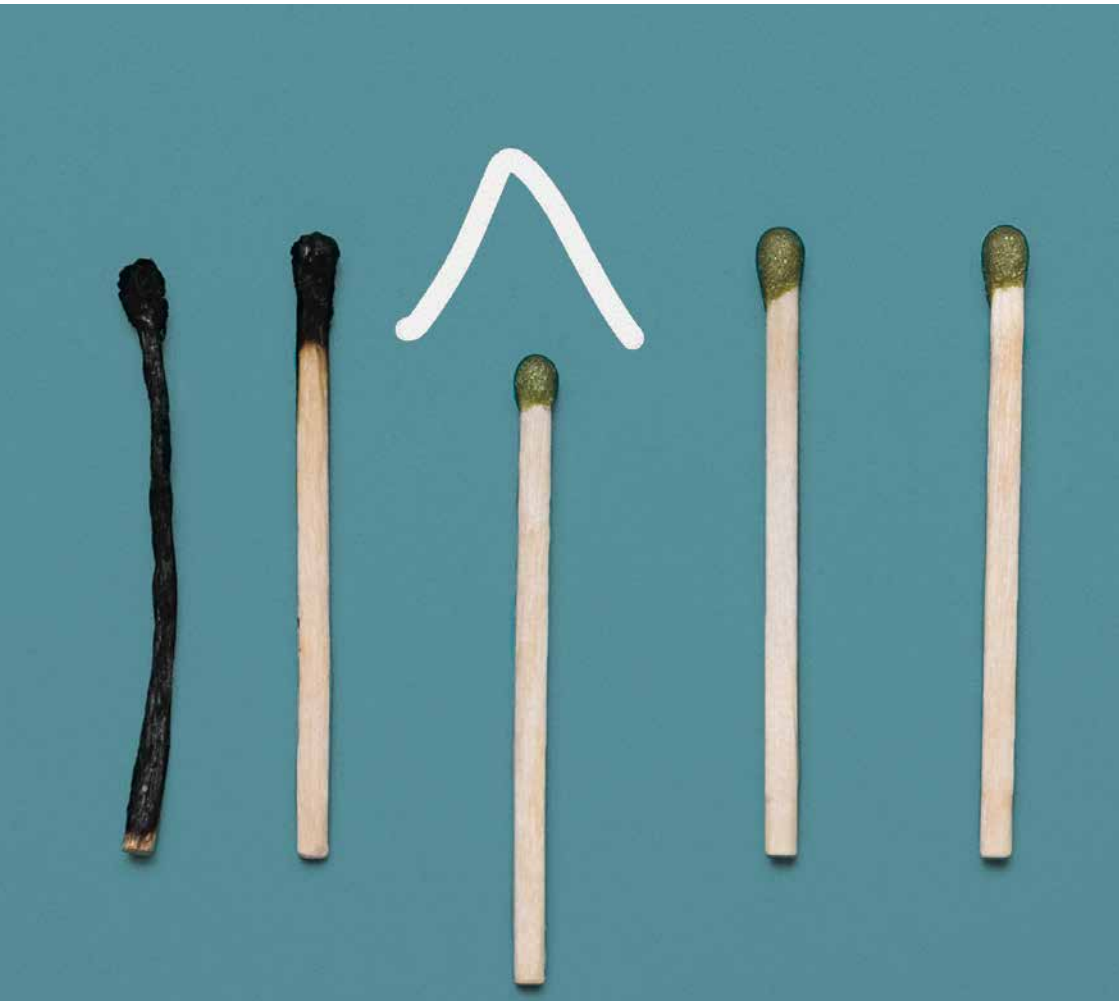
LE BURN-OUT ET LA DÉPRESSION D'ÉPUISEMENT

Informations destinées aux personnes concernées et à leurs proches



Dr Joachim Leupold

01/2021 © **Lundbeck (Suisse) SA,** Balz-Zimmermann-Strasse 7, 8152 Glattbrugg

A propos de l'auteur

Le Dr Joachim Leupold est médecin spécialiste en psychiatrie et psychothérapie FMH. Il s'est établi en Suisse en 1995 après avoir fait des études de médecine à l'université Ludwig-Maximilian de Munich. Il a suivi une formation postgraduée de spécialiste en psychiatrie et psychothérapie dans diverses cliniques psychiatriques suisses et obtenu le grade de docteur en médecine à l'Université de Zurich.

Il dirige son propre cabinet à Bad Ragaz depuis 2003. Il est également membre du conseil d'administration et de la direction du réseau de médecins de PizolCare AG dans le canton de Saint-Gall.

Le Dr Leupold est entre autres membre de la Fédération des médecins suisses (FMH), du Réseau suisse d'Experts sur le Burnout et de la Société Suisse de psychiatrie et psychothérapie (SSPP). Il dirige par ailleurs le cercle de qualité des psychiatres en cabinet du réseau de médecins de PizolCare AG.

Vaincre les préjugés associés aux maladies psychiques lui tient particulièrement à cœur. Il tente d'atteindre et de traiter le plus tôt possible les personnes atteintes de burn-out et accorde une grande importance aux mesures préventives, qu'il s'agisse d'éviter l'apparition d'un premier burn-out ou une rechute.

Il aime passer son temps libre dans la nature. Il pratique la randonnée, le vélo tout terrain et le jardinage. Il vit avec sa femme et ses deux enfants adultes dans la région du Sarganserland, au pied des Churfirsten.

Dr Joachim Leupold
Spécialiste en psychiatrie et psychothérapie FMH

PRAXIS dr. joachim leupold
Bartholoméplatz 3
CH-7310 Bad Ragaz
Tél. +41 (0)81 511 21 11
praxis@seelischegesundheit.ch
www.seelischegesundheit.ch

TABLE DES MATIÈRES

Avant-propos et remerciements **8**

Résumé des points essentiels pour lecteurs pressés **10**

Définition du burn-out **14**
- Le burn-out, un état de surmenage 14
- Le burn-out, un processus en développement, jusqu'à la dépression d'épuisement 22

Causes et facteurs déterminants du burn-out et de la dépression d'épuisement **30**
- Traits de personnalité 30
- Engagement professionnel 33
- Caractéristiques du travail et aspects de l'environnement professionnel 34

Prévenir le burn-out pour conserver la qualité de vie et la performance **40**
- Performance et travail 40
- Activités sociales et relations 41
- Corps et esprit 42
- Culture, intellect et vécu émotionnel 43

Options thérapeutiques en cas de burn-out et de dépression d'épuisement **48**
- Activité physique : être actif 49
- Détente : être attentif 50
- Connaissance de soi : être conscient 51
- Médicaments : être soutenu 53

Bibliographie **60**

Entraide **63**

AVANT-PROPOS ET REMERCIEMENTS

Le burn-out continue à être fréquemment « diagnostiqué » et à faire parler de lui, aujourd'hui tout comme lors de la parution de la première édition de cette brochure, en 2007.

S'il existe des arguments en faveur du concept de burn-out, comme la déstigmatisation des maladies psychiques, certains critiquent ce « diagnostic » qui ne correspond à aucune maladie listée dans la CIM-10 ou le DSM-5.

En 2007, j'ai eu le plaisir de rédiger la première version de la présente brochure, avec l'aimable soutien de l'entreprise Lundbeck SA. Vous tenez à présent une édition révisée entre vos mains. La première édition était fondée, entre autres, sur la littérature réunie jusqu'en 2005 par Beate Schulze. A l'époque, Mme Schulze dirigeait un projet de prévention dans le domaine de la santé à la Clinique universitaire psychiatrique de Zurich.

Ces 13 dernières années, le burn-out a fait l'objet de nombreux travaux et développements. Ce concept a d'ailleurs été reconnu par la Société Suisse de psychiatrie et psychothérapie (SSPP) et par la société allemande de psychiatrie, de psychothérapie et de neurologie (Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde, DGPPN). Aujourd'hui, pratiquement toutes les cliniques psychiatriques renommées dotées d'un service de psychothérapie offrent des prestations dédiées au burn-out, même s'il n'est pas considéré comme une maladie au sens strict du terme (OMS ; CIM-10, Chapitre V (F) ; Dilling et al., 1991). L'OMS ne liste le syndrome de burn-out qu'en tant que « facteur influant sur l'état de santé ou sur les motifs de recours aux services de santé » : Surmenage ; CIM-10 : Z73.0

Comme le décrivent le Réseau suisse d'Experts sur le Burnout et la DGPPN, on considère aujourd'hui que des facteurs individuels et des facteurs liés à l'environnement de travail engendrent un surmenage professionnel accompagné de symptômes de stress végétatifs et d'épuisement, et qu'en cas de surmenage persistant, c'est-à-dire de stress chronique, ils mènent à un burn-out. Et cet état de burn-out peut

avoir à son tour des répercussions psychiques et physiques, telles que la dépression d'épuisement.

Partant de l'état actuel de la recherche et des opinions sur le burn-out partagées à ce jour, cette brochure présente un guide pragmatique du savoir et des concepts, dans lequel les personnes concernées, leurs proches, les médecins traitants et les responsables dans les entreprises peuvent découvrir l'essentiel sur les symptômes et le déroulement des états et processus de burn-out. Elle a été rédigée en accordant une attention toute particulière aux performances cognitives des personnes dépressives et à leurs conséquences, et contient des pistes de réflexion supplémentaires destinées à la réinsertion dans l'environnement de travail.

Elle montre comment chacun peut faire quelque chose à titre préventif contre le burn-out et la dépression d'épuisement et comment, sur la base de notre expérience clinique, combattre le burn-out et les dépressions par épuisement de manière thérapeutique, et en venir à bout avec succès.

Je voudrais remercier tout particulièrement mes patients, qui, par le traitement de leurs problèmes individuels, me permettent de comprendre davantage le processus de burn-out, d'apprendre en continu et de progresser dans mon travail.

J'adresse aussi mes remerciements à la société Lundbeck (Suisse) SA, qui, par son soutien, contribue à éliminer les préjugés qui entourent les maladies psychiques, et fournit des pistes d'entraide et de prévention.

Bad Ragaz, janvier 2021

Dr Joachim Leupold

RÉSUMÉ DES POINTS ESSENTIELS POUR LECTEURS PRESSÉS

1 Conformément à la première description, un état de burn-out se caractérise par :

1. Un épuisement émotionnel
2. Une dépersonnalisation
3. Une réduction de la performance personnelle

Fonctions cognitives touchées lors d'une réduction des performances / d'une dépression :

- Attention
- Mémoire et apprentissage
- Fonctions exécutives
- Vitesse psychomotrice

Les sept phases du processus de burn-out selon Matthias Burisch :

1. La phase des signes avant-coureurs
2. La phase de la réduction de l'engagement
3. La phase des réactions émotionnelles
4. La phase de baisse des capacités cognitives
5. La phase du déclin de la vie émotionnelle et sociale
6. La phase des réactions psychosomatiques
7. La phase de dépression et de désespoir

2 Les trois facteurs ci-dessous jouent un rôle déterminant dans l'apparition d'un burn-out :

- Les traits de personnalité
- L'engagement professionnel
- Les caractéristiques du travail et les aspects de l'environnement professionnel

Il faut tenir compte de ces trois composantes sur les plans tant diagnostique que thérapeutique, afin d'appréhender chaque problème de façon individuelle et de le traiter en ciblant les objectifs.

3 **Pour prévenir autant que possible un burn-out, rester en bonne santé et performant, il semble pertinent de s'engager dans divers domaines de vie, les « quatre piliers pour le maintien de la santé », afin que chacun de ces domaines constitue une ressource pour les autres :**

1. Performance et travail
2. Activités sociales et relations
3. Corps et esprit
4. Culture, intellect et vécu émotionnel

Un mode de vie orienté exclusivement sur le domaine de la performance et négligeant les autres domaines contribue à augmenter le risque de burn-out. Il est important pour chacun d'évaluer et de trouver le bon équilibre personnel entre les différents domaines.

4 **Le burn-out et la dépression d'épuisement peuvent être traités avec succès. Une personne concernée commençant rapidement un traitement redeviendra plus vite performante et entraînera donc moins de coûts de traitement et de coûts consécutifs (perte de travail).**

Le traitement du burn-out et de la dépression d'épuisement doit, de par sa complexité, être multimodal.

Les piliers principaux du traitement sont les suivants :

1. Activité physique : être actif
2. Détente : être attentif
3. Connaissance de soi : être conscient
4. Médicaments : être soutenu

Selon le stade du burn-out ou de la dépression d'épuisement, le traitement est possible sans médicaments. Cependant, une dépression manifeste doit absolument être traitée par un spécialiste, si possible un médecin spécialisé en psychiatrie et psychothérapie, au besoin également avec des médicaments.

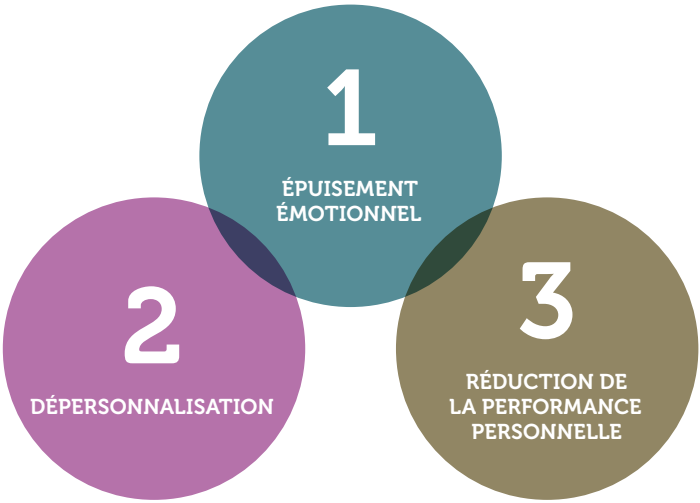
Une psychothérapie (aussi dans le sens d'une psychothérapie de courte durée suivie d'un coaching), intégrant dans la mesure du possible les proches et les supérieurs hiérarchiques, semble particulièrement indiquée pour le traitement d'un burn-out. Si des médicaments antidépresseurs doivent être employés dans le cadre d'une psychothérapie, il s'agit de veiller à ce que les capacités cognitives du patient ne s'en trouvent en aucun cas limitées, mais plutôt soutenues et favorisées par une médication adaptée. Les médicaments doivent également l'aider au mieux à participer activement à la psychothérapie. En effet, outre l'humeur et la motivation, les capacités cognitives du patient revêtent une importance toute particulière lors de sa réintégration dans l'environnement de travail.

DÉFINITION DU BURN-OUT

Le burn-out, un état de surmenage

Lorsque, au début des années 70, le psychiatre Herbert Freudenberger utilisa pour la première fois le terme dans un contexte médical, il décrivit chez les bénévoles d'une institution sociale pour toxicomanes à New York un épuisement croissant, une attitude distancée et cynique des assistants sociaux envers leurs clients et une attitude négative par rapport à leurs propres performances (Freudenberger 1974). Ces comportements étaient apparus chez des personnes qui, auparavant, entreprenaient leur travail avec engagement, enthousiasme et idéalisme.

Depuis les années 70, Christina Maslach, une psychologue sociale de la ville universitaire de Berkeley (Californie), a étudié les gens exerçant des professions stressantes et leurs réactions aux sollicitations émotionnelles. Elle a formulé les **trois aspects centraux d'un état de burn-out**, tout comme Freudenberger l'avait aussi fait (Maslach 1982) :



L'épuisement émotionnel est un état où l'on se sent **intuitivement épuisé** et l'on est incapable de se mettre à la place des autres ni d'être compatissant.

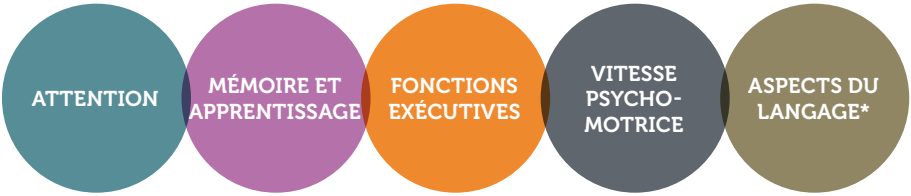
La dépersonnalisation est un terme technique qui signifie, en particulier dans ce contexte, la manifestation de **perceptions négatives et de sentiments négatifs** envers des clients qu'on prend en charge ou des collaborateurs et qui n'existaient pas au début de l'exercice de sa fonction. Il s'agit donc d'un changement d'attitude de la personne concernée envers d'autres personnes qui sont importantes dans le milieu professionnel. La personne est perçue différemment par son entourage : « Je ne te reconnais pas » ; et elle se voit aussi elle-même comme « un étranger ».

La **réduction des performances personnelles** signifie que la personne concernée estime que ses **compétences professionnelles sont moins bonnes**, et que cela devient effectivement de plus en plus le cas. Elle a le sentiment de ne pas pouvoir donner le meilleur de soi ni ce que l'on attend d'elle en raison de ses qualifications. Etant donné que cet état peut conduire à commettre des erreurs et que les personnes concernées nécessitent davantage de temps pour effectuer leur travail, tôt ou tard, cela attire l'attention de l'entourage familial et professionnel.

De nos jours, beaucoup de personnes travaillent dans le domaine des services et de la communication. Certaines sont particulièrement sujettes aux troubles cognitifs, en raison des niveaux élevés de performances imposés aux fonctions principales de notre cerveau : intégration, traitement, classement et récupération des informations, détermination des tâches importantes, filtration des données, établissement de priorités, préparation mentale puis mise en œuvre d'actions ciblées, tout cela à une vitesse de traitement élevée, et avec la faculté de passer rapidement d'une tâche à l'autre.

En psychiatrie et en psychologie, on parle aussi de **cognition « froide »** d'une part, et de **cognition « chaude »** d'autre part.

Plus précisément, la **cognition « froide »** fait référence aux facultés suivantes :



La **cognition « chaude »** désigne les capacités cognitives influencées par les émotions, telles que :

On sait que les patients dépressifs ont de la difficulté à planifier, à se concentrer ; ils réagissent plus lentement et ils ont du mal à se rappeler certaines choses (Hammar et Ardal, 2009 ; Elliott, 2003).

* (construction de phrases, sémantique non émotionnelle)
** (sémantique émotionnelle, mélodie et rythme émotionnels du langage)

Lors d'une étude menée en 2012, 52 % des personnes dépressives interrogées ont déclaré que leurs capacités cognitives restreintes limitaient fortement leur travail, au point même que certaines étaient contraintes de cesser leur activité professionnelle (Lam et al., 2012).

Une autre étude a révélé que 27 % des patients dépressifs étaient atteints de troubles cognitifs d'intensité moyenne, et que ces troubles étaient même sévères chez 13 % d'entre eux. Les problèmes principaux cités étaient une mauvaise concentration et des troubles de la mémoire, mais un ralentissement de la pensée et des difficultés à trouver leurs mots ont également été évoquées (Iverson et Lam, 2013).

Pour détecter les troubles cognitifs, les médecins et thérapeutes disposent de divers tests standardisés bien établis.

Les questions suivantes peuvent vous aider à détecter dans la vie quotidienne les **signes de troubles cognitifs** dont vous, vos collègues ou des membres de votre famille sont peut-être atteints :

Avez-vous de la difficulté à prendre des décisions d'ordre privé ou professionnel ? Si tel est le cas, pourquoi ?

Avez-vous du mal à lire le journal, des lettres ou des comptes rendus, à retenir leur contenu et à les comprendre ?
Qu'en est-il des émissions de télévision ou des discussions ?

Egarez-vous souvent des objets comme des clefs,
ou oubliez-vous les noms de personnes que vous connaissez,
ou d'articles que vous voulez acheter ?
Perdez-vous le fil de vos tâches, au travail ou à la maison ?

Avez-vous de la difficulté à entamer ou à terminer
des tâches dont vous avez l'habitude dans votre vie privée
ou professionnelle ?

Les problèmes susmentionnés ont-ils un impact (négatif)
sur votre quotidien ?

Gabriel*

Assistant social expérimenté et consciencieux, âgé de 48 ans, marié, deux enfants, se sent épuisé.

Professionnel avec une longue expérience et une fonction de cadre. Consciencieux. Depuis des années, il montre un engagement total pour ses clients et collaborateurs. Il fait de plus en plus d'heures supplémentaires et travaille aussi tous les week-ends pour mettre à jour la « paperasse ». Sa vie de famille en souffre. Il sent monter de plus en plus d'agressivité en lui envers ses clients, mais ne le veut pas, il a honte car il veut et devrait les aider. Il se sent épuisé, comme « vide » dans sa tête, « lessivé », il préférerait simplement rester au lit le matin. Il a de graves problèmes de concentration et est étourdi. Il peine à trouver ses mots et oublie le nom de clients qu'il a depuis plusieurs années. Il ne se reconnaît pas et a de plus en plus peur. Il reçoit des retours correspondants de ses collègues, qu'il feint de prendre à la légère.

** Cas réel, nom et image fictifs*

Le burn-out, un processus en développement, jusqu'à la dépression d'épuisement

Lorsque nous, médecins, voyons une personne victime de burn-out pour la première fois, nous sommes en mesure de reconnaître et de décrire certains symptômes et types de comportements. Quand nous nous posons des questions, dressons l'anamnèse ou entendons le témoignage de ses proches ou de ses collègues de travail, nous identifions alors rapidement que l'état du patient au moment de la consultation chez le psychiatre n'est qu'une partie d'un processus qui se développe depuis plusieurs mois, voire des années.

Le professeur Matthias Burisch du Département de psychologie de l'Université de Hambourg propose un **processus de développement facilement compréhensible** dans la pratique clinique, pour lequel il définit sept phases (Burisch, 2013) :

7. PHASE DE DÉPRESSION ET DE DÉSESPOIR

La **première phase** – les premiers signes avant-coureurs – est déterminée par un **engagement accru pour certains objectifs professionnels**, ce qui peut se révéler par une augmentation des heures supplémentaires sur le lieu de travail. La personne concernée et ses proches constatent peut-être les **premiers symptômes d'épuisement, de fatigue et de perte de motivation pour d'autres activités**. Souvent, de vives réactions végétatives sont constatées, qui se traduisent par des symptômes corporels non spécifiques tels que troubles gastro-intestinaux, fortes sudations, sécheresse buccale, légers maux de tête, vertiges, troubles du sommeil et autres.

Dans la phase de réduction de l'engagement, un **retrait social** est observé chez la personne concernée : elle essaie de se soustraire à l'influence extérieure, est plus taciturne, montre les premières attitudes négatives envers son travail et agit souvent de manière « égoïste », ne pensant qu'à son propre intérêt. On la voit comme si elle avait des œillères : **limitée dans sa perception ; en quelque sorte coupée du monde, étrangère.**

Naturellement, les transitions sont imperceptibles, et la personne concernée se trouve déjà dans la **troisième phase**, **la phase des réactions émotionnelles alimentées par des sentiments d'infériorité et pessimistes**. Cela s'accompagne souvent de blâmes et de reproches portés contre les autres, ce qui peut en outre détériorer les rapports humains. Souvent, le processus de burn-out s'intensifie suite aux réactions de rejet ou d'irritation des autres. Les perceptions négatives de la personne concernée sont confirmées par l'extérieur, ce qui consolide sa perception intérieure et accélère la spirale négative du processus.

La **quatrième phase** est frappante, car elle révèle une **baisse des capacités cognitives associée à une baisse de la motivation, de la concentration et à des troubles de la mémoire, à un manque de créativité, à une détérioration de la flexibilité et de la capacité d'adaptation**. Distraction, manque de concentration et erreurs commises dans le travail peuvent être perçus aussi bien par la personne concernée que

par son entourage, car ces compétences-là, et les compétences relationnelles, sont primordiales dans notre économie de services. Cela alimente la spirale négative qui tourne de plus en plus vite vers le bas.

Selon notre expérience, la **cinquième phase, celle du déclin de la vie émotionnelle et sociale et du vécu** de la personne concernée, décrite par M. Burisch, est observée simultanément. La personne surmenée devient indifférente, évite autant que possible tout contact avec les autres et ne peut plus s'identifier aux autres ou être compatissante. **Elle devient émotionnellement « insensible ».** Elle n'est plus capable d'éprouver de la joie, ou seulement de manière limitée. Elle perd tout intérêt pour ce qui lui tenait à cœur jusqu'à présent. Le signe d'alarme principal dans cette phase est l'abandon de ses anciens loisirs ou hobbys, ce qui contribue en général aussi à une intensification du processus de burn-out. C'est au plus tard à ce moment que l'anhédonie apparaît (Snaith P., 1993 ; Keller J et al., 2013). Les personnes concernées n'ont plus aucun désir ni joie de vivre. Elles perdent souvent l'appétit. L'anhédonie touche aussi la sexualité. C'est un des **symptômes principaux d'un début de dépression d'épuisement**. Elle nécessite une aide thérapeutique et médicale.

M. Burisch décrit la **sixième phase comme celle des réactions psychosomatiques.** Bien que des réactions psychosomatiques soient déjà observées dans la première phase par l'apparition de légers symptômes végétatifs, elles se manifestent par des **symptômes douloureux** dans la sixième phase : des contractions musculaires accompagnées de douleurs diverses telles que céphalées, mal au dos, douleurs rhumatismales ainsi que troubles du sommeil de tous genres (difficultés d'endormissement, réveils nocturnes ou très tôt le matin) marquent cet état. La personne atteinte de burn-out est incapable de **récupérer durant son temps libre, même pendant un congé de plusieurs semaines.** Souvent surviennent des changements dans les habitudes alimentaires : les uns ne mangent presque plus, les autres mangent de manière excessive. On observe aussi très fréquemment une augmentation de la consommation d'alcool ou de drogues, par laquelle la personne

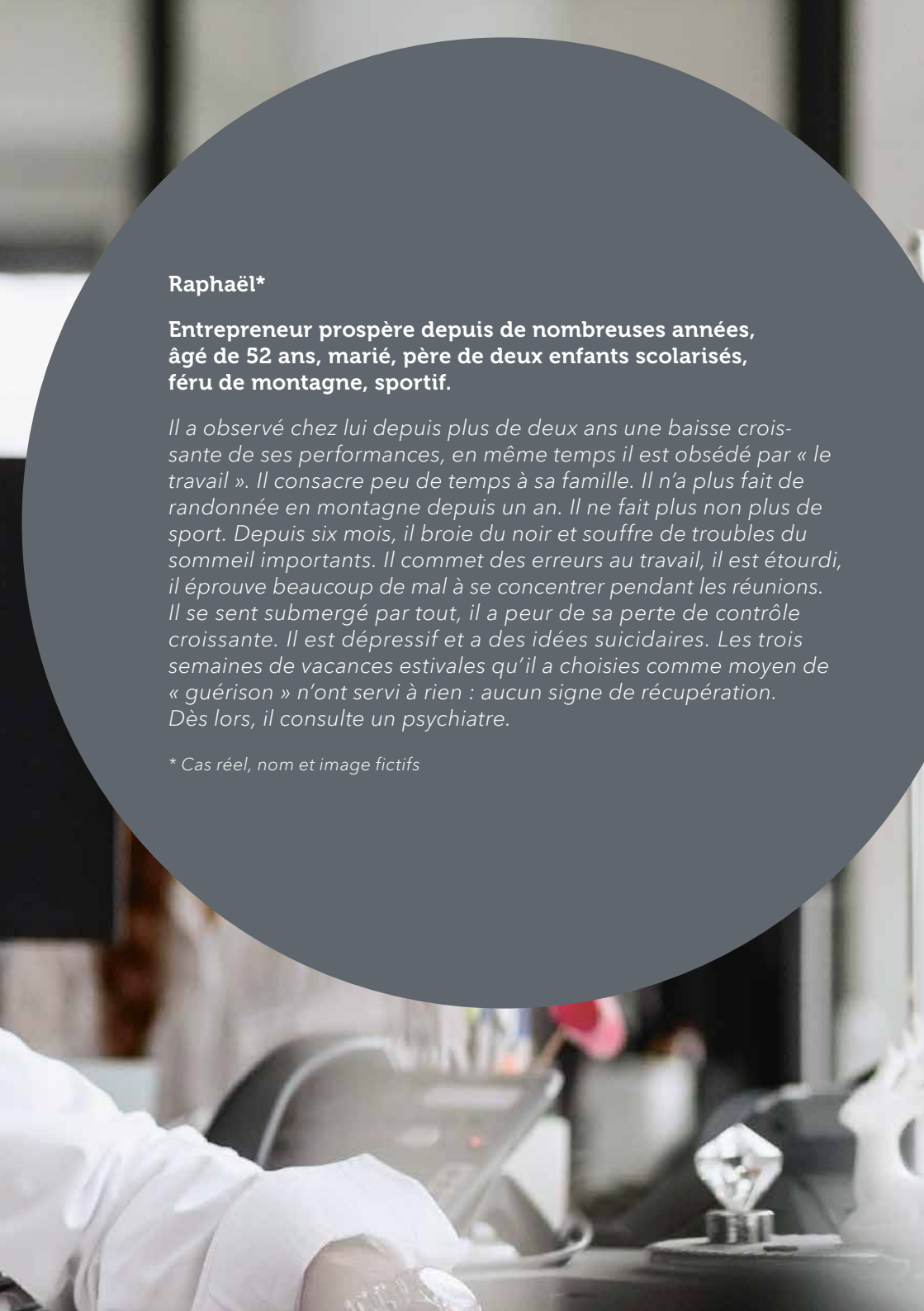
concernée essaie encore de garder le cap et de permettre un certain fonctionnement malgré son état de souffrance.

Durant cette phase, il convient d'**envisager la présence de troubles de l'adaptation avec réaction dépressive, trouble de l'anxiété et trouble obsessionnel-compulsif**. Des troubles somatoformes peuvent également apparaître ; ils se caractérisent par des douleurs ou des troubles fonctionnels qui affectent les organes et qui sont vécus et signalés par les personnes concernées, sans qu'ils ne puissent être confirmés par des examens physiques. A ce stade, il est possible qu'outre un burn-out ou une dépression d'épuisement qui s'intensifie, d'autres maladies psychiatriques doivent être diagnostiquées. Parfois, une dépression, une anorexie ou un alcoolisme passé refait surface, et la personne connaît une rechute. Ces cas doivent bien entendu être traités de manière adéquate.

Et n'oublions pas qu'une maladie physique peut également être **à l'origine des symptômes (de stress) susmentionnés**, pour la plupart non spécifiques. Mentionnons une anémie, une carence en fer, un trouble de la fonction thyroïdienne (hypothyroïdie), une insuffisance rénale, une borréliose, une infection par le VIH, une tuberculose, un cancer, une maladie inflammatoire (rhumatismale), une maladie dégénérative du système nerveux central ou de la moelle épinière, un syndrome d'apnée du sommeil ou les effets secondaires de médicaments (Korczak, et al., 2010). Il va de soi que le traitement à entreprendre dépend alors d'un diagnostic physique ou psychiatrique établi comme il se doit et fondé sur des preuves, et qu'il doit être adapté au trouble en question.

De manière plus ou moins imperceptible, la personne concernée tombe ensuite dans la **septième phase selon M. Burisch**, faute de mesures pour la contrer, la **phase de dépression et de désespoir.** Celle-ci s'accompagne de **sentiments d'inutilité, d'attitudes profondément négatives combinés à une peur du futur, un désespoir existentiel** qui peut conduire à des pensées suicidaires et, dans le pire des cas, au suicide. Cette phase est marquée par des troubles cognitifs moyens à

sévères et un manque de motivation dans la plupart des cas. Au plus tard dans cet état, d'un point de vue psychiatrique et conformément à la classification internationale des troubles psychiques, une **dépression modérée ou sévère dans le sens d'une dépression d'épuisement doit être diagnostiquée**.



Raphaël*

Entrepreneur prospère depuis de nombreuses années, âgé de 52 ans, marié, père de deux enfants scolarisés, féru de montagne, sportif.

Il a observé chez lui depuis plus de deux ans une baisse croissante de ses performances, en même temps il est obsédé par « le travail ». Il consacre peu de temps à sa famille. Il n'a plus fait de randonnée en montagne depuis un an. Il ne fait plus non plus de sport. Depuis six mois, il broie du noir et souffre de troubles du sommeil importants. Il commet des erreurs au travail, il est étourdi, il éprouve beaucoup de mal à se concentrer pendant les réunions. Il se sent submergé par tout, il a peur de sa perte de contrôle croissante. Il est dépressif et a des idées suicidaires. Les trois semaines de vacances estivales qu'il a choisies comme moyen de « guérison » n'ont servi à rien : aucun signe de récupération. Dès lors, il consulte un psychiatre.

** Cas réel, nom et image fictifs*

CAUSES ET FACTEURS DÉTERMINANTS DU BURN-OUT ET DE LA DÉPRESSION D'ÉPUISEMENT

Ce chapitre présente les principaux facteurs jugés responsables de l'apparition et du développement du processus de burn-out, jusqu'à la dépression d'épuisement.

Traits de personnalité

Chacun dispose de **« forces »** et de **« faiblesses »**. Personne ne niera cette affirmation générale. Et si nous devions porter un jugement sur notre conjoint, nos amis et connaissances, nos collaborateurs ou nos collègues, nous pourrions constater rapidement que nous avons tous nos points forts, et nos points faibles.

Du point de vue psychothérapeutique, il semble **important d'être conscient de nos forces et de nos faiblesses,** afin que nous puissions les gérer de manière appropriée en fonction du contexte de la situation dans laquelle nous évoluons. Il est primordial que nous puissions nous protéger face à nos faiblesses et que nous ne mettions pas notre lumière sous le boisseau en ce qui concerne nos forces. Il est aussi absolument imaginable qu'un comportement typique considéré comme une force dans le contexte professionnel peut constituer une faiblesse dans la vie privée. Les travaux de recherche sur la résilience se penchent sur la manière dont nos forces nous permettent de rester « sains » dans des périodes et des situations difficiles. Cette capacité a d'ailleurs été mise à rude épreuve depuis mars 2020 !

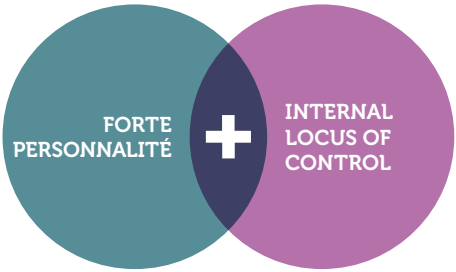
Des données indiquent que **certains traits de personnalité sont associés à un risque plus élevé de burn-out.** A l'inverse, il est démontré que les individus dotés de **certains traits de personnalité sont moins enclins que d'autres à souffrir de burn-out**, comme montrer une **attitude engagée dans les activités quotidiennes, exercer un contrôle positif** (« internal locus of control ») **sur les évènements extérieurs et rester ouvert aux changements** (Pierce et Molloy, 1990). Dans ce cas, on parle de **« forte personnalité »**.

La recherche a également montré que certaines personnes sont capables de résister à des situations de stress sans répercussions, alors que celles-ci provoquent chez d'autres un burn-out. L'auto-évaluation d'une situation précise semble y jouer un rôle : ceux qui ont perçu une situation comme menaçante ont eu davantage tendance à faire un burn-out que ceux qui ont été en mesure de la considérer comme un défi personnel (Gomes, Faria & Goncalves, 2013).

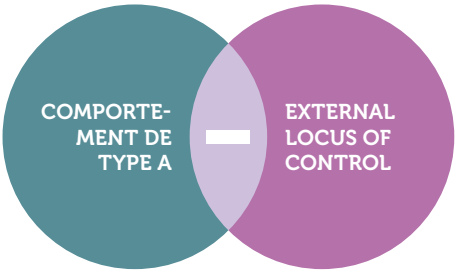
Ainsi, les individus qui s'exposent à l'influence des autres ou qui s'en remettent au destin, c'est-à-dire qui vivent pratiquement à la merci des conditions extérieures et des autres personnes, encourent un risque de burn-out plus élevé (« external locus of control »). Les personnes qui ont tendance à être craintives, très sensibles et plutôt dépressives ou qui réagissent de manière négative et hostile se voient souvent « à la merci » des autres et des choses. Elles s'attribuent à elles-mêmes et à leur comportement peu de force de caractère et d'aptitude à s'imposer. Et elles sont exposées à un risque de burn-out plus élevé.

Curieusement, on a également constaté que les personnes présentant un **« comportement de type A » encourent un risque plus élevé de souffrir de burn-out ou de maladies cardiovasculaires** telles que l'infarctus (Miller 1996). Le comportement de type A correspond à des personnalités très compétitives, menant un style de vie axé sur la réussite et préférant travailler dans l'urgence des délais. Une autre caractéristique typique du comportement de type A est un besoin particulier de contrôler leur environnement direct (privé et professionnel).

Traits de personnalité qui diminuent le risque de burn-out :



Traits de personnalité qui augmentent le risque de burn-out :



Même si certains traits de personnalité ont manifestement une dimension génétique et sont, jusqu'à un certain degré, immuables, on peut néanmoins constater que, sur le plan comportemental, l'individu est capable d'apprendre tout au long de sa vie. Il peut remplacer un comportement gênant, voire négatif, par des stratégies plus appropriées si elles lui facilitent la vie ou augmentent sa qualité de vie. Pour ce faire, il doit être capable d'identifier ce comportement et en être conscient. C'est la base de tout processus de changement.

Engagement professionnel

Il est facilement concevable que **se fixer des objectifs professionnels difficiles à atteindre, voire irréalistes, mène à un état de burn-out.** Tout un chacun connaît la frustration qui découle du fait qu'un état réel actuel ne corresponde pas à l'état souhaité. Plus l'écart entre ces deux valeurs est grand et plus il est fréquent, plus il est probable que les objectifs que nous nous sommes fixés ou qui nous sont imposés échouent.

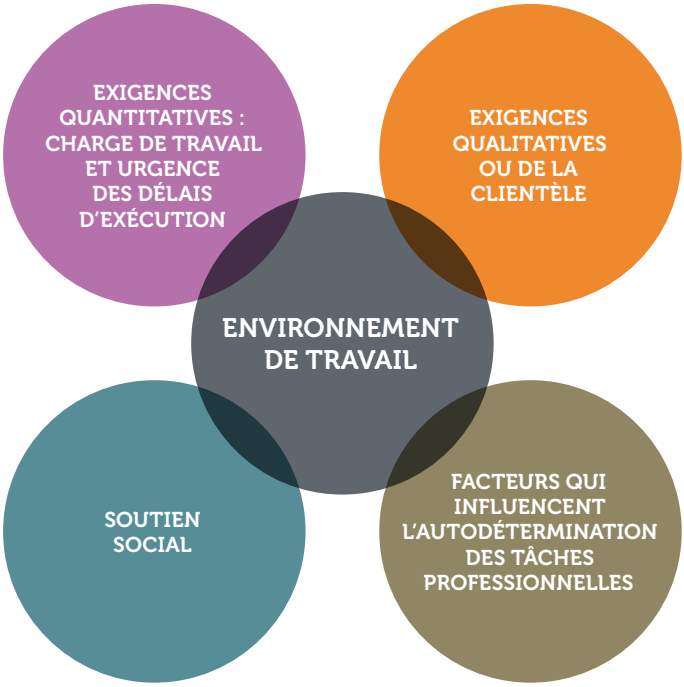
C'est mauvais pour notre amour-propre et peut à la longue nous amener à ne plus croire en nous et à perdre toute motivation.

Ce sont précisément les personnes qui abordent leur travail de manière très engagée avec une grande implication émotionnelle qui courent un plus grand risque d'entrer dans le processus du burn-out. Etant donné que de nos jours, dans le milieu professionnel, ce n'est très souvent non pas l'engagement personnel et émotionnel de la personne concernée qui est reconnu, mais uniquement le résultat, « l'outcome », qui compte, cela peut aboutir à une plus grande frustration et à une profonde déception.

Certes, l'engagement professionnel de la personne concernée est lié à ses traits de personnalité. On observe clairement que les individus plutôt compulsifs et perfectionnistes sont d'autant plus rapidement déçus d'eux-mêmes et sont soumis à un plus grand risque de frustration que d'autres. En même temps, il faut constater qu'un comportement ordonné, concentré sur les objectifs et visant autant que possible une performance de 100 % est fortement reconnu dans notre société et est déjà encouragé à l'école. **Sur le plan individuel, la question est de savoir comment être à la hauteur des exigences ambivalentes posées par notre société.**

Caractéristiques du travail et aspects de l'environnement professionnel

Parmi les caractéristiques inhérentes à l'activité et les aspects organisationnels du travail, quatre dimensions sont examinées à la loupe :



Différents auteurs ont pu montrer qu'une **grande charge de travail et l'urgence des délais d'exécution favorisent l'apparition d'un burn-out** (Schulze, 2005). Plus nous sommes contraints d'effectuer une quantité de travail importante en un temps réduit, plus notre niveau de stress augmente. Si cette situation s'avère de courte durée, la plupart d'entre nous verront le stress disparaître. Si toutefois elle persiste, tôt ou tard tout individu soumis à cette constellation souffrira de burn-out. Nous tombons, comme Siphyse, dans un travail sans fin, nous nous épuisons de plus en plus, comme le hamster dans sa roue, sans jamais arriver à rien.

Certaines professions ou certains domaines s'accompagnent manifestement d'un risque de burn-out plus élevé. **Les exigences qualitatives ou de la clientèle semblent en être la cause.** En effet, plus on travaille fréquemment et longtemps en contact direct avec les clients ou les patients et plus les problèmes de ces derniers sont graves, plus le risque de burn-out est élevé (Schaufeli et Enzmann, 1998). Même si le burn-out est souvent perçu aujourd'hui comme la « maladie des cadres », il ne faut pas oublier que, dans les premières descriptions de Freudenberger et de Maslach, les personnes travaillant dans des professions sociales et dans le domaine de la santé étaient les premières personnes concernées. En outre, il a également été constaté que les **conflits de rôles au sein d'une activité sont assortis d'un risque de burn-out plus élevé**. Par conflits de rôles, on entend des situations professionnelles dans lesquelles les attentes sont parfois contradictoires. Un autre **facteur de risque important pour le burn-out est le manque de clarté en ce qui concerne les tâches, la description de fonction ou le profil recherché**.

Bien entendu, le soutien social joue un rôle déterminant. Nous aspirons tous à avoir un haut degré d'autonomie, donc d'autodétermination et de responsabilité propre. Et cependant, nous sommes aussi tous dépendants des autres, avons besoin du soutien et de l'approbation des autres afin de pouvoir continuer à fournir sur le long terme un travail de qualité dans des phases de grande pression et d'incertitudes. **Le feedback, les encouragements et la critique constructive peuvent, dans ce**

cas, faire des miracles si cela vient du fond du cœur. Dans le cas contraire, ces faits peuvent tout simplement se transformer en armes insidieuses (mobbing). Tout dirigeant devrait être conscient de l'importance d'un « bonjour » cordial, d'un feedback constructif sur le travail effectué par un collaborateur ou simplement d'une marque d'intérêt pour son bien-être. Il s'agit de se demander comment nous voulons interagir avec les autres et comment nous voulons transmettre, également dans des relations assez distantes du point de vue émotionnel, le **sentiment d'être remarqué, d'être pris au sérieux** et d'appartenance. Tous ces points sont fondamentalement importants pour chacun de nous pour nous sentir bien.

A une époque où nous sommes incités à développer notre autonomie, il est tout naturellement logique de vouloir effectuer les tâches qui nous sont attribuées avec un maximum d'autodétermination et de flexibilité. Il existe cependant encore des styles de direction qui considèrent le collaborateur comme juste bon à « faire son boulot », une dégradation qu'il ressent forcément. De nos jours, il est important pour le collaborateur de disposer de son propre pouvoir de décision, d'être impliqué dans les décisions pertinentes et de s'identifier avec son activité, son entreprise et son employeur. Différents auteurs ont pu montrer que la **prise en charge d'une responsabilité et l'engagement positif dans la profession constituent des mesures importantes dans la promotion de la santé sur le lieu de travail – et sont donc des mesures contre le burn-out** (Karasek et al., 1988 ; Lee et Asfort, 1996).

L'importance du **rôle de déclencheurs que jouent les changements permanents et les nouveaux défis constants dans le monde du travail** fait l'objet de discussions (DGPPN, 2012). On évoque également la **mondialisation**, qui exacerbe la concurrence et amène des facteurs de stress comme la réduction des effectifs et les mesures de rationalisation. La **numérisation de l'environnement professionnel** représente un défi tout particulier pour les personnes plus âgées, qui n'ont pas grandi en ayant accès à des ordinateurs. Elles se sentent dépassées, ce qui peut se manifester par un état de burn-out. L'idée de **devoir constamment**

être joignable par e-mail ou sur son téléphone portable contribue bien entendu aussi énormément au burn-out, étant donné les limites entre la vie professionnelle et la vie privée deviennent de plus en plus floues. Et ce n'est que la pointe de l'iceberg, puisque notre société en pleine numérisation fait apparaître de nombreux autres phénomènes.

Zoé*

Journaliste passionnée de 42 ans, pas mariée, sans enfants.

Elle accepte tous les jobs, se distingue par son zèle, ce qui produit un effet très positif auprès de l'employeur, et elle a de grandes attentes personnelles. Mais elle connaît aussi le rejet et la jalousie de ses collègues. Elle n'arrive plus à trouver une minute de calme et souffre de troubles du sommeil. Elle essaie de paraître encore « plus forte et plus rapide » afin que l'on ne suspecte pas son épuisement. Elle a peur de perdre son travail et la sympathie de son supérieur, elle sent de plus en plus l'écart entre ses attentes personnelles et celles de l'extérieur, et son état intérieur d'épuisement. Elle a peur de prendre du temps libre pour ne pas compromettre sa position dans l'entreprise. Elle admet dans une séance psychothérapeutique qu'elle devrait changer son attitude. « Qu'est-ce que j'attends de la vie ? Qu'est-ce qui est vraiment important ? »

** Cas réel, nom et image fictifs*

PRÉVENIR LE BURN-OUT POUR CONSERVER LA QUALITÉ DE VIE ET LA PERFORMANCE

Dans ce chapitre, il est question du fameux **équilibre entre vie privée et vie professionnelle**, bien que l'opposition suggérée par ce terme dérange un peu. La division de notre vie entre une activité professionnelle d'une part et une « vraie vie » d'autre part ne correspond pas, on l'espère, à notre perception. Ou quand même ? En référence au concept de Nossrat Peseschkian de psychothérapie positive (Peseschkian, 1999), nous pouvons définir les **quatre piliers ci-après comme les bases essentielles du maintien de la santé et de la capacité de performance :**

1. Performance et travail

2. Activités sociales et relations

3. Corps et esprit

4. Culture, intellect et vécu émotionnel

L'idée fondamentale est que nous fassions autant que possible quelque chose pour nous-même dans chacun des quatre domaines cités, ce qui crée un équilibre. Le bienfait et le bien-être mutuels apportés par la vie dans les différents domaines, par l'engagement pour ces domaines, procurent l'équilibre nécessaire à la santé et au bien-être.

Performance et travail

Le domaine de la « performance » est étroitement lié à notre travail quotidien et à notre profession. Dans notre société, l'aspect de performance est un facteur très important, également en ce qui concerne notre estime de soi. Il comprend aussi la sécurité de l'existence en tant que base pour tous les autres domaines de la vie. Nous devons « investir » dans le travail et le principe de performance. C'est aussi ce que nous souhaitons. **Avoir la sensation d'être efficace, savoir que nos actions ont un impact, atteindre un objectif, tout cela est profondément sa-**

tisfaisant et essentiel à notre amour-propre. Mais l'estime de soi n'est pas immuable. Elle s'use au quotidien et devrait être entretenue régulièrement. Et plus nous le faisons de manière consciente et, dans l'idéal, avec plaisir, mieux c'est. Mais nous devons aussi accepter les aspects désagréables de notre travail. Toute médaille a son revers, et on ne peut pas apprécier la lumière sans avoir connu les ténèbres. Tant que nous sommes rétribués équitablement et que notre revenu suffit pour subvenir à nos besoins de base, nous pouvons nous estimer heureux. L'argent ne fait pas le bonheur, c'est bien connu, mais vivre dans notre société de consommation sans en avoir les moyens n'est pas simple, car nous ressentons directement les restrictions sociales qui sont alors imposées.

Activités sociales et relations

Les activités sociales sont essentielles à notre santé mentale. En effet, nous ne vivons pas seulement en relation avec les autres, mais elles sont aussi le but de notre existence. Notre partenaire, le sentiment d'être intégré dans le contexte familial, nos activités dans le cadre du cercle des amis et avec nos collègues sur le lieu de travail nous font nous sentir visibles, nous reflètent et nous stimulent. Nous pouvons être là pour les autres, les autres pour nous. Nous nous sentons considérés, nous trouvons des réponses, le confort, un échange intellectuel et émotionnel auprès des autres. Nous nous inspirons mutuellement. Nous faisons partie d'un tout : c'est un besoin humain élémentaire. **En communauté, l'individu se sent protégé !** Demander et encourager deviennent des évènements interpersonnels essentiels pour se développer soi-même et aussi pour soutenir d'autres personnes autour de nous. **« Vivre, c'est être en relation. »**

Corps et esprit

Le troisième principe de base, **le troisième pilier pour conserver la santé est notre corps, notre vécu émotionnel tout à fait conscient par nos sens.** Notre alimentation, le mouvement et le sport régulier font partie de cet ensemble. Pour le sport, il ne s'agit pas tant de l'aspect de la performance, mais bien plus du principe de plaisir. En font également partie, le sommeil sain et régulier, de même que la tendresse et la sexualité. Des mesures de bien-être comme s'offrir un bain délassant ou un massage jouent également un rôle dans ce domaine, ainsi que l'**attention en tant qu'attitude fondamentale à adopter**, car elle nous permet d'entrer en contact avec les autres et les objets et ainsi de nous rencontrer nous-mêmes. La notion d'attention ou pleine conscience, inspirée de l'enseignement de méditation du bouddhisme, concerne la perception consciente de ce qui se passe autour de nous dans l'instant présent. Il est alors important d'adopter une attitude d'acceptation, sans jugement. **Une attention particulière est attribuée à la perception sensorielle : qu'est-ce que je vois maintenant ? Qu'est-ce que j'entends à cet instant ? Qu'est-ce que je ressens sur ma peau ?**

L'attention est souvent abordée dans la littérature psychothérapeutique spécialisée, tant dans la prévention que la thérapie. Le concept de Marsha Linehans de la psychothérapie comportementale dialectique pour des personnes souffrant de troubles « borderline » implique l'attention en tant qu'élément essentiel du traitement global. Cette forme de traitement s'est étendue ces dernières années à la quasi-totalité des services de psychothérapie des pays germanophones. Dans ce contexte, on retiendra particulièrement le « Mindfulness-Based-Stress-Reduction-Programme » (MBSR) de Jon Kabat-Zinn et son équipe de la Stress-Reduction Clinic, Massachusetts (1985). Il a pu être démontré que des personnes formées à l'attention et à la méditation présentaient de moindres risques de rechute après une dépression, en comparaison avec un groupe d'autres patients autrefois dépressifs qui n'avaient pas suivi ce cours (Bishop, 2002).

Culture, intellect et vécu émotionnel

La culture, l'intellect et le vécu émotionnel constituent le quatrième pilier. Ce sont des moments importants de notre vie tels que nous les vivons en écoutant ou jouant de la musique, en lisant un roman passionnant ou encore en regardant un film captivant. Lorsque nous rêvassons et que nous laissons les choses suivre leur cours. Il en va de même de nos réflexions intérieures sur les questions spirituelles et religieuses. Les questions que chacun se pose sur la vie (**d'où je viens, où vais-je et pourquoi**), sont également importantes et devraient raisonnablement être intégrées dans une vie remplie et équilibrée.

Est à risque celui qui ne se définit que par les performances, ne s'engage que dans ce domaine et finit par s'épuiser.

L'idée du modèle des quatre piliers pour le maintien de la santé est de nous investir dans les différents domaines au travers de notre engagement personnel. Cela coûte assurément du temps, de l'énervement, de l'énergie, voire de l'argent. Idéalement, nous retirons aussi quelque chose de chacun des domaines, ce qui nous donne à nouveau suffisamment de force, de courage et d'énergie dans un autre domaine pour accomplir ce que nous-mêmes et notre environnement attendons de nous. Lorsque des ennuis surviennent dans un domaine (p. ex. problème avec le partenaire, perte d'un proche, maladie), il est bon de puiser équilibre, force et courage dans les autres domaines afin de supporter les tensions et de venir à bout des défis.

LES QUATRE PILIERS POUR LE MAINTIEN DE LA SANTÉ

PERFORMANCE

TRAVAIL

FINANCES

SOCIAL

RELATIONS

PARTENARIAT

FAMILLE

CORPS/SENS

ALIMENTATION

SEXUALITÉ

ATTENTION

ACTIVITÉS EN PLEIN AIR

MOUVEMENT

« PRINCIPE DE PLAISIR »

SOMMEIL

« CULTURE »

INTELLECT ET VÉCU ÉMOTIONNEL

MUSIQUE

LECTURE

RÊVERIES

SPIRITUALITÉ

par Joachim Leupold

Thomas*

Entrepreneur prospère de 55 ans, marié, trois enfants adultes, s'est remis d'un grave burn-out.

Burn-out grave avec dépression d'épuisement il y a trois ans, après avoir vécu plusieurs années complètement absorbé par son entreprise et négligé la famille, le sport et une alimentation saine. Il a pu surmonter une phase professionnelle difficile sans rechute et de façon constructive dès lors qu'il a pratiqué régulièrement le vélo tout terrain et le ski. Avec sa femme, il a désormais un abonnement de saison à l'opéra (et il l'utilise !). A cela s'ajoutent une consommation modérée d'alcool et une alimentation équilibrée (conformément aux conseils). Il fait régulièrement des exercices de relaxation (également au bureau).

** Cas réel, nom et image fictifs*

OPTIONS THÉRAPEUTIQUES EN CAS DE BURN-OUT ET DE DÉPRESSION D'ÉPUISEMENT

Cela surprend d'entendre certains dire qu'une personne souffrant de burn-out sera automatiquement atteinte pour toute sa vie, peut-être même invalide, et ne sera plus jamais performante ou en mesure de travailler. C'est faux dans la plupart des cas, car les connaissances actuelles en matière de processus et d'états de burn-out nous permettent d'apporter une grande aide à ces personnes, que ce soit par un traitement ou par la prévention d'un deuxième burn-out. On ne peut toutefois pas nier le fait que certaines situations et comorbidités (maladies présentent en même temps que le burn-out) empêchent les personnes concernées de réintégrer le monde professionnel, ou les contraignent à travailler à temps partiel.

Le traitement et la réhabilitation d'une personne atteinte de burn-out et d'une dépression d'épuisement nécessitent un engagement de sa part, mais aussi des efforts de la part de son entourage et de son employeur. Souvent, on se rend compte que des adaptations seraient nécessaires au poste de travail, afin que la réintégration professionnelle se déroule de manière optimale. Ou il se peut qu'un changement de poste de travail soit nécessaire : qu'y a-t-il de pire pour une entreprise et les personnes concernées que de ne pas avoir la bonne personne à la bonne place ? Ou bien on a affaire au phénomène du **« présentéisme » : l'employé se rend certes au travail, mais il n'est pas performant, car il est malade.** Ce phénomène sous-estimé coûte cher aux entreprises. Ce comportement est souvent motivé par la peur de perdre son emploi.

Lors de la réhabilitation et de la réintégration, il s'agit de faire preuve de précaution, d'une grande compréhension, et de bien se mettre d'accord. D'expérience, nous recommandons un dialogue à trois entre médecin/thérapeute, patient et son employeur ou son supérieur, tout en respectant le secret médical, bien entendu. En effet, on constate qu'un échange d'informations sur la maladie est extrêmement utile, et peut contribuer à diminuer les rumeurs ou les fausses idées sur la personne qu'entretiennent ses supérieurs ou ses collègues. La pression est moindre, ce qui est essentiel à une bonne réinsertion. Au début de

la phase de réintégration dans l'environnement de travail, on observe souvent des **symptômes cognitifs résiduels**. De nombreuses personnes attestent d'une amélioration de leur humeur et de leur motivation, alors que les troubles de la compréhension et de la concentration restent perceptibles. Dans ce cas, il s'agit de tenir compte de différentes mesures : bien s'accorder avec le responsable de la personne sur son lieu de travail et convenir d'une augmentation graduelle (qualitative et quantitative) de la charge de travail, mais aussi penser au rôle essentiel que joue de la médication sur les troubles cognitifs.

En référence aux quatre piliers pour le maintien de la santé, nous avons formulé les **« quatre piliers de la thérapie des personnes souffrant de burn-out »** :

1. Activité physique : être actif

2. Détente : être attentif

3. Connaissance de soi : être conscient

4. Médicaments : être soutenu

Activité physique : être actif

On le sait depuis longtemps : **le mouvement est le meilleur antidépresseur !** Dans le traitement global d'un syndrome dépressif, l'activité par le mouvement joue un rôle déterminant. Différentes études, certaines très récentes, confirment l'influence positive d'une activité physique modérée, si possible dans la nature, pour « aérer » les états dépressifs (Kvam, 2016 ; Coon, 2010). Cela n'a rien de très étonnant puisque **l'être humain, avec sa constitution génétique actuelle, est « conçu » pour vivre dans la nature**. Par le biais de la chasse et de la cueillette, il devait assurer sa survie.

Il est de même effarant de constater que nous sommes nombreux à gagner notre vie en position assise pendant des heures, voire même à passer la plus grande partie de la journée « cloîtrés ».

Pour cette raison, une activité physique modérée, non orientée sur le sport de compétition mais considérée comme un instrument propice pour se maintenir en bonne santé, joue un rôle déterminant également au cours de la thérapie. Dans les différentes institutions spécialisées dans les maladies liées au burn-out, les sports d'endurance tels que la marche nordique, le vélo, la randonnée, le jogging, l'aquagym, la danse, le fitness et bien d'autres, font partie du programme quotidien. En outre, la musculation, pratiquée avec modération et régulièrement, est recommandée ; elle aide la personne concernée à revenir à une conscience de soi positive et satisfaisante.

Détente : être attentif

Idéalement, les activités et mouvements mentionnés plus haut sont **en juste équilibre avec des temps de détente**. De même que l'océan se brise sur la terre ferme en un va-et-vient incessant, il semblerait que s'ouvre à nous entre la systole et la diastole, entre l'activité et la détente, l'espace nous permettant de rester en bonne santé et performants. C'est pourquoi la **détente ciblée, un comportement attentif envers soi-même et envers ce qui nous entoure, constituent le noyau central d'un concept thérapeutique holistique**. L'étude de Kabat-Zinn mentionnée plus haut prouve que, outre les activités sportives régulières, la pratique régulière de la méditation ou d'exercices d'attention est importante pour prévenir la rechute en cas de syndromes dépressifs et psychovégétatifs.

L'hypnose médicale, le training autogène ou d'autres techniques de la médecine complémentaire telles que la médecine traditionnelle chinoise (acupuncture, qi gong) sont des éléments importants, faciles à intégrer dans la vie quotidienne.

Un bref rituel de détente sur le lieu de travail, comme l'utilisation consciente de la relaxation musculaire progressive selon Jacobson ou le fait de se représenter un endroit sûr (« safe place ») peut prévenir une rechute et, dans le cadre de la thérapie du burn-out, soutenir le retour vers un état équilibré et productif.

Connaissance de soi : être conscient

L'attention mentionnée plus haut, c'est-à-dire la perception consciente des objets nous entourant à l'aide de nos sens, sans les juger**, est en relation étroite avec notre perception de soi.** C'est pourquoi une psychothérapie avec un spécialiste est un élément central dans le traitement du burn-out. Elle doit impérativement être poursuivie par la suite, pendant ou après la réhabilitation dans l'environnement de travail. Il s'agit **d'appliquer de nouvelles stratégies découlant d'une analyse des conditions** et répondant au besoin, en vue de corriger un dysfonctionnement du comportement potentiellement autodestructeur.

Partant de l'idée d'essayer quelque chose de nouveau, un processus d'apprentissage conscient, orienté sur les besoins personnels de la personne concernée, doit se mettre en place. Une méthode de thérapie comportementale, telle que l'entraînement à l'autogestion selon Kanfer et al. (2000) peut, dans le sens d'une psychothérapie de courte durée, apporter d'excellents résultats en très peu de temps, permettant ainsi un tournant décisif et une guérison.

Dans le processus thérapeutique, la question de savoir ce que nous pouvons changer nous-mêmes et ce que nous devons accepter revient sans cesse. Il est fondamental de cerner si un changement de comportement apporte une amélioration pour soi-même et pour son entourage. Dans le processus global, un coaching professionnel ciblé peut être indiqué, avec le soutien de spécialistes en la matière. Dans tous les cas, le contact entre le thérapeute et l'employeur ou les respon-

sables des ressources humaines (après autorisation de la personne concernée, bien entendu) est un instrument très utile et important pour aborder les aspects problématiques du poste de travail et pour développer, en collaboration avec le supérieur hiérarchique, une solution constructive.

Dans ce sens, les **entretiens systémiques** sont également à prendre en considération. On entend par là des entretiens thérapeutiques **avec des membres de la famille ou avec le supérieur et des collaborateurs**, afin de préparer au mieux la réintégration de la personne concernée dans la vie quotidienne et de soutenir, au moyen d'une communication adaptée à la situation, au mieux le processus thérapeutique.

D'après notre expérience, outre les aspects systémiques de la thérapie, l'attention accordée aux méthodes de thérapie comportementale et à l'apprentissage de techniques de relaxation, des aspects très existentiels de la vie, de l'être, sont toujours abordés dans le processus psychothérapeutique. Bouleversées par la crise qu'elles vivent, les personnes concernées ont des sentiments et des pensées qu'il s'agit de capter, d'analyser et de développer. Beaucoup d'entre elles finissent **par réaliser que cette crise était en réalité une opportunité.** Cette prise de conscience permet d'apporter des changements qui auront un effet positif sur l'avenir de la personne.

Médicaments : être soutenu

Les médicaments peuvent jouer un rôle important, particulièrement dans la phase aiguë (risque de suicide). Comme nous l'avons déjà évoqué, ils peuvent **aussi jouer un rôle essentiel dans le processus de réinsertion professionnelle**. Outre leurs effets positifs sur l'humeur et la motivation, leur capacité à soutenir les performances cognitives doit également être évaluée, et ils doivent être adaptés, le cas échéant. Il est primordial de demander conseil à un médecin spécialisé en psychiatrie ou en psychothérapie, et de prêter attention aux symptômes principaux, pour **éviter autant que possible une rechute.** Comme c'est le cas d'autres troubles dépressifs, le risque de nouveau burn-out ou de nouvelle dépression d'épuisement est particulièrement élevé tout de suite après un épisode. Par conséquent, la personne doit être étroitement surveillée et accompagnée durant les six premiers mois après un burn-out, et même durant la première année qui suit une rechute de dépression d'épuisement.

Outre les benzodiazépines (calmants et somnifères) pouvant contribuer à calmer les états d'anxiété, d'agitation et de désespoir dans la phase aiguë, les **antidépresseurs sont particulièrement importants pour le traitement du burn-out sévère, des troubles cognitifs et des dépressions d'épuisement**. Les antidépresseurs modernes, bien tolérés, sont certainement les médicaments à choisir en priorité et sont souvent prescrits en clinique. Ils peuvent offrir une impulsion et une stabilité aux personnes concernées, leur permettant ainsi de retrouver l'énergie et la motivation nécessaire pour entreprendre le processus décrit plus haut (activités physiques, détente et psychothérapie). Il existe à l'heure actuelle un antidépresseur qui exerce un effet particulièrement positif sur les performances cognitives, en raison de son excellent profil d'effets secondaires et de son mécanisme d'action multimodal. Se concentrer uniquement sur l'humeur et la motivation de la personne concernée peut avoir de graves conséquences dans le sens d'une rechute rapide. En effet, nos facultés ou troubles cognitifs ont toujours une influence directe sur notre humeur et nos actions. De bonnes capacités cognitives

(concentration, mémoire, attention, flexibilité) sont essentielles pour une bonne réintégration dans notre société de services, en plus d'un bon état d'esprit et d'une motivation suffisante.

On peut comparer les médicaments aux béquilles d'un patient avec une jambe cassée : après l'opération et la stabilisation de la jambe, le processus de guérison de l'os et de la musculation commence. Afin de s'habituer à la charge et guérir, la jambe doit d'abord être ménagée. Les béquilles sont donc employées jusqu'à ce que la jambe supporte à nouveau une charge normale. Il en va de même avec l'antidépresseur dans le cadre du traitement d'un burn-out avec dépression manifeste. Les règles pour l'emploi d'un antidépresseur sont les mêmes que pour le traitement de troubles dépressifs.

LES QUATRE PILIERS DE LA THÉRAPIE DES PERSONNES

MOUVEMENT

ÊTRE ACTIF

DÉTENTE

ÊTRE ATTENTIF

ATTEINTES DE BURN-OUT

CONNAISSANCE DE SOI

ÊTRE CONSCIENT

MÉDICAMENTS

ÊTRE SOUTENU

par Joachim Leupold

Clément*

Employé de banque de 45 ans, marié avec quatre enfants en âge de scolarité, gravement dépressif avec tendances suicidaires aiguës.

De plus en plus épuisé, pessimiste et démotivé depuis voilà trois ans, bien que son travail lui apportait beaucoup de plaisir. A cause de ces états d'âme, il est souvent irrité, créant des problèmes de couple. Thérapie psychiatrique et psychothérapeutique intensive, avec médication (antidépresseur et benzodiazépines en phase aiguë), a lieu en ambulatoire, à raison de deux séances par semaine. Incapacité de travailler à 100 % pendant trois mois. Entretien entre le thérapeute (délivré du secret professionnel par le patient) et le supérieur sur les problèmes rencontrés. Après amélioration, la personne concernée pratique du sport avec modération (d'abord training médical, puis en plein air), apprend des exercices de relaxation et les intègre dans sa vie quotidienne. A cela s'ajoutent des entretiens de couple avec instruction sur la culture de la communication au sein du couple. Puis suit la réinsertion dans le monde du travail, d'abord à 50 % puis augmentation petit à petit par demi-journée (10 %) sur six mois. Il travaille aujourd'hui à nouveau à 100 %, il est confiant, il connaît ses limites et gère mieux son temps ; il prend en compte les piliers pour le maintien de la santé.

** Cas réel, nom et image fictifs*

BIBLIOGRAPHIE

Berger M, et al. Positionspapier der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN) zum Thema Burnout. Berlin. 2012. **www.dgppn.de**

Bishop SR. What do we really know about mindfulness-based stress reduction? Psychosom Med 2002;64:71–84.

Burisch M. Das Burnout-Syndrom. Berlin und Heidelberg. Springer Verlag 2013.

Coon T, et al. Does participating in physical activity in outdoor natural environments have a greater effect on physical and mental wellbeing than physical activity indoors? A systematic review. Environ Sci Technol 2011 Mar 1;45(5):1761–1772.

Dilling H, Mombour W, Schmidt MH. Weltgesundheitsorganisation: Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V(F) Klinisch-diagnostische Leitlinien. Verlag Hans Huber, Bern, Göttingen, Toronto, Seattle. 1991.

Elliott R. Executive functions and their disorders. Br Med Bull 2003; 65:49–59.

Freudenberger HJ. Staff Burnout. Journal of social issus 1974;30: 159–165.

Hammar A, Ardal G. Cognitive functioning in major depression – a summary. Front Hum Neurosci 2009;3:26.

Hochstrasser B, et al. Therapieempfehlungen des Schweizerischen Expertennetzwerks für Burnout (SEB); Swiss Medical Forum 2016; 16(25):538–541 / 16(26–27):561–566.

Iverson GL, Lam RW. Rapid screening for perceived cognitive impairment in major depressive disorder. Ann Clin Psychiatry 2013;25:135–140.

Kabat-Zinn J, et al. The clinical use of mindfulness meditation for the self-regulation of chronic pain. J Behav Med. 1985;8:163–189.

Karasek RA, et al. Job Characteristics in Relation to the Prevalence of Myocardial Infarction in the US Health Examination Survey (HES) and the Health and Nutrition Examination Survey (HANES). Am J Public Health 1988;78:910–918.

Keller J, et al. Trait anhedonia is associated with reduced reactivity and connectivity of mesolimbic and paralimbic reward pathways. J Psychiatr Res 2013;47(10):1319–1328.

Lam RW, et al. Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) 2016 Clinical Guidelines for the Management of Adults with Major Depressive Disorder: Introduction and Methods. Can J Psychiatry 2016;61(9):506–509.

Lee RT, Ashfort BE. A meta-analytic examination of the correlates of the three dimensions of job burnout. J Appl Psychol 1996;81:123–133.

Kanfer FH, et al. Selbstmanagement-Therapie. Ein Lehrbuch für die klinische Praxis. Berlin, Heidelberg, New York. Springer Verlag. 2000; 3. Auflage.

Kroczak D, Kister C, Huber B. Differentialdiagnostik des Burnout-Syndroms. Schriftenreihe Health Technology Assessment (HTA) in der Bundesrepublik Deutschland (Bd. 105). Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI), Köln, 2010.

Kvam S, et al. Exercise as a treatment for depression: A meta-analysis. J Affect Disord 2016;202:67–86.

Maslach C. Burnout. The cost of caring. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall. 1982.

Miller TQ, et al. A meta-analytic review of research on hostility and physical health. Psychol Bull 1996;322–348.

Peseschkian N. Das Geheimnis des Samenkorns. Frankfurt am Main: Fischer Taschenbuch Verlag GmbH, 1999 mit freundlicher Genehmigung des Springer Verlages Berlin, Heidelberg, New York, 1996.

Pierce CM, Molloy GN. Psychological and biographical differences between secondary school teachers experiencing high and low levels of burnout. Br J Educ Psychol 1990;60:37–51.

Schaufeli W, Enzmann D. The Burnout Companion to Study and Practice. A critical analysis. London, Philadelphia. Taylor and Francis. 1998;1 ed.

Schulze B. Burnout heute. Quo vadis? – Risiken, Auswirkungen, Prävention. In: Burnout und Berufsleben, Ärzteschaft im Diskurs mit Human Ressource Management, Swiss Burnout 2005.

Snaith P. Anhedonia: a neglected symptom of psychopathology. Psychol Med 1993;23:957–966.

Swiss Expert Network on Burnout (SNB). Hochstrasser B, Schulze B, et al.: 2014 **www.burnoutexperts.ch**

ENTRAIDE

Réseau suisse d'Experts sur le Burnout :
www.burnoutexperts.ch/f/

Société Suisse des Troubles Anxieux et de la Dépression (SSAD) :
www.sgad.ch/fr/

Equilibrium – Verein zur Bewältigung von Depressionen
(site en allemand seulement, mais contact pour toute la Suisse) :
www.depressionen.ch

Swiss Burnout :
www.swiss-burnout.ch

Info-Entraide Suisse :
www.infoentraidesuisse.ch

CH-BRIN-0575 sto.ch

Lundbeck (Suisse) SA, 8152 Glattbrugg, www.lundbeck.ch