.

À ce deuxième stade, la personne présente des indices de burn-out. Elle a dépassé l'épuisement émotionnel. Malgré des vacances et une prise de recul, dès la reprise de l'activité professionnelle ou dès l'évocation de cette reprise, elle redevient irritée, colérique, anxieuse vis-à-vis de son entourage. Le détachement, la sécheresse émotionnelle ou le cynisme vis-à-vis de l'autre caractérise une forme de déshumanisation. Des attitudes de jugements, de rejets sinon de maltraitance, risquent d'apparaître. Le médecin et le psychothérapeute décoderont une souffrance psychique importante et proposeront une démarche d'analyse de ces comportements, souvent installés insidieusement et sournoisement au fil des semaines et des mois.

Ces personnes en pré-burn-out de stade 2 ne souhaiteront pas nécessairement consulter et, pourtant, déjà à ce stade, elles nécessitent un décodage de leurs émotions refoulées, enfouies, rétrofléchies, transformées, contenues,



débordantes qui accompagnent leur vécu difficile. Parfois même, un diagnostic et un traitement médicamenteux seront utiles.

### 5.3. Prévention tertiaire ou stades 3 et 4

La stratégie de prise en charge du patient en burn-out au stade 3 et 4 comporte une série d'étapes à la fois successives et qui vont parfois coïncider dans le temps. Nous ne détaillerons pas ici ces étapes (Figure Pr.4), mais les mentionnons à titre indicatif : phase de communication, d'évaluation, d'acceptation, de désengagement ou d'écartement, de récupération (essentielle), de recherche de sens, de redécouverte, de réapprentissage et de réengagement, de résolution et de consolidation et enfin de départ et d'autonomie. La posture thérapeutique pour soigner le burn-out devrait être modifiée par rapport au modèle médical ou psychothérapeutique habituel. Nous nous trouvons à l'intersection de deux théories étiopathogéniques (le travail est responsable ou l'individu est mis en cause). Dans un premier temps, ces conceptions semblent contradictoires, mais elles se rejoignent souvent en fin d'analyse et en fin de traitement.

## 6. Les phases de traitement du burn-out

**La stratégie de prise en charge du patient en burn-out comporte une série d'étapes à la fois successives et qui vont parfois coïncider dans le temps.** La description de ces dix phases de traitement des patients en burn-out syndrome complet, c'est-à-dire ayant traversé les trois stades de gravité, sera présentée dans le corps de cet ouvrage. À titre indicatif, nous mentionnons ces étapes, qui seront détaillées au chapitre 7, 7.2.1, p. 250 :

1. la phase de communication ;
2. la phase d'évaluation ;
3. la phase d'acceptation ;
4. la phase de désengagement ou d'écartement ;
5. la phase de récupération ;
6. la phase de recherche de sens ;
7. la phase de redécouverte ;
8. la phase de réapprentissage et de réengagement ;
9. la phase de résolution et de consolidation ;
10. la phase de départ et d'autonomie.

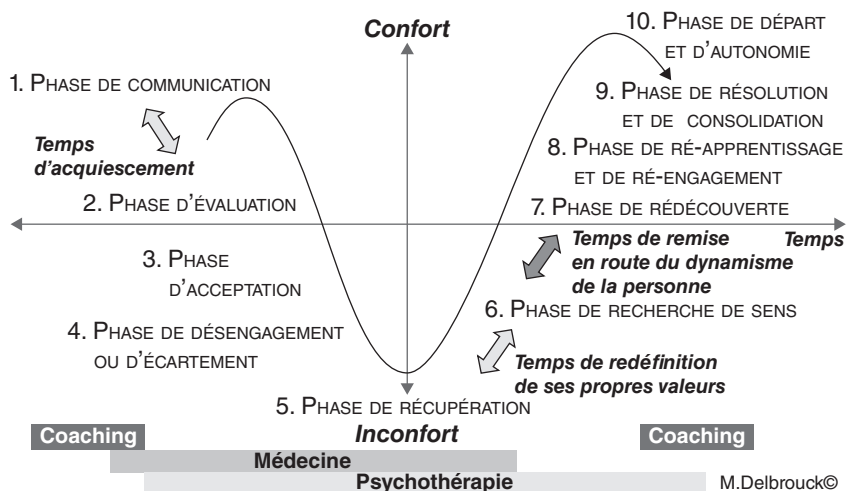


FIGURE Pr.4. Les 10 phases du traitement du syndrome d'épuisement professionnel.

## 7. Comment se servir de cet ouvrage ?

Après cet aperçu global, le lecteur peut décider d'explorer pas à pas chaque item, les définitions, les étiologies, le diagnostic différentiel, etc., ou se rendre directement au traitement du stade où il se sent concerné.

Deux voies d'entrée dans cet ouvrage sont possibles : l'une pour le professionnel du burn-out et l'autre pour la personne qui craint d'être en burn-out. Le lecteur trouvera dans le cadre ci-dessous quelques pistes d'exploration du livre selon sa voie d'entrée et une description des différentes phases de traitement de ce syndrome d'épuisement professionnel. En fonction du stade 1, 2 ou 3-4, le patient ou le professionnel du burn-out se dirigera spécifiquement vers les chapitres de traitement.

| Je travaille et je crains d'être en burn-out.                                    |                     |
|----------------------------------------------------------------------------------|---------------------|
| Je me pose des questions sur ce qu'est le burn-out.                              | 37-42, 48-66        |
| Je suis complètement épuisé.                                                     | 37-58, 293-297      |
| Je crains que mon problème soit plus complexe qu'il n'y paraît.                  | 71-76, 92           |
| Je présente quelques indices d'épuisement professionnel.                         | 48-43               |
| Je souhaite me prévenir du burn-out et acquérir ou corriger certaines attitudes. | 29-31, 226-227, 408 |
| Je gère mal mon temps, mon sommeil, mon stress, mon organisation.                | 349-380             |

|                                                                                                            |                                         |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|
| J'aimerais savoir si je suis soumis à des risques psychosociaux ?                                          | 43-45, 385-398                          |
| J'ai des conflits au travail.                                                                              | 91-102, 336                             |
| Je vis du harcèlement moral, professionnel, sexuel au travail.                                             | 96-102, 389                             |
| Je crains qu'il y ait des problématiques plus profondes dans ma situation.                                 | 28, 112, 121                            |
| <b>Je suis un professionnel prenant en charge une personne en épuisement.</b>                              |                                         |
| Quelles sont les étapes de sa prise en charge et de son traitement pour le burn-out ?                      | 21, 31, 45, 247-280, 343-449            |
| ...qui craint d'être en burn-out.                                                                          | 334-342                                 |
| ...qui est complètement épuisée.                                                                           | 37, 92                                  |
| ...qui a des indices de psychotraumatismes.                                                                | 43-37, 158-176, 325                     |
| ...chez qui je voudrais réaliser un bilan médical, psychique et organisationnel.                           | 201-240                                 |
| ...qui souhaite se prévenir du burn-out et acquérir ou corriger certaines attitudes.                       | 29-31, 343-378, 430-448                 |
| ...chez qui je suspecte diverses problématiques concomitantes.                                             | 69-70, 96, 112, 126-131                 |
| Quels sont les facteurs étiopathogéniques du burn-out ? (causes)                                           | 52-55, 91-143, 42-69, 79-84, 92         |
| ...chez qui je constate des difficultés relationnelles.                                                    | 102-105, 112, 121, 299-324              |
| ...chez qui je suspecte un état dépressif majeur.                                                          | 133-139, 283-289, 293-295, 313-320, 340 |
| ...chez qui je suspecte l'existence de psychotraumatismes associés.                                        | 28, 45-37, 158-176, 325-332             |
| ...qui a besoin de questionnaires d'évaluation.                                                            | 241-243, 399                            |
| Comment suivre au fil des jours l'évolution de mon patient en burn-out ?                                   | 58-70, 259-280, 281-292, 343-378        |
| <b>Je voudrais comprendre le burn-out du point de vue des neurosciences.</b>                               |                                         |
| Neurophysiologie du burn-out                                                                               | 43-70, 147-157                          |
| Neurophysiologie du psychotraumatisme                                                                      | 45-37, 168-176                          |
| Épigénétique des transmissions transgénérationnelles                                                       | 177-187                                 |
| <b>Je suis un étudiant, un professionnel en pleine activité, en préretraite.</b>                           |                                         |
| En tant qu'étudiant, quels sont les paramètres dont je dois tenir compte ?                                 | 430-380                                 |
| En tant que professionnel en pleine activité, j'ai besoin de m'évaluer.                                    | 71-76, 430-380                          |
| En phase de préretraite, comment vais-je préparer cette étape cruciale de fin d'activité professionnelle ? | 474-483                                 |

| <b>Je travaille en institution ou en entreprise.</b>                                   |                  |
|----------------------------------------------------------------------------------------|------------------|
| Comment évaluer ma charge de travail collectif?                                        | 416-426          |
| Quelle est la responsabilité de mon entreprise?                                        | 84-87, 409-426   |
| Je suis soumis à du harcèlement moral et/ou professionnel.                             | 96-102, 389-398  |
| Comment accompagner une équipe en burn-out?                                            | 409-429          |
| Coaching ou thérapie pour accompagner le burn-out.                                     | 343-449          |
| Je suis en burn-out, que dois-je faire?                                                | 21, 281, 343-449 |
| <b>Je travaille et je me pose des questions.</b>                                       |                  |
| J'ai peu d'estime de moi et peu d'assertivité.                                         | 227-230, 340-341 |
| Quelles sont mes motivations au travail?                                               | 25-26, 227-229   |
| Comment puis-je m'évaluer?                                                             | 241, 334         |
| <b>Je suis soignant ou professionnel de la relation d'aide.</b>                        |                  |
| Existe-t-il un burn-out spécifique du soignant?                                        | 453-472          |
| Je soigne des cas particulièrement lourds.                                             | 484-473, 488     |
| Quel est mon risque de morbidité lié aux pandémies?                                    | 484-487          |
| <b>Je vais cesser de travailler et je me pose des questions.</b>                       |                  |
| Je me prépare à la retraite.                                                           | 474              |
| Pour quelles raisons, j'hésite à prendre ma retraite de médecin?                       | 476-479          |
| Suis-je prêt à prendre ma retraite?                                                    | 478              |
| Quels bons conseils pour prendre ma retraite?                                          | 483-484          |
| Quelles protections financières puis-je contracter?                                    | 480              |
| Le troisième âge et ma santé. Comment évaluer?                                         | 481              |
| <b>Je me demande d'où provient l'état dans lequel je suis.</b>                         |                  |
| Cela vient-il de mon travail?                                                          | 43, 84, 91       |
| Cela vient-il de mon environnement?                                                    | 102              |
| Cela vient-il de moi?                                                                  | 105-131, 299-312 |
| Y a-t-il des réflexions philosophiques et/ou sociologiques à ce phénomène de burn-out? | 77-88            |

## **PARTIE 1**

# **Définir le burn-out**



# CHAPITRE 1

## Définitions

### 1.1. Introduction

La notion de burn-out est aujourd'hui connue de tous, mais il est important de rappeler ce que nous entendons exactement par ce terme et ce qu'il recouvre. Ce syndrome peut atteindre tout cadre professionnel ou toute personne qui a des responsabilités importantes ou qui est en relation d'aide au sens large du terme : les dirigeants, cadres, avocats, entrepreneurs, décideurs, soignants, techniciens de la relation d'aide, enseignants, formateurs, journalistes, correspondants de guerre, architectes, policiers, commerçants. Toutes les professions où la relation est primordiale peuvent entraîner ce type de réaction. Cette notion peut être étendue à d'autres professions – en ce compris tout travailleur ou employé débordé par sa tâche professionnelle, les travailleurs en entreprise, les employés en institution ou en association –, mais également à d'autres fonctions comme les accompagnants non soignants de grands malades (la famille, l'épouse, les ménagères et mères de famille nombreuse, les religieux).

Enfin, il nous paraît indispensable de ne pas confondre épuisement professionnel ou burn-out avec épuisement émotionnel, qui en est le premier stade et qui s'amende avec du repos (chapitre 1, p. 37). De même, la confusion peut régner entre burn-out et dépression, ou encore entre burn-out et fatigue, insatisfaction passagère ou durable au travail, stress au travail, démotivation ou envie de changement.

S'agit-il d'un processus ? d'un état ? Est-ce le stade final d'un mal-être qui se développe progressivement avec l'accumulation continue du stress et d'autant plus que, devant chaque situation, aucune attitude de coping<sup>3</sup> ou d'adaptation n'est adoptée.

---

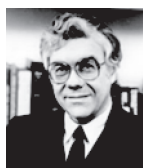
3. Coping : stratégies d'ajustement que l'on adopte en fonction des agents stressants. Ils peuvent être orientés vers la diminution de la réaction de stress ou vers le contrôle de la situation stressante. Cf. glossaire.

S'épuiser, s'user, craquer correspond au terme anglais *to burn*, qui signifie se consumer, en référence à l'incendie intérieur d'un immeuble dans lequel le feu aurait pris, laissant les gens vidés intérieurement mais d'apparence intacte.

## 1.2. Rappel théorique des concepts

André est chef d'un département d'informatique dans une compagnie internationale de services. Après son bilan médical négatif (prise de poids, hypertension sévère avec malaise syncopal), son médecin traitant l'envoie en consultation psychologique pour burn-out. Conscientisé par les nombreux arrêts de travail dans son entreprise ainsi que par certains de ses patrons qui ont démissionné après un accident cardiaque, il est convaincu de la nécessité de revoir la manière dont il gère son. L'essentiel du travail portera sur la prise de conscience de processus archaïques de dévalorisation qu'il répétait dans sa vie, sur la tentative ardue de retrouver un emploi du niveau de sa qualification vu son haut niveau d'expertise, son âge et le désir de conserver le montant des rémunérations vu ses multiples engagements financiers, sur le vide des relations familiales et amicales qu'il avait délaissées. Il découvre que son type de stress est lié à la nécessité d'une obligation de réponse urgente à toute heure du jour et de la nuit pour maintenir la « machine informatique opérationnelle à tout instant » et non pas au volume de travail, ni aux hautes responsabilités à son échelon dans l'entreprise. Il ira explorer les postes de travail disponibles au sein même de son entreprise et trouvera un poste de responsable de service, avec le même salaire, le même niveau de hiérarchie institutionnelle, mais où à volume de travail identique, les délais de réponse passent de quelques heures à quelques semaines. Un régime amaigrissant, un suivi médical correct et une remise en question personnelle et familiale ont permis à ce cadre de retrouver un sens à sa vie. Aujourd'hui, il s'occupe de dépister tous les cas de burn-out au sein de cette entreprise multinationale !

### 1.2.1. Définition du burn-out selon Herbert Freudenberger



**Herbert J. Freudenberger**, né à Francfort en 1926 et décédé à New York en 1999, est un psychologue et psychothérapeute américain. Ayant fui le nazisme, il travaille à New York avec des professionnels de la santé mentale. En 1975, il décrit un état d'épuisement particulier dans lequel se trouvent ces soignants : ceux-ci se plaignent de douleurs physiques, accompagnées d'émotions fortes, de colère, de sentiments de frustration et de méfiance vis-à-vis de leur entourage. Il décrit ce qu'il appellera plus tard le burn-out et comparera ces personnes comme des victimes d'incendie tout comme les immeubles, consumés de l'intérieur. Le burn-out, c'est le fait de s'user ou d'être épuisé après avoir sollicité de soi trop d'énergies ou de ressources. Il représente l'épuisement de nos ressources physiques, mentales et émotionnelles, et s'installe progressivement, même s'il donne l'impression de survenir tout d'un coup.

Le syndrome complet comprend un trépied de phases progressivement évolutives (Figure 1.1). La plupart des personnes (50 % de la population)



présentent, heureusement, des signes liés uniquement à la première phase. Il s'agit d'un concept neuf, qui ne se superpose pas à un diagnostic psychiatrique et qui peut mener à la dépression. Considéré au départ comme une maladie spécifique de la relation d'aide, il englobe et dépasse le stress et donne une perte du sens du travail. Le burn-out révèle un malaise existentiel singulier et social. Il pose la question du sens de la vie.

### Trépied des symptômes du syndrome d'épuisement professionnel

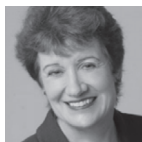
1. L'épuisement émotionnel
2. La déshumanisation de la relation à l'autre
3. Le sentiment d'échec professionnel ou la diminution de l'accomplissement personnel

Le burn-out se rencontre surtout chez la personne qui poursuit des idéaux élevés dans sa vie personnelle, familiale ou professionnelle, puisqu'elle consacre toute son énergie à atteindre un but irréaliste dans les conditions actuelles, mais il peut aussi être le résultat d'un travail au sein duquel l'individu a l'impression de répéter la même routine, de tourner en rond, jour après jour, semaine après semaine, de s'ennuyer, de sembler désorienté, de soupçonner les autres de ne pas l'apprécier... Certains ont parlé, pour ces derniers points, de bore-out<sup>4</sup>.

Comme le mentionne H. J. Freudenberger (1987, p. 67), « la vie ressemble à une balançoire à la seule différence que nos dépressions deviennent plus sévères à chaque descente et que nous devons payer un prix plus élevé pour nos expériences à chaque remontée ».

Comme le travail ne présente plus de valeur aux yeux de ces personnes épuisées et qu'elles n'ont plus de motivation pour tenir, elles mettent en place un cynisme protecteur. C'est au sein de ces comportements que pourrait se créer une pathologie de la relation qui peut engendrer des situations de harcèlement moral au travail. Nous en reparlerons plus loin (chapitre 4, 4.1.3, p. 96).

### 1.2.2. Définition selon Christina Maslach



**Christina Maslach**, psychologue américaine spécialisée dans les domaines de l'épuisement, du stress au travail et de l'influence sociale sur l'individuation, est professeur de psychologie à l'Université Berkeley. Elle a créé un outil de mesure le *Maslach Burnout Inventory* (MBI) qui est utilisé dans le monde entier pour diagnostiquer le burn-out. Michael P. Leiter, son co-auteur, est doyen de la faculté des sciences et professeur de psychologie à l'Université d'Acadie, au Canada.

4. Bore-out : syndrome d'épuisement professionnel par ennui (cf. section 1.9, pp. 61 à 64).

Alors que Herbert Freudenberger insiste sur les facteurs personnels, C. Maslach attribue davantage les raisons du burnout à l'environnement et aux conditions de travail. Pour consolider cette piste, elle a mené des entretiens auprès de groupes de professionnels, autres que des soignants, mais dont les fonctions impliquent des relations importantes avec d'autres personnes. Elle constate comme résultats de son analyse : épuisement émotionnel, attitudes distantes, négatives envers les clients ou les patients. Elle conclut d'une part à la régularité de cette symptomatologie dans les différentes professions et d'autre part qu'il s'en suit une perte d'efficacité dans les services de santé et d'action sociale, d'un absentéisme et d'un turnover élevé. Il provoque aussi une détérioration du bien-être physique.

C'est à Christina Maslach (2011), à **M. Leiter** et à **S. Jackson** (1982) que l'on doit d'avoir éclairci le syndrome en le décrivant en trois volets qui, ensemble, forment un syndrome à trois dimensions. On y trouve :

1. une dimension d'**épuisement émotionnel et physique** ;
2. une dimension de **dépersonnalisation** avec des attitudes détachées et même cyniques. Ces personnes gardent leurs distances avec leurs collègues et s'impliquent moins dans le travail ;
3. une dimension d'**inefficacité** qui a comme conséquence que tout nouveau projet paraît insurmontable, ce qui entraîne une diminution de l'accomplissement personnel.

Les premières études sur le MBI ont été publiées en 1996 par Susan Jackson, Michael Leiter et Christina Maslach. Cet outil est constitué de 22 items : 9 pour l'épuisement émotionnel, 5 pour la dépersonnalisation et 8 pour l'accomplissement personnel. Chaque item représente une facette de l'évaluation que le sujet peut faire de son travail. La personne interrogée indique la fréquence selon laquelle elle éprouve le sentiment en question. L'épuisement, la dépersonnalisation et la réduction de l'accomplissement personnel sont mesurés séparément (Annexe 15).

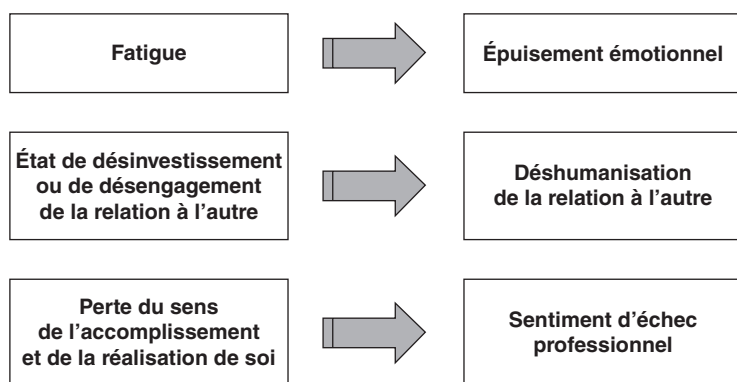


FIGURE 1.1. Les trois volets formant le syndrome d'épuisement professionnel (Maslach & Jackson, 1982).

### 1.2.3. Définitions du burn-out par l'UE et l'OMS

#### A. Définition par l'Agence européenne pour la Sécurité et la Santé au travail

Pour l'Union européenne, environ 50 % des travailleurs européens estiment que le stress est courant sur leur lieu de travail et intervient dans près de la moitié de l'ensemble des jours de travail perdus.

L'agence européenne<sup>5</sup> pour la Sécurité et la Santé au travail a donné une définition du stress au travail (2019), que voici : « Un état de stress survient lorsqu'il y a déséquilibre entre la perception qu'une personne a des contraintes que lui impose son environnement et la perception qu'elle a de ses propres ressources pour y faire face. Bien que le processus d'évaluation des contraintes et des ressources soit d'ordre psychologique, les effets du stress ne sont pas uniquement de nature psychologique. Il affecte également la santé physique, le bien-être et la productivité qui y est soumise. »

#### B. Définition de l'OMS

Le 20 mai 2019, le burn-out a fait son entrée dans la Classification internationale des Maladies de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) (CIM-10; ICD 10). Il est référencé dans la section consacrée aux « problèmes associés » à l'emploi ou au chômage. Il porte ainsi désormais le nom de code QD85<sup>6</sup>.

Voici sa définition : il s'agit d'« un syndrome [...] résultat d'un stress chronique au travail qui n'a pas été géré avec succès » et qui se caractérise par trois éléments : « un sentiment d'épuisement », « du cynisme ou des sentiments négatifs liés à son travail » et « une efficacité professionnelle réduite » (CIM-11).

Nous constatons que tous les items repris par H. J. Freudenberger et C. Maslach y sont repris, ce qui est une notable avancée. Il aura fallu près de vingt ans pour que ce syndrome soit reconnu internationalement.

Le registre de l'OMS précise que le burn-out « fait spécifiquement référence à des phénomènes relatifs au contexte professionnel et ne doit pas être utilisé

---

5. Troisième enquête européenne des entreprises sur les risques nouveaux et émergents (ESENER 3 de l'EU-OSHA, menée en 2019), Microentreprises, Risques psychosociaux et stress. L'enquête porte en particulier sur la gestion des risques psychosociaux (tels que le stress et le harcèlement liés au travail) et comprend également des questions sur la numérisation. En adoptant une vision globale des pratiques actuelles en matière de SST à travers l'Europe, les résultats de l'enquête visent à contribuer à éclairer de nouvelles politiques en matière de SST et à veiller à ce que les risques sur les lieux de travail européens soient gérés de manière plus efficace.

6. La 11<sup>e</sup> révision de la Classification internationale des maladies, la CIM-11 a été adoptée lors de l'Assemblée mondiale de l'OMS le 25 mai 2019 et a mis à jour la définition du burn-out, ou épuisement professionnel sous le nom de code QD85 (en) Burnout.

pour décrire des expériences dans d'autres domaines de la vie », ce qui exclut le burn-out parental, du moins pour le moment.

### 1.2.4. Définition de l'Institut de Prévention et d'accompagnement du Burn-Out (IPBO)

L'Institut de Prévention et d'accompagnement du Burn-Out (IPBO) est une association de professionnels européens formés et actifs dans la prévention et l'accompagnement de personnes en stress au travail et confrontées au burn-out. Elle a redéfini à sa manière le concept du burn-out à partir de l'expérience clinique de ses membres depuis une vingtaine d'années.

Le burn-out ou épuisement professionnel se développe suite à un **désajustement prolongé** entre un organisme (une personne, une équipe) et un environnement (une institution, une association, une entreprise, une famille, un groupe social, etc.). Le syndrome est évolutif en quatre stades et multifactoriel. Il se traduit par un état de déséquilibre psychique, émotionnel, physiologique, pouvant entraîner une situation de rupture professionnelle ou personnelle et avoir des effets délétères sur la santé. Voici les 4 dimensions du burn-out :

- **B : Baisse d'énergie.** Il s'agit d'une fatigue pénétrante que le sommeil ne peut combler.
- **U : Usure émotionnelle.** Il s'agit d'un déséquilibre émotionnel (sécheresse ou débordement d'émotions).
- **R : Rupture du lien.** Il s'agit d'une mise à distance entre soi et l'autre pouvant se traduire par une forme de déshumanisation (cynisme, clivage, agressivité, fuite, retrait, évitement, etc.).
- **N : Sentiment de Nullité.** Ce sentiment découle d'une baisse de performance qui entraîne ou qui est consécutive à un sentiment de culpabilité et/ou à une perte d'estime de soi.

Pour cette association, le burn-out n'est pas un stress classique et il n'aboutit pas forcément à la dépression. En réponse à un stress émotionnel chronique, il représente un **désajustement<sup>7</sup> prolongé entre un organisme** (une personne, une équipe) **et un environnement** (une institution, une association, une entreprise, etc.) Cette définition permet d'englober assez bien de facteurs étiopathogéniques qui seront élucidés plus loin dans l'ouvrage (chapitre 3).

Le burn-out s'articule autour de 3 dimensions : tout d'abord un épuisement émotionnel qui entraîne une dépersonnalisation et qui affecte le sentiment d'accomplissement personnel. Il se déclenche plus favorablement chez les per-

---

7. Cette définition se base sur l'approche gestaltiste qui considère notre vie et nos fonctions vitales comme un constant ajustement à la fois conservateur et créateur entre notre moi et notre environnement.

sonnes passionnées, qui ont une forte volonté d'entreprendre, de réussir et de bien faire leur travail. Il est donc essentiel de prévenir la mise en place de ce syndrome en repensant le travail, en redonnant du sens et en proposant de nouvelles formes de coopération dans et en dehors du travail. Car le burn-out questionne la place du travail dans nos vies et dans notre fonctionnement psychique. Il soulève des questions identitaires, interroge le sens, les valeurs et interpelle notre être tout entier.

### 1.3. Les Risques PsychoSociaux (RPS)

Lorsque nous examinons les exigences liées à l'emploi, il nous paraît essentiel de ne pas confondre les risques psychosociaux (RPS) et le fait que l'environnement de travail peut être stimulant et parfois marqué par un certain nombre de défis à relever, tout en offrant au travailleur le soutien dont il a besoin, en termes de formation et de motivation, pour exécuter sa tâche au mieux de ses capacités. Un environnement psychosocial propice stimule les performances ainsi que le développement personnel, et favorise le bien-être mental et physique des travailleurs.

Cependant, il existe toute une série de situations de travail, reprises dans les risques psychosociaux, qui sont le résultat d'une mauvaise conception de la tâche à accomplir, d'un dysfonctionnement organisationnel, d'une gestion du travail inadéquate ou d'un contexte socioprofessionnel défavorable. Les risques psychosociaux représentent des facteurs de souffrance au travail et sont un risque pour la santé mentale, physique et sociale, engendrés par des conditions d'emploi et des facteurs organisationnels et relationnels susceptibles d'interagir avec le fonctionnement mental de la personne au travail. Ils sont donc le résultat d'une mauvaise conception, organisation ou gestion du travail et d'un contexte socioprofessionnel défavorable.

Parmi les conditions de travail susceptibles de déboucher sur des risques psychosociaux, citons :

- une surcharge de travail ;
- des exigences contradictoires et un manque de clarté sur la fonction à remplir ;
- la non-participation des travailleurs aux décisions les concernant et leur absence d'influence sur le mode d'exécution de leur activité professionnelle ;
- des changements organisationnels mal gérés et l'insécurité de l'emploi ;
- l'inefficacité de la communication et le manque de soutien de la direction ou des collègues ;
- le harcèlement psychologique et/ou sexuel et la violence exercée par des tiers.

Les travailleurs ressentent du stress à partir du moment où ce que l'on exige d'eux sur le plan professionnel dépasse leur capacité à satisfaire ces exigences. **L'équilibre de la balance entre le quota des facteurs de risque et le quota des ressources est déficitaire.** Pour l'institution ou l'entreprise, les effets négatifs se manifestent, entre autres, par de mauvais résultats globaux de l'entreprise, un taux accru d'absentéisme, un taux élevé de présentéisme<sup>8</sup> et une augmentation du nombre d'accidents de travail. La durée des incapacités temporaires de travail s'allonge et on peut constater des taux accrus de retraite anticipée.

En Belgique, une nouvelle législation relative aux risques psychosociaux au travail est en application depuis le 1<sup>er</sup> septembre 2014. Elle concerne la prévention de l'ensemble des risques psychosociaux et ne se focalise plus uniquement sur la prévention de la violence et du harcèlement moral ou sexuel au travail. Ceux-ci doivent désormais être pris en compte dans la politique de prévention de l'entreprise et traités de manière prioritaire et collective. Le travailleur doit donc avoir accès à des procédures internes individuelles élargies à l'ensemble des risques psychosociaux au travail. Les demandes d'intervention psychosociale peuvent être formelles ou informelles et ne nécessitent plus de plainte motivée. Il en est de même en France.

La prévention globale signifie que **l'employeur doit veiller de manière préventive** à ce qu'au sein de son entreprise, ses ouvriers ou ses employés ne soient pas victimes de risques psychosociaux comme la **dépression, le burn-out, les idées suicidaires, les angoisses et les conflits au travail**. Ces RPS englobent le stress, les violences externes ou internes, les conflits et la notion plus large de mal-être au travail. Seul le harcèlement moral au travail ou *mobbing* est passible de sanctions juridiques. Nous verrons que la limite entre le harcèlement moral et les RPS n'est pas évidente, notamment dans le cas où, dans le stade 2 du burn-out, le cynisme qui au départ se veut protecteur pourrait devenir source de harcèlement moral sévère et insidieux (chapitre 4, 4.1.3, p. 96).

Le schéma ci-dessous (Figure 1.2) met en exergue les pourcentages des formes de violences sur le lieu de travail. La violence externe est celle exercée par des personnes étrangères à l'entreprise alors que la violence interne est agie au sein de celle-ci, par des agents appartenant à l'entreprise sous forme de harcèlement moral ou sexuel, de menaces et d'incivilités. Cette violence peut également être institutionnalisée de manière insidieuse. Nous développons cet aspect au chapitre 4, 4.1, pp. 91-102. Quant aux conflits, ils font partie du développement normal des individus et des sociétés. Pour Marie-France Hirigoyen (2001), « lorsque aucun conflit ne peut exister parce que la parole et le dialogue sont censurés, le harcèlement moral se met en place ».

---

8. « Présentéisme » s'oppose à « absentéisme » et désigne la présence abusive de la personne sur le lieu de travail, menant à un état pathologique de surmenage (personne démotivée, fatiguée, peu productive et souffrant de somatisations diverses).

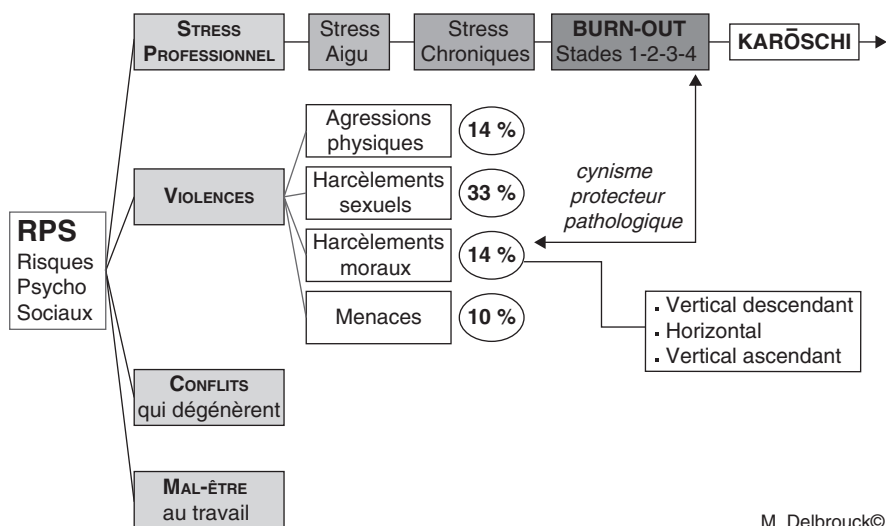


FIGURE 1.2. Schéma global resituant les RPS et le burn-out.

Nous observons sur ce schéma que dans le cas du stade 3 et 4 du burn-out, il peut parfois engendrer une forme de harcèlement au travail par l'existence d'irritabilité exagérée, d'agressivité, de dysfonctionnements psychiques.

## 1.4. Définitions du trauma et du traumatisme

Nous introduisons, dans cette seconde édition sur la prise en charge du burn-out, les notions de trauma et de traumatisme. Notre expérience clinique de plus de vingt ans dans ce domaine nous a montré la coexistence, du moins dans les cas très sévères de burn-out, des deux entités cliniques.

Commençons par définir et différencier ce qu'est le trauma et le traumatisme (Tableau 1.1).

### 1.4.1. Le trauma

Le trauma se définit comme un événement qui a un début et une fin, d'une durée courte ou longue mais limitée dans le temps. Son intensité est telle que nous pourrions le comparer à un tremblement de terre. Il surgit dans un contexte spatial précis ou au sein d'une relation et menace l'intégrité physique et/ou psychique. Il peut s'agir d'un accident de la route, d'une catastrophe naturelle, d'un état de guerre, d'une perte d'emploi, d'un décès brutal, d'une rupture amoureuse ou relationnelle intense, d'une séparation arbitraire, d'une opération chirurgicale majeure, d'une anesthésie. Tous ces événements déclenchent une réaction de survie et mettent en place des mécanismes de défense instinctifs, réflexes et inconscients.

Le trauma est en quelque sorte un état d'alerte dû à un stress externe qui active des voies directes rapides vers le Système Nerveux Autonome (SNA) qui ne permet pas de représentation cognitive. Par ailleurs, des voies nerveuses s'orientent vers le cortex cérébral fournissant des représentations mentales liées au trauma.

Nous verrons au chapitre 10, que ces facteurs externes, déclencheurs du trauma, entraînent une hyperactivation du SNA avec ensuite, un retour à la normale.

## 1.4.2. Le traumatisme

### A. Le traumatisme vu comme une adaptation du SNA

Le traumatisme est une situation clinique consécutive à un trauma. Ce n'est pas un événement mais un **stress d'origine interne**, un état physique entretenu par l'organisme qui a vécu un trauma et qui maintient un état de stress interne au-delà de l'événement et ce pendant des années, sinon parfois pendant toute une vie, comme si le danger était toujours présent.

Cet état est soit permanent, soit est réactivé dans certaines circonstances et indépendant des circonstances d'origine. Nous pourrions comparer le traumatisme à un poison pour notre existence, car il est toxique d'avoir ou de subir un état d'alerte non justifié.

Il s'agit d'une souffrance cognitive, émotionnelle, relationnelle, spirituelle vécue aujourd'hui à cause de cette alerte interne antérieure liée à ce qui nous est arrivé dans le passé et en réaction avec elle. Notre organisme continue à fonctionner comme si le danger était encore présent. Ce fonctionnement est soit permanent, soit réactivé par certaines circonstances de manière totale ou partielle.

Il est donc important que lorsque nous nous trouvons en situation de trauma, nous puissions en sortir rapidement et mettre en œuvre ce qu'il faut pour éviter son engramme, c'est-à-dire sa trace biologique de la mémoire dans le cerveau. En effet, le temps ne suffit pas pour effacer. Les mécanismes de résolution du stress n'ont pas été achevés. Les capacités des mécanismes de défense ont été dépassées.

### B. La transmission transgénérationnelle

Nous savons qu'il peut y avoir une transmission transgénérationnelle (chapitre 5, section 5.4) du trauma de manière épigénétique au sein de nos cellules. Il ne s'agit donc pas d'un trouble mental. Les mémoires traumatiques sont entretenues et transmises épigénétiquement.

Le traumatisme est donc un mode de fonctionnement physiologique, indifférent au temps, consistant au maintien d'un état de stress physique **entretenu inconsciemment** par l'organisme mais dont **l'origine est interne** et non externe comme dans le trauma. Ce mode de réaction physiologique peut subir une transmission transgénérationnelle de manière épigénétique (chapitre 5, 5.4, pp. 177-187, étant entretenu par les mémoires traumatiques inconscientes (chapitre 5, 5.3, pp. 170-174).



La personne traumatisée peut en sortir grâce à des mécanismes de résilience et poursuivre ainsi une croissance post-traumatique à partir du présent et non plus en fonction de son passé (Figure 1.3).

TABLEAU 1.1. Différences entre trauma et traumatisme (inspiré de Cyrinne Ben Mamou).

| TRAUMA                                                                                                   | TRAUMATISME                                                                                                                                            |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Événement                                                                                                | Mode de fonctionnement physiologique                                                                                                                   |
| Déclenchement d'un état d'alerte d'une réaction de survie                                                | <b>Maintien d'un état d'activation neuro-physiologique interne et récurrent</b>                                                                        |
| Circonsrit dans le temps:<br>Un début, une fin, une durée,<br>une intensité, un contexte<br><b>PASSÉ</b> | État indifférent au temps<br>État de stress physique entretenu<br>Inconsciemment par l'organisme<br><b>PRÉSENT</b><br>Souvent projection vers le FUTUR |
| Origine du stress EXTERNE                                                                                | Origine du stress INTERNE                                                                                                                              |
| Facteurs externes déclencheurs du trauma                                                                 | Transmission transgénérationnelle de manière épigénétique                                                                                              |
| Hyperactivation du SNA avec retour à la normale                                                          | Entretenu par les mémoires traumatiques inconscientes                                                                                                  |
|                                                                                                          | Sortie par des mécanismes de <b>RÉSILIENCE</b><br><b>CROISSANCE POST-TRAUMATIQUE</b>                                                                   |

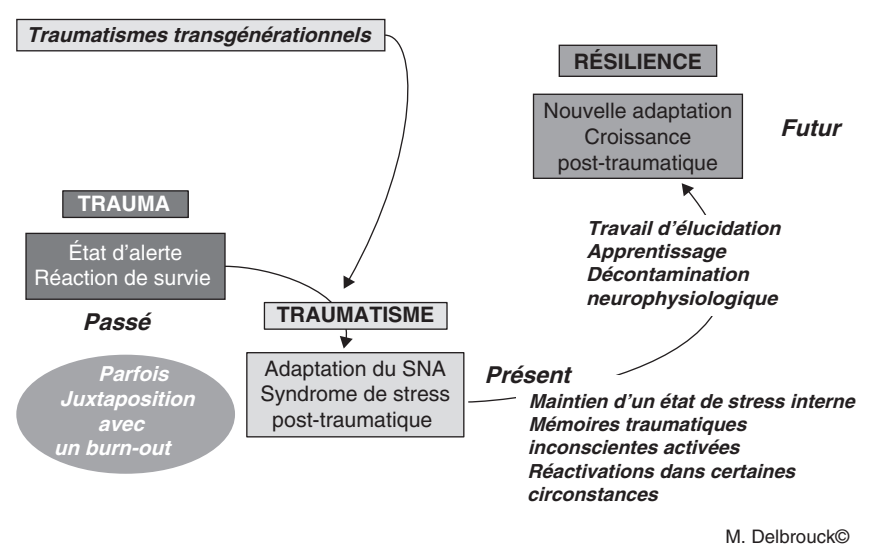


FIGURE 1.3. Schéma résumé de la sortie possible d'un psychotraumatisme.

### 1.4.3. Symptomatologie du trauma et du traumatisme

L'existence d'un psychotraumatisme aggrave l'état physique et psychique du patient en burn-out et peut retarder son évolution positive. Des facteurs, comme le harcèlement moral ou les conflits professionnels ou privés, font ressurgir la symptomatologie traumatique.

**TABLEAU 1.2. Différences de symptomatologies  
entre trauma et traumatisme.**

| TRAUMA                                                                                        | TRAUMATISME                                                                                                                 |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Manifestations somatiques, émotionnelles, comportementales                                    | Perturbations somatiques au long cours                                                                                      |
| État de dissociation passager<br>Moment, durée, contexte, agents extérieurs                   | Dissociations sensorielles<br>Distanciation somatique                                                                       |
| Fuite, combat, figement temporaires.<br>Mécanismes de défense focalisés sur l'agent agresseur | Hypervigilance chronique<br>Anticipation constante des dangers<br>Méfiance excessive, insécurité                            |
| Peurs liées au contexte traumatique                                                           | Anxiétés anticipatives<br>Altérations de l'intéroception<br>Ruminations, inconfort somatique                                |
| Perte temporaire de la conscience extéroceptive                                               | Sentiment d'aliénation sensorielle<br>Abandon des repères internes objectifs                                                |
| Capacité de contrôle des réactions émotionnelles<br>Récupération des fonctions...             | Impuissance existentielle – illusion de soi<br>Répétition des stratégies d'échecs<br>Perte de pouvoir personnel – Faux self |

## 1.5. Les trois stades du burn-out et évolution du concept d'épuisement professionnel

### 1.5.1. L'épuisement émotionnel

L'épuisement émotionnel, souvent confondu avec l'épuisement professionnel, est le premier stade du syndrome. Cet épuisement est autant physique que psychique. Intérieurement, le sujet ressentira cet épuisement sous la forme d'une fatigue effective au travail, d'un sentiment d'être « vidé » et d'une difficulté à être en relation avec les émotions de l'autre, si bien que travailler avec certaines personnes devient de plus en plus difficile. Cette fatigue émotionnelle n'est pas ou n'est que peu améliorée par le repos. Toutes les tâches deviennent des corvées. Outre des sensations de vide émotionnel interne, on peut également observer chez le patient des explosions émotionnelles comme des crises

d'énervement et de colère, mais aussi des difficultés cognitives à se concentrer marquées par des oublis de réponse à des demandes même anodines. Cet épuisement se heurte à l'incapacité à exprimer toute émotion.

Une tradition culturelle implicite veut qu'une personne compétente au travail doit rester forte et qu'elle ne peut exprimer aucune faiblesse. Partant de cette idée, l'émotion risque donc d'être déniée et déviée par des comportements de contrôle. Ainsi, l'épuisement peut prendre l'aspect d'une froideur, d'une distanciation à l'autre. Cet état est décrit dans la littérature américaine sous le nom de *John Wayne Syndrom*. À l'image du célèbre acteur dans ses rôles de cow-boy, la personne devient impassible et nie tous les problèmes, alors que les flèches, les balles sifflent à ses oreilles.

### 1.5.2. La déshumanisation de la relation à l'autre

La déshumanisation et de la relation à l'autre est la conséquence directe du premier volet : « Puisque les émotions me débordent, mettons-les de côté ! » Ce **stade de déshumanisation** est le noyau dur du syndrome, marqué par un détachement, une sécheresse relationnelle s'apparentant au cynisme. L'Autre est chosifié. Pour le soignant, le malade est considéré comme un objet, un cas, un numéro de chambre. La personne à ce stade fait un usage abusif et trop constant d'un humour grinçant et noir qui devient son mode d'échange journalier. Cette dimension de dépersonnalisation peut, dans certains cas, s'exprimer sous des formes plus acerbes comme des attitudes de rejet et même de maltraitance. Le contremaître ou le patron considère ses subordonnés comme des outils, des pièces destinées à faire tourner la machine ou l'entreprise et ignore l'être humain derrière sa fonction. Le médecin peut aussi se retrancher derrière une description scientifique du corps malade qui ne tient plus compte de l'état de santé globale de la personne.

Un point clé du diagnostic est évidemment le changement d'attitude du travailleur, de l'employé qui, en début de carrière, était hyper motivé, chaleureux et qui, progressivement, prend ce comportement déshumanisé. La transformation n'est pas toujours facile à observer car elle s'installe insidieusement et sournoisement, à l'insu de la personne et, pourrait-on dire, malgré elle. Paradoxalement, même les personnes en relation d'aide peuvent développer cet état d'esprit.

### 1.5.3. Le sentiment d'échec professionnel

Conséquence des deux autres, cette diminution de l'accomplissement personnel est douloureusement vécue. La personne à ce niveau de gravité du syndrome peut vivre et exprimer un sentiment d'inefficacité, de ne plus être capable de faire du bon travail et être frustrée par rapport au sens qu'elle donnait à son métier. À partir de ce sentiment de ne plus être à la hauteur, elle commence à douter d'elle et de ses capacités à aller vers l'autre. Ainsi apparaissent la

**dévalorisation de soi**, la **culpabilité** et la **démotivation**. Les conséquences sont variées et variables : absentéisme motivé ou non, fuite du travail, projet de changer de métier ou à l'inverse un présentéisme exacerbé. Chez le médecin, la réaction la plus fréquente est souvent une hyperactivité réactionnelle : il prolonge son temps de travail mais sa rentabilité et son efficacité ont diminué.

Il semblerait qu'à ce stade la personne en burn-out ait perdu le sentiment de compétence ou d'efficacité personnelle. Le sentiment d'efficacité personnelle est un concept développé par le psychologue Albert Bandura qui désigne les croyances d'une personne sur sa capacité d'agir de façon à atteindre certains buts. Il s'agit d'un facteur de protection contre le burn-out car il permet à l'individu de lui faire croire qu'il peut faire face à des situations moins indomptables.

#### 1.5.4. Évolution du concept d'épuisement professionnel

Le syndrome d'épuisement professionnel ou burn-out apparaît donc comme un syndrome à trois dimensions en réponse à un stress émotionnel chronique et répétitif. En effet, à la suite de celui-ci, se profite peu à peu une détérioration cognitive. La personne vit une désillusion professionnelle qui peut aller jusqu'au désenchantement et à une impression de perte de réalisation personnelle au travail. Ensuite, l'altération affective s'aggrave et se manifeste par un épuisement émotionnel et une fatigue physique. Enfin apparaissent des attitudes et des conduites négatives qui seront progressivement ou rapidement préjudiciables envers la clientèle, l'organisation et la famille.

### 1.6. Symptômes et étapes d'installation du syndrome d'épuisement

Deux types de symptomatologie peuvent traduire le burn-out : psychique et physique.

#### 1.6.1. Manifestations physiques

En tout premier lieu se marquent l'**épuisement physique** et la **fatigue**. Viennent ensuite d'autres symptômes dont pas mal de plaintes plutôt atypiques. Dans certains cas, ces symptômes physiques restent la seule manière dont le patient peut exprimer sa souffrance. Le médecin consulté devra décoder leurs signifiants plus larges et dépister un éventuel syndrome d'épuisement professionnel sous-jacent.

Nous citons comme symptômes majeurs les **troubles du sommeil** (réveils précoces, nocturnes, difficultés d'endormissement) qui alerteront le médecin, le coach et le psychothérapeute sur l'existence probable d'un état dépressif majeur. Viennent ensuite les **troubles musculosquelettiques** (maux de dos, douleurs et contractions musculaires, douleurs articulaires, etc.), les **manifestations**

**cardiovasculaires** (poussées d'hypertension, palpitations, douleurs dans la poitrine, etc.), les **troubles digestifs** (perte d'appétit, épisodes boulimiques, digestion difficile, douleurs dans l'abdomen, coliques, nausées, diarrhées, etc.), la sphère neurologique et hormonale (migraines, pertes d'équilibre, vertiges, tremblements, troubles sensitifs, sueurs inhabituelles, baisses d'énergie, déséquilibres hormonaux). Enfin, nous pouvons observer l'installation de **maladies organiques plus systématisées** comme les ulcères d'estomac, l'hypertension artérielle sévère, les problèmes cardiaques majeurs, l'hyperthyroïdie, etc. Pour certains, des troubles ou maladies physiques peuvent être les **signes prémonitoires de ce burn-out**. Les processus de somatisation peuvent être une voie d'entrée pour la prise de conscience de l'épuisement professionnel. Dans certains cas, les conflits intrapsychiques ne sont abordables que sous cet angle somatique. Au soignant de permettre doucement de faire des liens !

## 1.6.2. Manifestations psychiques

L'épuisement émotionnel peut prendre divers aspects :

- **Symptômes de dysfonctionnement psychique.** Ces dysfonctionnements peuvent prendre diverses formes comme la négation des échecs, l'oubli de soi, la perte du sens de l'humour, l'indifférence, le désintérêt, la dépersonnalisation, le manque d'assurance, l'indécision, l'insatisfaction, l'impatience, la diminution de l'estime de soi, l'anxiété flottante, le sentiment d'impuissance, le sentiment de culpabilité, la culpabilité, etc.
- **Symptômes émotionnels.** Ceux-ci sont plus connus et plus facilement dépisables s'ils se manifestent par de l'irritabilité, du cynisme, de la colère, des crises de larmes ou de nerfs, du désespoir, de l'agressivité, une sensibilité et une nervosité accrues, de l'angoisse, de l'excitation, de la tristesse, ou par une culpabilité excessive. Par contre, ils peuvent être masqués et leur prise de conscience sera l'un des objectifs du traitement. Au médecin et au thérapeute de vérifier l'état émotionnel de son patient ;
- **Symptômes intellectuels.** Le coach, les collègues, le patron et le patient seront parfois uniquement alertés par des dysfonctionnements de la sphère intellectuelle. Des difficultés de concentration, de la distraction, des erreurs fréquentes, des pertes de mémoire ou des oublis peuvent dominer le tableau. Au fur et à mesure de l'aggravation de la situation apparaîtront des difficultés à prendre des initiatives, de la confusion, de l'insatisfaction, un sentiment d'impuissance et d'incompétence professionnelle, une nette perte d'estime de soi, des attitudes négatives de fuite ou d'opposition passive ou active.

### 1.6.3. Manifestations comportementales

L'impact du burn-out se manifeste également au niveau de comportements inhabituels chez la personne. Elle note une modification ou une aggravation de ses conduites alimentaires, l'apparition de comportements violents et agressifs, des attitudes négatives, une perte ou une distorsion de ses valeurs, un isolement social (repli sur soi, difficultés à coopérer) et enfin des comportements addictifs comme la consommation de produits calmants ou excitants (café, tabac, alcool, somnifères, anxiolytiques, etc.) ou de la cyberaddiction, de l'addiction au sport, au sexe, etc.

Enfin, le désintérêt et même le dégoût pour le métier que la personne aimait tant l'envahiront peu à peu et seront la porte ouverte à une aggravation de son état qui pourrait l'amener vers un état dépressif majeur.

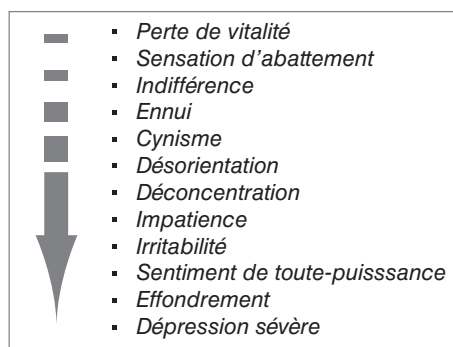


FIGURE 1.4. Manifestations psychiques du burn-out.

L'épuisement professionnel s'accompagne souvent de sentiments pénibles. Une perte de vitalité et une sensation d'abattement apparaissent en premier lieu. Par la suite, une indifférence s'installe et, si elle persiste, l'ennui et le cynisme émergent, de même que de la désorientation et de la déconcentration. L'impatience et l'incapacité ressenties devant la tâche à accomplir et l'irritabilité qui en découle s'orientent alors vers l'entourage immédiat et ensuite vers les personnes au travail, considérées comme des « objets » et non plus comme des personnes. Pour certains, paradoxalement, un sentiment de toute-puissance les envahit avant que ne cède rapidement et intensément tout leur édifice personnel et professionnel. Cela signe un défaut important de la personnalité.

Pour d'autres, la manifestation d'une tension interne qui grandit et d'un vide intérieur précèdera la fatigue physique, émotionnelle ou mentale.

### 1.6.4. Divergences avec la dépression

Ce qui différenciera l'épuisement professionnel de la dépression, bien qu'il puisse y mener et donner le change, c'est que le véritable dépressif voit toutes

les sphères de sa vie touchées par cet état léthargique, ce qui n'est pas le cas de la personne épuisée. Alors qu'une personne dépressive<sup>9</sup> aura tendance à se sentir coupable de ce qui lui arrive, l'épuisée a plutôt tendance à éprouver une grande irritabilité, de la colère et une fatigabilité accrue. Au départ, l'absence de tristesse et d'idéations suicidaires et même le maintien de multiples activités, conjugués à une apparence de bonne forme physique et psychique a poussé certains auteurs à classer cet état dans les dépressions masquées. Dans le burn-out, au départ seul le contexte de la vie professionnelle est atteint alors que, dans la dépression, la perte d'intérêt et la perte de plaisir (anhédonie) s'étendent à toutes les sphères de la vie familiale, amicale, de loisirs, etc. Par ailleurs, lorsque l'état dépressif s'installe, un cortège de manifestations plus importantes fait son apparition : troubles du sommeil, de l'alimentation (perte d'appétit ou épisodes boulimiques), de la concentration et de la mémoire, très nette anxiété et risques suicidaires avec passage à l'acte. La symptomatologie du burn-out s'apparente à celle de la dépression somatique (Figure 1.5). Le lecteur trouvera sous le point 5.7 (pp. 190-198), un tableau comparatif clinique et biologique entre dépression, burn-out, stress chronique et trauma.

| Burn-out<br>// dépression somatique                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | Dépression cognitive<br>ou réactionnelle                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"><li>✓ <b>Alexithymie</b></li><li>✓ <b>Irritabilité, logorrhée, agitation</b></li><li>✓ Troubles du sommeil</li><li>✓ Perte d'appétit</li><li>✓ Absence d'énergie et de ressources</li><li>✓ <b>Tendu, énervé</b></li><li>✓ <b>Projeté vers l'avenir</b></li><li>✓ <b>Agressif en privé</b></li><li>✓ <b>Risques cardiovasculaires élevés</b></li><li>✓ Absence de troubles dysphoriques</li><li>✓ Cortisol bas (phases 3 ou 4)</li></ul> | <ul style="list-style-type: none"><li>✓ <b>Ralentissement psychomoteur</b></li><li>✓ <b>Lenteur idéatoire</b></li><li>✓ <b>Humeur dépressive</b></li><li>✓ Troubles dysphoriques</li><li>✓ <b>Hypertrophie des sentiments de culpabilité</b></li><li>✓ <b>Tourné vers le passé</b></li><li>✓ Auto-dévaluation</li><li>✓ Perte d'estime de soi</li><li>✓ Idées morbides</li><li>✓ Troubles du sommeil, perte d'appétit</li><li>✓ Anhédonie</li><li>✓ Cortisol haut</li></ul> |

M. Delbrouck©

FIGURE 1.5. Comparatif entre dépression et burn-out.

## 1.7. Les étapes habituelles de développement du burn-out

La personne qui développe un burn-out le fait très progressivement. Des indices pourront nous donner des pistes pour éviter que ce processus ne se développe

9. Cf. divergence entre dépression cognitive et dépression somatique (Fig. 1.5).

vers des stades de gravité plus importants. Nous pourrions d'ailleurs, par la mise en évidence de facteurs prédictifs du burn-out, le dépister et le prévenir chez les étudiants (Delbrouck, 2008, p. 139), les jeunes cadres, ou les personnes à responsabilités.

Les étapes habituelles de développement du burn-out peuvent se présenter dans un ordre quasi habituel. Il débute par un **enthousiasme idéaliste** où le travail promet de tout combler, avec une suridentification avec la clientèle et une dépense d'énergie excessive et inefficace. Par la suite, une **stagnation** s'installe où le travail n'est plus perçu comme aussi excitant et n'est plus le substitut de tout dans la vie. La personne vit ensuite une période de **frustration** pendant laquelle la personne s'interroge sur son efficacité au travail et sur la pertinence et la valeur du travail comme tel, et enfin une **apathie** où la personne se sent chroniquement frustrée au travail mais en a besoin pour survivre. Elle essaye de travailler le minimum de temps requis, d'éviter les défis et les clients, si possible, et à se protéger de tout ce qui pourrait mettre en danger cette pseudo-position de sécurité qui semble compenser son mal-être, de manière inadéquate toutefois, pour la satisfaction au travail. Vu ce mode de fonctionnement, la personne présente régulièrement et de manière répétée un absentéisme important et, de ce fait, ses difficultés de réadaptation fonctionnelle au travail s'intensifient.

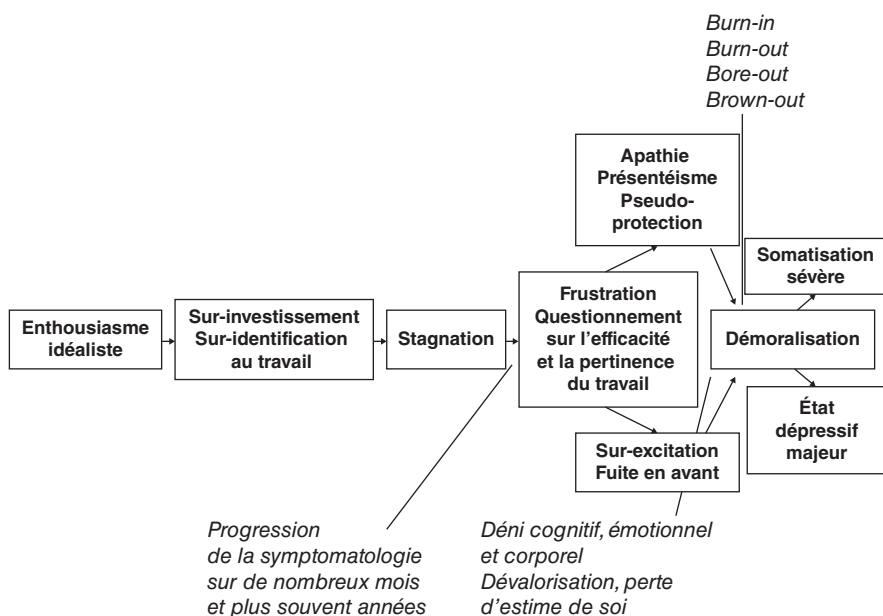


FIGURE 1.6. Étapes habituelles du développement du burn-out.



Pour Christine Maslach, le burn-out découlerait d'une **inadéquation entre la personne et son contexte organisationnel**. Elle propose d'aborder le burn-out à travers l'analyse de la relation de la personne avec son travail et notamment de l'existence d'un décalage entre ce qu'elle vit et 6 dimensions de l'organisation de son environnement à savoir la charge de travail, la reconnaissance de son travail, le soutien de la communauté de travail, le sentiment d'équité ou de justice au travail et le respect des valeurs et du sens donné à son travail. Ces dimensions d'organisation du travail sont reprises et développées par M<sup>me</sup> Pascale Vénara au chapitre 13, p. 383.

## 1.8. Évolution naturelle et pathologique habituelle du burn-out

Quand la personne en burn-out vient consulter, il lui faudra un certain temps pour prendre conscience et accepter la situation dans laquelle elle se trouve. Comme pour le deuil d'une maladie, d'un accident, la personne va passer par une série d'émotions, d'états d'esprit avant de pouvoir accepter son problème. Le professionnel du burn-out aura à la soutenir dans ces étapes de déni, de refus, et lui donner, pas à pas, du support dans la découverte de ce qu'elle a toujours refusé consciemment ou inconsciemment. Grâce à une ouverture, une acceptation et un accompagnement de cette personne, il pourra **mesurer le degré de gravité du burn-out, à quel stade d'évolution dans le temps et avec quels facteurs pronostics** cette personne pourra bénéficier de l'aide requise en fonction de ces trois niveaux. Ceci influera sur le diagnostic et sur la prise en charge (Figure 1.7).

### 1.8.1. Les étapes de l'acceptation du burn-out

Nous rappelons ici les travaux d'Élisabeth Kübler-Ross qui décrivent les cinq étapes consécutives à un deuil. Elle insiste sur le fait de la nécessité pour traverser un deuil de comprendre ce que l'on vit et de partager ses sentiments et ses émotions avec des proches ou des gens qui vivent également un deuil. Voici pour rappel ces étapes : le déni, la colère, le marchandage, la dépression, l'acceptation, la résignation et la libération.

#### A. Le déni

Le déni survient lors de l'émergence de la perte et représente une période plus ou moins intense où les émotions *semblent* pratiquement absentes. Ce stade du deuil, plus ou moins long, est un mécanisme de défense bien connu, et le candidat au burn-out n'y échappe pas. Il est fier et invulnérable : non, cela ne peut pas lui arriver. Il ne peut pas imaginer qu'il puisse vivre ce genre de problème. Il suffira d'un peu de courage et de volonté et il n'y paraîtra plus. Délivrer la

# ” Un livre de référence complet sur le burn-out

Le burn-out, syndrome d'épuisement professionnel, peut affecter tout le monde. Dépisté trop tardivement, ce syndrome peut déboucher sur une dépression sévère, parfois accompagnée de répercussions physiques sérieuses.

Confronté quotidiennement au vécu de ses patients, Michel Delbrouck dresse dans cet ouvrage un panorama exhaustif et détaillé de la prise en charge du burn-out. Il nous explique :

1. ce qu'est le burn-out ;
2. quelles en sont les différentes phases ;
3. les facteurs étiopathogéniques de la pathologie ;
4. les répercussions neurophysiologiques et épigénétiques afin de nous permettre de mieux la détecter et d'en évaluer le degré d'intensité.

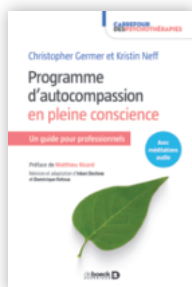
Suivant un modèle évolutif, *Comment traiter le burn-out ?* propose un traitement efficace en dix phases : dix étapes au cours desquelles médecine préventive, médecine curative, psychothérapie, coaching et acteurs de la sphère du travail collaboreront autant dans une optique de prévention que de dépistage ou de traitement du burn-out.

Combinant outils de prévention et pistes de traitement, ce guide pratique intéressera tout particulièrement les thérapeutes, psychologues et responsables des ressources humaines.



**Michel Delbrouck** est docteur en médecine, psychothérapeute d'orientation psychanalytique, psychanalyste jungien et Gestalt-thérapeute. Il est administrateur de l'Institut de Prévention du Burn-out, directeur de l'Institut de Formation et de Thérapie pour Soignants, Past-Président de la Société Balint belge, de la Fédération belge des Psychothérapeutes humanistes FPHE et de la Société belge de Gestalt. Il enseigne par ailleurs la psychopathologie depuis plus de 20 ans.

DANS  
LA MÊME  
COLLECTION



ISSN : 1780-9517

ISBN : 978-2-8073-3049-8



9 782807 330498

deboeck  
SUPÉRIEUR

www.deboecksuperieur.com