

Syndrome du burn-out: à propos du traitement professionnel d'un nouveau défi clinique

Rolf Heim^a, Beate Schulze^b

^a Institut für Arbeitsmedizin, Baden, ^b Psychiatrische Universitätsklinik, Zürich



Quintessence

- Le syndrome du burn-out est devenu l'un des tableaux cliniques les plus médiatisés de notre culture. Il n'existe actuellement dans l'ICD-10 aucune définition uniformisée de cette affection, ni de critères diagnostiques clairs.
- Si cette thématique est largement acceptée dans la population, il s'agit toujours d'un sujet plus ou moins tabou dans l'environnement professionnel: l'épuisement semble être considéré comme un signe de manque de résistance au stress.
- Le consensus entre patient et médecin, si important pour le succès thérapeutique, est dans ces circonstances souvent difficile à atteindre.
- Le maintien de la capacité de travail et le retour à une capacité de travail normale constituent dès le début un thème central.
- La prescription éventuelle d'une incapacité de travail doit être accompagnée d'autres interventions; il faut que le patient travaille de façon efficace et ciblée sur sa récupération tant physique que psychique.
- Il faut pour cela procéder à une investigation soigneuse, dans le cadre d'une anamnèse exhaustive. On s'intéressera certes aux troubles somatiques et psychiques, mais aussi aux aspects sociaux.
- Le patient sera informé de la démarche planifiée et, dans les grandes lignes, il est conscient du stade de guérison dans lequel il se trouve.
- Un traitement efficace inclut des interventions individuelles (patient), mais aussi structurelles (entreprise). Sur ce dernier plan, des entretiens avec le supérieur hiérarchique et éventuellement le service des ressources humaines sont importants.

Summary

Burnout syndrome: professional therapy for a new clinical challenge

- *Burnout has become one of the most popular health concerns in the Western world. To date the syndrome has not been officially defined as an illness in ICD-10, and thus lacks consistent diagnostic criteria.*
- *While largely accepted among the general public, burnout still has a significant stigma attached to it in the workplace. Being "burnt out" is considered a personal failure indicative of a lack of toughness and inability to work under pressure.*
- *This stigma creates barriers to insight and thus negatively affects cooperation on treatment, as problem definitions may differ between doctor and patient.*
- *From the start, maintaining or restoring patients' capacity to work is a central concern in the treatment of burnout.*

Introduction

Existe-t-il aujourd'hui encore des places de travail «saines» ou les conditions de travail dans un monde globalisé posent-elles tout simplement de nouvelles exigences en matière de santé? Le climat dans le monde du travail est devenu plus rude dans toutes les branches. La croissance dans un marché extrêmement concurrentiel nécessite une optimisation des coûts, implique une réduction des ressources publiques, entraîne des mesures d'économie dans le système de santé et dans le domaine social. Pour les collaborateurs et collaboratrices, cela signifie souvent assumer les mêmes tâches, si ce n'est fournir davantage de prestations, en moins de temps et avec moins de monde [1]. De plus, la planification de l'avenir professionnel devient de plus en plus difficile: les places de travail sont liées à des projets bien définis et donc à durée déterminée; les organisations sont souvent restructurées ou sont même en but à des reprises «non amicales», tandis que les objectifs des entreprises sont de plus en plus marqués par les priorités des marchés financiers. L'économie s'oriente toujours plus à court terme [2]. Les nouvelles technologies permettent et imposent une disponibilité de tous les instants; le niveau de qualification requis augmente, surtout dans le domaine de la capacité de communication et de l'aptitude à fonctionner en équipe. Paradoxalement, il règne simultanément un individualisme et une concurrence plus marqués parmi les collaborateurs – un soutien social au sens d'un «amortisseur du stress» devient ainsi chose de plus en plus rare. Du côté des collaborateurs, la tendance va donc aussi vers le «plus vite, plus haut, plus loin!»: nous disposons aujourd'hui de la génération d'employés la mieux formée de tous les temps – nos attentes du travail sur le plan du sentiment d'importance, des chances de promotion, du pouvoir décisionnel et d'un traitement correct et respectueux augmentent d'autant [1, 3]. Le succès professionnel, la prospérité matérielle et un haut niveau de vie constituent aujourd'hui à la fois des valeurs sociales essentielles et une source de motivation personnelle. C'est

- *Sick-leave must be accompanied by additional interventions. It is essential that patients cooperate actively and purposefully in their psychological and physical recovery.*
- *Targeting these interventions necessitates thorough diagnosis. A comprehensive history takes into account not only somatic and psychological symptoms but also social aspects.*
- *Patients are briefed on the treatment plan and procedures, and are regularly updated on the stage reached in their recovery.*
- *Effective treatment comprises both individual (patient) and structural (company) interventions. The latter involves consultation with the patient's superiors and/or the human resources department.*

l'image «classique» de la carrière mais avec davantage d'ambitions, deux fois plus de rapidité et de manière plus durable. Alors, quelles possibilités le monde du travail actuel est-il en mesure de nous offrir pour atteindre ces objectifs?

Contexte

La conjonction d'exigences quantitatives élevées à la place de travail, d'un espace de réalisation de soi restreint et d'un manque de soutien de la part des collègues et des supérieurs accroît le risque d'épuisement. En moyenne, on estime à environ 30% la part de la population souffrant d'un syndrome du burn-out [4, 5], toutes branches de l'activité économique confondues.

Le syndrome du burn-out fait littéralement vaciller le monde occidental sur ses bases: combien de temps cette spirale pourra-t-elle tourner de la sorte? Nous avons, en tant que simples humains, nos limites. Nous sommes imparfaits et certainement pas omnipotents. Nous avons des faiblesses et des sentiments. Cette réalité est immuable et accablante. Or, ces faiblesses et ces sentiments sont justement ce qui pose souvent problème aux personnes concernées, à leur entourage (en particulier leurs supérieurs hiérarchiques) et parfois aussi aux intervenants médico-thérapeutiques [6].

Les médecins et les thérapeutes ne sont le plus souvent pas assez bien préparés à la prise en charge des patients souffrant d'un burn-out. Le thème du burn-out vit une période de haute conjoncture. Dans ce climat de grandes discussions publiques sur le stress au travail et en même temps d'une «mise en exergue» du concept du burn-out, désignant une insuffisance des performances professionnelles, de plus en plus de patients se disent victime d'un «épuisement» lorsqu'ils viennent trouver le médecin. Face à un diagnostic de burn-out, de nombreux médecins sont tout d'abord perplexes, dans la mesure où il ne s'agit pas d'un diagnostic officiel selon le DSM-IV ou l'ICD-10 de l'OMS. Ces classifications mentionnent tout juste l'expression «état d'épuise-

ment total» dans les diagnostics Z à l'annexe «Être exténué» (Z73.0).

Dans la pratique clinique quotidienne, il se pose donc sans cesse au médecin la question des options d'interventions. Quelles sont les méthodes de traitement indiquées? Existe-t-il une base d'évidence qualifiant leur efficacité? C'est précisément à ces questions qu'a été consacré en automne 2006 un symposium organisé conjointement par le département de psychiatrie de l'Université de Zurich et la plateforme de dialogue «Swiss Burnout». La demande pour ce type de formation continue témoigne des besoins en informations qui existent dans ce domaine: l'auditoire du Centre hospitalier universitaire de Zurich était plein à craquer et il a fallu refuser l'inscription de plus d'une centaine d'intéressés. Cet article a pour objectif de reprendre la discussion commencée et de résumer les principaux aspects d'un traitement approprié du burn-out, à l'intention d'un lectorat très large.

Définition et symptomatologie

Un certain nombre de tests de psychologie du travail permettent d'évaluer le syndrome du burn-out dans la pratique quotidienne. Le test le mieux validé est le Maslach Burnout Inventory (MBI) [7, 8], qui considère le burn-out comme une réaction de stress durable à ces charges professionnelles chroniques. Il décrit trois symptômes principaux:

- *l'épuisement*, qui décrit un sentiment de manque de force aussi bien sur le plan physique que psychologique,
- *le cynisme*, qui désigne une attitude de distanciation et d'indifférence vis-à-vis du travail,
- *l'inefficacité*, qui décrit le sentiment d'échec professionnel et la perte de confiance en ses propres capacités.

Pour évaluer le risque de burn-out, la présence de signes tels que troubles du sommeil, manque d'énergie ou manque de plaisir au travail, mais aussi et surtout la *fréquence* et la *durée* de la symptomatologie, sont extrêmement importants. Cela permet de définir des degrés de gravité qui serviront de base dans le choix du traitement.

On portera également l'attention sur deux autres critères [4]:

- le burn-out est généralement associé au travail,
- des attentes disproportionnées et un fort stress émotionnel jouent un rôle central.

Ceci permet une différenciation par rapport à la dépression: une symptomatologie d'épuisement ne doit être considérée comme l'expression d'un burn-out que tant qu'elle touche exclusivement le contexte professionnel.

L'*évolution progressive* est un élément essentiel du diagnostic de syndrome du burn-out [9]. Le burn-out commence lorsque des personnes réagissent aux situations de stress professionnel en augmentant leur engagement. Elles adoptent

des stratégies bien connues pour surmonter les contraintes, même si elles les ont déjà conduits par le passé à leurs limites. Si ces stratégies s'avèrent inefficaces, les symptômes de type réactions émotionnelles négatives et manque d'entrain risquent de s'étendre progressivement au-delà du contexte purement professionnel, de toucher d'autres domaines de la vie et de déboucher finalement sur le tableau clinique d'une dépression [10].

Pièges dans le management clinique

Si le burn-out passe de plus en plus dans le public pour un «mal à la mode», il reste un thème tabou dans l'environnement professionnel: l'épuisement est considéré comme un signe de manque de résistance à la charge de travail, si ce n'est d'échec professionnel. Les symptômes signalant à l'intéressé ses propres limites sont par conséquent le plus souvent purement et simplement refoulés, ce qui a des conséquences importantes pour la communication patient-médecin. Le succès du traitement dépend en effet pour l'essentiel de la qualité de la relation thérapeutique. Le traitement est d'autant plus efficace que les modèles de maladie subjectifs du patient et ceux du médecin sont concordants. Le consensus entre le patient et son médecin est rendu plus difficile lorsque la maladie est stigmatisée. Les affections psychiques sont et restent associées à une terminologie négative, par exemple imprévisibilité, manque de volonté et paresse.

C'est dans cette situation que l'on est confronté à un premier goulet d'étranglement: le patient veut éviter de se mettre à nu et choisit la dissimulation. Le médecin ne veut pas devenir trop indiscret, évite la confrontation et répond à la demande du patient par des mesures visant simplement à soulager rapidement les symptômes. On a vite fait de sortir le bloc d'ordonnances et de prescrire des antidépresseurs et/ou des hypnotiques/anxiolytiques à la satisfaction des deux parties, même si rien n'a fondamentalement changé dans la situation. On se contente de rassurer le patient en atténuant des symptômes qui mériteraient en fait d'être pris bien plus au sérieux.

On perd ainsi un temps précieux jusqu'à ce que le patient s'aperçoive enfin qu'il n'a pas retrouvé son équilibre. Il est possible qu'il soit mis en arrêt de travail durant cette même phase, ce qui n'est évidemment pas faux en soi. Il faudrait cependant que la question de la réhabilitation professionnelle soit d'emblée incluse dans le traitement, sous la forme avant tout d'un retour progressif au travail. Le but est que les personnes concernées apprennent à se décharger directement au quotidien, par ex. en planifiant des pauses à intervalles réguliers pour récupérer, en cherchant une aide pour l'accomplissement des tâches et en évitant l'excès d'heures supplémentaires [9].

Malheureusement, l'employeur compte sur une capacité de travail entière après deux ou quatre semaines et tend à s'impatienter. Comme d'ailleurs le patient et ses proches, qui ne connaissent après tout ni l'évolution d'un burn-out, ni les démarches nécessaires à la guérison. Les collaborateurs consciencieux (et la majorité des patients souffrant de burn-out le sont) courent le risque d'entrer dans une spirale de culpabilisation: ils sont incapables de travailler → la pression qu'ils s'imposent augmente → l'efficacité diminue, le processus de guérison est retardé → la pression continue à monter, et ainsi de suite [10].

Le flou relatif du syndrome a d'autres conséquences: alors que ceux qui sont déjà épuisés rejettent toute idée de maladie, d'autres qui aiment s'accorder un peu de repos et de compréhension diagnostiquent assez facilement les réactions pathologiques. Ils se défendent vis-à-vis de leur entourage par des reproches et des revendications, dans l'idée suivante: «Tu vois bien comme je vais mal; alors aide-moi enfin et ménage-moi un peu.» Cette attitude ouvertement revendicatrice touche chez nous médecins la fibre du samaritain («il faut aider ce pauvre homme») ou provoque une attitude de rejet et suscite une réaction de fermeté («qu'il se ressaisisse; après tout nous sommes tous sous pression») [11]. Cette attitude ne relève évidemment pas de la méchanceté ni d'un manque de compréhension. Nous observons dans notre quotidien trois causes fréquentes à ce type de réaction:

- les médecins sont trop peu informés sur les maladies psychosomatiques associées au travail (par exemple mobbing, burn-out) et sur les traitements spécifiques qui s'y rapportent;
- les médecins sont eux-mêmes soumis à une forte pression et souffrent de plus souvent eux-mêmes d'un burn-out (20 à 30%) [12], ce qui leur rend plus difficile une prise en charge du patient empreinte de patience et d'empathie;
- les patients ne veulent pas accepter qu'ils ne peuvent plus continuer à mener la vie qu'ils menaient jusque-là, ni à continuer à travailler comme auparavant et les médecins font tout pour leur éviter cette confrontation douloureuse à cette réalité.

Approches thérapeutiques professionnelles

En l'absence de traitement causal approprié, l'intensité et la durée de la souffrance des personnes touchées vont augmenter. Le comportement à la base du problème restera inchangé, voire se renforcera, selon la loi de Watzlavick: «toujours plus de la même chose». L'impatience et l'incompréhension vont croissantes, la tolérance baisse – aussi bien chez le patient que dans son entourage. Et d'autres problèmes s'ajoutent, les symptômes

peuvent s'aggraver jusqu'à mener à une dépression grave. Au pire des cas, les intéressés prennent des décisions abruptes, lorsqu'ils ne sont pas carrément licenciés pour manque de performance et d'efficacité dans leur travail [10].

Pour éviter d'en arriver là, il convient d'introduire un traitement spécifique, précoce et bien structuré et fondé sur un accompagnement dans la durée. On commencera par une analyse soigneuse des circonstances actuelles [9]:

- une anamnèse précise des troubles,
- un examen clinique et des analyses de laboratoire pour exclure des causes somatiques,
- une évaluation détaillée de la situation professionnelle, privée et personnelle.

Il s'agit principalement d'informations sur les points suivants:

- style de travail (cf. notamment perfectionnisme), identification et engagement personnel dans le travail,
- climat de travail, soutien social et appréciation de la part du supérieur hiérarchique; organisation des processus dans le travail,
- capacité à prendre de la distance et à se détendre; capacité à récupérer et à avoir du plaisir,
- réseau social, famille,
- engagement social: sociétés, activité politique,
- stratégies de «coping» en cas de problèmes ou d'échecs; par ex. prise de médicaments, d'alcool ou de drogues,
- mesures antérieures, traitements,
- limitations dans le travail ou la vie privée.

Il faut ensuite définir une *stratégie thérapeutique*. Suivant le degré de sévérité et les ressources disponibles, elle repose sur plusieurs points [4]:

- ménagement quantitatif et qualitatif. Il faudra par exemple bien réfléchir à effectuer une documentation détaillée de l'anamnèse, car celle-ci laisserait des traces dans l'équipe et dans les flux d'activité. D'un autre côté, une guérison dans les «cas graves» n'est possible que moyennant une mise à l'abri complète (traitement hospitalier) et il faudra aussi contrôler et modifier, le cas échéant, les activités de loisirs et le déroulement de la structure des activités journalières. Les ressources libérées de cette manière seront utilisées pour la récupération (cf. ci-dessous).
- entretien avec le supérieur hiérarchique pour planifier le travail, procéder à d'éventuelles adaptations de l'organisation et décharger le patient. Souvent, une défaillance d'un collaborateur permet de mettre en lumière des défauts d'organisation dans une entreprise – par exemple, un problème de communication ou des carences dans la répartition des tâches –. Personnellement, nous avons déjà constaté à plusieurs reprises que, à la suite du burn-out d'un collaborateur, des entreprises sont sensibilisées à certains problèmes et effectuent

des changements depuis longtemps nécessaires, tels que nouvelle répartition des compétences et des cahiers des charges ou création de nouvelles places de travail.

- entretiens éventuels avec le ou la partenaire. Suivant la situation, on aura, là aussi, affaire à des exigences et à des attentes (planification familiale, activités au domicile, etc.). Une compréhension à ce niveau est importante pour la récupération.
- on poursuivra dans le cadre d'une thérapie comportementale par une analyse des comportements passés ayant abouti à la situation actuelle. On discutera aussi à cette occasion des systèmes de valeurs et des aspects liés à la motivation. Il ne s'agira pas d'une analyse psychologique en profondeur, mais bien plus de modifications rapides de comportements déséquilibrés et donc de nature à favoriser les réactions pathologiques.
- on recherchera ensuite évidemment des alternatives permettant d'assurer un équilibre entre consommation d'énergie et régénération. On portera une attention particulière à la capacité de distanciation et de relaxation. De nombreux patients présentent des déficits considérables dans les deux domaines. Ils prennent d'une part sur eux trop de travail concret et de responsabilité, ont de la peine à déléguer et à refuser le travail («ne pas savoir dire non»). D'autre part, ils considèrent la relaxation comme une perte de temps et n'en voient ni l'intérêt pratique, ni surtout le côté absolument incontournable.
- les aptitudes manquantes ou sous-développées seront aussi dépistées et entraînées le cas échéant de façon ciblée. A titre d'exemple, on citera la perception de ses compétences, une communication ouverte, la capacité à gérer des conflits et la sensibilité face à ses propres besoins. Les aptitudes spécifiques par rapport à la place de travail peuvent être acquises dans le cadre d'une formation continue.
- il est parfois également nécessaire de clore des processus d'affliction et de surmonter de grandes frustrations vécues par le passé. Il peut s'agir d'une démission manquée, d'un divorce ou d'événements traumatisants de l'enfance.

Conclusion

Le traitement spécifique de troubles psychosomatiques liés au travail suit donc un fil conducteur clair. Un rôle central est attribué au comportement et aux modes de pensée du patient, de même qu'à la place de travail proprement dite. Le maintien de la capacité de travail à long terme passe par des modifications sur ces différents niveaux. Le traitement inclut aussi un coaching et une médiation entre le collaborateur et l'em-

ployeur. Les séances doivent être programmées de deux fois par semaine à deux fois par mois, selon le degré de gravité. On prescrira aussi au besoin des médicaments (en général des antidépresseurs et des hypnotiques), mais uniquement dans un but de soutien symptomatique et certainement pas à visée curative.

L'expérience a montré que les changements de comportement et d'attitudes donnent des résultats très satisfaisants à moyen terme. Si le patient

en a la volonté et la patience requise, on peut, à juste titre, lui laisser espérer un succès du traitement. Pour terminer, on insistera encore sur le fait que les chances de gestion efficace d'un burnout sont les meilleures lorsque la réaction au surmenage est reconnue précocement, lorsque les patients concernés peuvent faire appel dès les premiers signes à une aide psychothérapeutique spécifique et également trouver un soutien dans l'environnement de l'entreprise.

Références

- 1 Burke RJ, Cooper CL. The new world of work and organizations: Implications for human resource management. *Human Resource Management Review* 2006.
- 2 Sennett R. *Der flexible Mensch. Die Kultur des neuen Kapitalismus*. Berlin: Berlin-Verlag; 1998.
- 3 Siegrist J, Starke D, Chandola T, Godin I, Marmot M, Niedhammer I, et al. The measurement of effort-reward imbalance at work: European comparisons. *Soc Sci Med*. 2004; 58(8):1483-99.
- 4 Schaufeli W, Enzmann D. *The burnout companion to study and practice. A critical analysis*. 1 ed. London, Philadelphia: Taylor and Francis; 1998.
- 5 Ahola, K, Honkonen T, Isometsä E, Kalimo R, Nykyri E, Koskinen S, et al. Burnout in the general population. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2006;41:11-7.
- 6 Schulze B, Rossler W. Early recognition and help-seeking in burnout: Are psychiatrists any wiser? *Eur Psychiatry*. 2007; 22(suppl.1):3.
- 7 Maslach C, Jackson SE. *The Maslach Burnout Inventory. Manual*. (2 ed.) Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press, 1986.
- 8 Maslach C, Schaufeli WB, Leiter MP. Job Burnout. *Ann Rev Psychol*. 2001;52(1):397-422.
- 9 Schulze B, Rössler W. Burnout-Syndrom: Diagnose und Therapie in der klinischen Praxis. *Leading Opinions Neurologie und Psychiatrie* 2006;6(4):23-5.
- 10 Burisch M. *Das Burnout-Syndrom. Theorie der inneren Erschöpfung*. 3 ed. Berlin und Heidelberg: Springer; 2005.
- 11 Schmidbauer W. *Helfersyndrom und Burnout-Gefahr*. 1 ed. München, Jena: Urban & Fischer; 2002.
- 12 Bovier P, Bouvier Gallacchi M, Goehring C, Künzi B. Santé des médecins de premier recours en Suisse. Résultats de la première enquête nationale. *Primary Care*. 2004;4: 941-7.

Correspondance:
Dr Rolf Victor Heim
Institut für Arbeitsmedizin
Kreuzweg 3
CH-5400 Baden
rolf.heim@arbeitsmedizin.ch