

SOMMAIRE

Liste des abréviations

Introduction

I – Première partie : Le *Burnout*

II – Deuxième partie : Enquête

III – Troisième partie : Discussion

Conclusion

Bibliographie

Table des matières

LISTE DES ABREVIATIONS

MBI : *Maslach Burnout Inventory*

AWLS : *Areas of Worklife Survey*

AFEP : Association Fédérative pour la Formation En Psychiatrie

EFPT : *European Federation of Psychiatric Trainees*, Fédération Européenne des Internes en Psychiatrie

"She burnt with love, as straw with fire flameth.
She burnt out love, as soon as straw out burneth."¹
William Shakespeare. *The Passionate Pilgrim*. 1599.

¹ « Elle brûla d'amour, comme la paille s'enflamme avec le feu.
Elle consuma l'amour, dès que la paille fut consumée. »

INTRODUCTION

Le syndrome d'épuisement professionnel ou *burnout* n'est pas un phénomène nouveau. Il ancre ses racines dans le passé. Il apparaît déjà à travers le « *surmenage* » de Tuke en 1882 et l'« *industrial fatigue* » de Park en 1934. Mais aucun n'aura le succès rencontré par le terme *burnout* à partir des années 1970.

Il est intéressant de remarquer que l'émergence de la notion de *burnout*, décrit en tant que syndrome, se fait de manière presque simultanée au début des années 1970, sur la côte est et ouest des Etats-Unis, avec respectivement Herbert J. Freudenberger et Christina Maslach. Cela illustre le fait que le *burnout* a d'abord émergé en tant que problème social. Il ne s'agissait donc pas d'une construction scolaire et abstraite. Apparemment, ces deux auteurs ont découvert quelque chose qui était « dans l'air du temps ». Cette origine sociale du *burnout* est essentielle pour comprendre l'évolution de ce concept.

Dans un premier temps, l'accent a été mis sur les descriptions cliniques. L'effort porte sur des tentatives pour définir le *burnout* à travers des observations précises, et en particulier les symptômes qu'il occasionne. Suivant la tradition médicale, ces symptômes ont ensuite été regroupés pour identifier un syndrome. Cette approche clinique souligne l'importance des facteurs individuels sous-tendant le *burnout*.

Le passage à une approche plus empirique et rationnelle se fit rapidement avec Christina Maslach et Ayala Pines. Peu de temps après avoir identifié le syndrome, elles mirent en place des programmes de recherche. Les réserves des milieux académiques envers le *burnout* furent nombreuses, au point d'entraver leurs travaux. Un premier article sur le développement de l'instrument psychométrique qui est désormais le plus largement utilisé, le *Maslach Burnout Inventory*, fut renvoyé par l'éditeur d'un journal scientifique avec une courte note indiquant qu'il ne l'avait même pas lu « parce que nous ne publions pas de « pop-psychologie » ».

Malgré ces débuts difficiles, la notion de *burnout* rencontre un succès croissant. La prévalence est en augmentation constante sur les dernières décennies. Ces dernières années, le stress au travail et plus particulièrement le *burnout* sont devenus des sujets de société, que l'on retrouve en « une » des magazines. La question d'un phénomène essentiellement culturel reste donc pertinente : s'agit-il d'une mode ? A ce jour, les classifications psychiatriques internationales ne reconnaissent pas le *burnout* en tant qu'entité nosographique pathologique. Il s'agit de plus d'un concept multidimensionnel, dont la robustesse reste discutée.

Quelles sont les causes du *burnout* ? La littérature internationale insiste sur les causes objectives, l'organisation du travail, même si les facteurs personnels sont également interrogés, ainsi que la vulnérabilité individuelle, conduisant ainsi à un modèle intégratif bio-psycho-social.

Le *burnout*, initialement décrit dans les professions « d'aide », est aujourd'hui étudié dans toutes les professions.

Constatant qu'il n'existe aucune enquête sur le *burnout* des internes en psychiatrie, Umberto Volpe réalise en 2007 une étude auprès de cinquante internes italiens, et retrouve des niveaux de *burnout* allant de modéré à élevé. Il s'agit du point de départ du projet européen BoS (Burnout Study), qui a pour objectif d'étudier le *burnout* des internes en psychiatrie en Europe. S'appuyant sur le réseau de l'*European Federation of Psychiatric*

Trainees (EFPT, Fédération Européenne des Internes en Psychiatrie), des coordonnateurs sont recrutés dans 15 pays européens. Les résultats présentés ici sont ceux de l'enquête menée en France, dont nous sommes l'investigateur principal avec le Dr Cécile Hanon. Etant donnée la grande diversité culturelle des différents pays participant à l'enquête, ce sont essentiellement les facteurs environnementaux et les conditions de travail qui sont étudiés en complément de la mesure du niveau de *burnout*.

Après avoir rappelé les définitions du concept de *burnout* ainsi que son épidémiologie, nous questionnerons sa pertinence et ses causes. Nous présenterons ensuite les résultats français de l'enquête, que nous discuterons.

PREMIERE PARTIE : LE BURNOUT

1. Définitions

Au début du XXe siècle, l'expression « *to burn oneself out* » signifie en langage populaire « travailler trop dur et mourir jeune ». Le terme japonais « *karoshi* » a un sens identique : mort par excès de travail, et peut être considéré comme une forme extrême de *burnout*.

Le concept d'état d'épuisement apparaît en France dans les travaux de C. Veil dans les années 1950 pour décrire chez des professionnels des manifestations qui n'entrent pas dans le cadre de la nosographie classique (Pasquier de Franclieu-Descamps, 2008).

En français, le dictionnaire Littré nous apprend qu'épuisement est le substantif dérivé du verbe épuiser, qui signifie mettre à sec un puits.

En 1961, l'écrivain Graham Greene raconte, dans le roman intitulé la « Saison des Pluies », la triste histoire de Querry, un architecte new-yorkais mondialement connu. L'édition originale est intitulée « *A Burnt-out case* » et décrit en détail ce syndrome. Malgré le succès de cet ouvrage, le terme de *burnout* ne sera pas popularisé.

Dans le passé, nombre d'autres notions ont été utilisées pour décrire des états similaires, comme le « *surmenage* » de Tuke en 1882, et l'« *industrial fatigue* » de Park en 1934 (Schaufeli et al., 1998), mais aucun n'aura le succès rencontré par le terme *burnout* à partir des années 1970.

1.1. Freudenberger

Le terme utilisé dans la littérature anglo-saxonne est *burnout*. Il est d'abord employé pour évoquer l'épuisement professionnel de travailleurs sociaux dans des programmes de réinsertion de jeunes délinquants (Bradley, 1969). Il est ensuite conceptualisé par le psychiatre Freudenberger en 1974, à partir de son expérience auprès de professionnels et de bénévoles dans une structure d'aide aux toxicomanes (Freudenberger, 1974). Beaucoup des bénévoles qui y travaillent finissent, après un an d'activité, par perdre l'enthousiasme qui a départ suffisait à nourrir leur engagement. Des symptômes physiques caractéristiques accompagnent ces changements : épuisement, fatigue, persistance de rhumes, de maux de tête, de troubles gastro-intestinaux, d'insomnies. Freudenberger souligne les symptômes comportementaux : colère, irritabilité, incapacité à faire face aux tensions et situations nouvelles, sont les premiers signes de ce qu'il nomme « craquage » ou « épuisement émotionnel et mental ». Cynisme et stratégies de surenchère, ou, à l'inverse, d'évitement peuvent compléter le tableau (Truchot, 2004).

Dans la langue anglaise, *burnout* signifie « s'user, s'épuiser, craquer en raison de demandes excessives d'énergie, de forces ou de ressources ». Le terme qualifie par exemple l'état d'une bougie qui, après avoir éclairé de longues heures n'offre plus qu'une flamme désuète. Cette image rend bien compte de l'interprétation avancée par Freudenberger. Il explique ce phénomène par une idéalisation du rôle de l'individu, sans rapport avec la parfois dure réalité de l'engagement auprès de patients. Avec Richelson, Freudenberger définit alors le *burnout* comme « un état de fatigue chronique, de dépression et de frustration apporté par la dévotion à une cause, un mode de vie, ou une relation, qui échoue à

produire les récompenses attendues et conduit en fin de compte à diminuer l'implication et l'accomplissement au travail » (Freudenberger et al., 1980).

1.2. Maslach

La définition de l'épuisement professionnel, ou *burnout*, la plus utilisée est celle formulée par Christina Maslach, professeur de psychologie sociale à l'université de Berkeley en Californie. Elle est à l'origine de l'instrument psychométrique le plus largement utilisé pour évaluer le *burnout* : le *Maslach Burnout Inventory* ou MBI. Elle remarque que le *burnout* semble commun aux professionnels de santé et aux avocats. Elle émet donc l'hypothèse que travailler avec d'autres, en particulier dans une relation d'aide, est le cœur du phénomène. A l'inverse de Freudenberger qui insistait sur les facteurs personnels, elle situe davantage les causes du *burnout* dans l'environnement de travail. Jusqu'ici les travaux sur le *burnout* s'appuient essentiellement sur l'expérience clinique. Maslach publie au début des années 1980 les premières recherches empiriques systématiques (Truchot, 2004).

« Le *burnout* est un syndrome d'épuisement émotionnel, de dépersonnalisation et de réduction de l'accomplissement personnel qui apparaît chez les individus impliqués professionnellement auprès d'autrui ». L'épuisement professionnel est donc caractérisé par trois dimensions : l'épuisement émotionnel, la dépersonnalisation ou cynisme, et l'efficacité professionnelle.

1.2.1. L'épuisement émotionnel

L'épuisement émotionnel renvoie à l'appauvrissement des ressources du sujet. La personne est vidée nerveusement, a perdu tout entrain, n'est plus motivée par son travail qui devient une corvée. L'épuisement émotionnel s'accompagne de frustration et de tension dans la mesure où l'individu ne réalise plus le travail qu'il effectuait auparavant. Cette dimension est souvent liée au stress et à la dépression. Les conceptions théoriques autant que les résultats empiriques lui donnent un rôle central dans le processus de *burnout*.

1.2.2. La dépersonnalisation ou cynisme

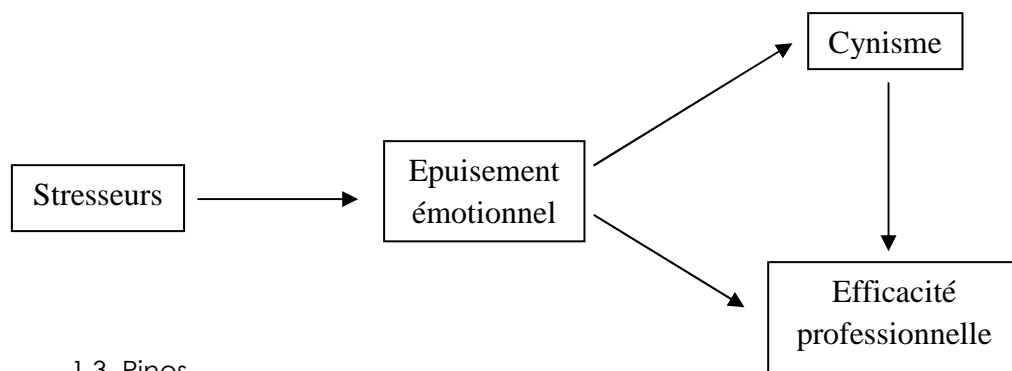
Il s'agit de la dimension interpersonnelle du *burnout*. Celle-ci renvoie au développement d'attitudes détachées, négatives, cyniques envers les individus rencontrés dans le contexte de travail. Il ne s'agit donc pas d'un trouble dissociatif au sens de la dépersonnalisation décrite en psychiatrie, mais d'une déshumanisation de la relation à l'autre. C'est la raison pour laquelle Maslach a finalement opté pour le terme de cynisme, qui prête moins à confusion que celui de dépersonnalisation. Ce détachement peut se transformer en une vision de la personne comme un adversaire ou un objet, et peut aller jusqu'à des conduites de maltraitance (Daloz et al., 2005). La dépersonnalisation peut parfois se traduire par le cynisme de l'humour grinçant des carabins.

1.2.3. L'efficacité professionnelle

La diminution de l'efficacité professionnelle est la dimension d'auto-évaluation du *burnout*. Elle se caractérise par un sentiment d'incompétence professionnelle et de manque de réalisation personnelle dans le travail. Elle s'accompagne d'une diminution de l'estime de soi et du sentiment d'auto-efficacité. Le sujet a alors le sentiment de ne pas atteindre ses objectifs, ne s'attribue plus de capacité à faire avancer les choses, convaincu de son inaptitude à répondre effectivement aux attentes de son entourage.

1.2.4. Evolution naturelle

Considéré comme un processus qui se développe dans le temps, le *burnout* débute avec l'épuisement émotionnel, et continue avec le cynisme et la diminution de l'efficacité professionnelle (Floru et al., 1998). L'épuisement émotionnel constitue une réaction aux stressseurs professionnels, notamment la charge de travail et le conflit avec les personnes de l'environnement de travail. Par la suite, l'impact des stressseurs sur l'épuisement émotionnel influe sur le cynisme et l'efficacité professionnelle. L'individu se détache de son travail en réponse au stress. Il s'agirait donc d'un comportement défensif, d'une modalité adaptative. Ce modèle évolutif permet d'envisager le dépistage des symptômes précoces (d'épuisement émotionnel) et ainsi d'avoir comme perspective une intervention de prévention du *burnout*.



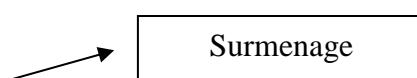
1.3 Pines
Modélisation du *burnout*

On l'a vu, le *burnout* est conceptualisé par Maslach en s'appuyant sur la notion de stress, dans une vision pragmatique et symptomatique. Ayala Pines utilise une approche psychodynamique pour comprendre et définir le *burnout*. Cox, cité par Pines écrit que « le concept de stress est insaisissable, car mal défini. Il n'en existe aucune définition communément admise. C'est un concept qui est familier aux profanes comme aux professionnels ; il est compris par tous lorsqu'il est utilisé dans un contexte général, mais par peu de monde quand des précisions sont nécessaires. » (Pines et al., 2005). Toch ajoute que le concept de stress serait utilisé de façon trop large, comme un terme général dans lequel les causes et les conséquences sont souvent confondues.

Afin de distinguer surmenage et *burnout*, Pines cite une infirmière : « Les jours où j'apprécie le plus mon travail sont les jours où je travaille le plus dur. » Le *burnout* survient « lorsqu'il n'y a rien que je puisse faire pour aider un patient ».

Pines s'appuie sur une perspective existentielle pour définir le *burnout*. Elle affirme que ce dernier prend racine dans le besoin qu'ont les individus de croire que leur vie a un sens. Elle met en évidence une corrélation négative entre le *burnout* et le sentiment de trouver un sens à son travail (Pines, 2000).

Par une analyse des coefficients de direction, Pines montre que le *burnout* et le surmenage sont certes des conséquences du stress au travail, mais que si ce stress est plus



fortement corrélé avec le surmenage qu'avec le *burnout*, l'importance ressentie du travail est plus fortement corrélée avec l'épuisement professionnel.

Ainsi, la surcharge de travail, les contraintes administratives, la résistance des clients, n'engendrent pas le *burnout* simplement parce qu'ils entravent l'utilisation des compétences, mais pour une raison plus profonde : l'impossibilité d'utiliser ses compétences prive l'individu de la signification qu'il recherche dans son travail. Ce modèle s'apparente à tout un ensemble de modèles pour lesquels les tensions de l'individu proviennent de l'écart entre attentes ou motivations et réalité. On pense notamment au premier modèle de Freudenberg. Pines situe ces attentes à un niveau particulier, celui de la quête existentielle.

Ces attentes et motivations, bien qu'universelles, sont plus spécifiques de certaines professions « aidantes ». Elles peuvent également être le fait de problématiques plus personnelles, inspirées par une figure identificatoire. Qu'elles soient universelles, professionnelles ou personnelles, ces aspirations ne se réalisent que dans un environnement de travail propice, où l'individu bénéficie d'autonomie, de soutien social et d'activités diversifiées. Si l'individu doit se confronter à un environnement défavorable, avec une surcharge de travail quantitative et qualitative, des pressions bureaucratiques, des exigences contradictoires, il ne peut réaliser ses objectifs initiaux. Mais ce n'est pas l'échec en tant que tel qui provoque le *burnout*, c'est plutôt la perception que, quels que soient les efforts, on ne peut avoir un impact significatif (Truchot, 2004).

La perspective existentielle de l'épuisement professionnel n'est cependant pas incompatible avec le modèle de Maslach. Le manque de sens donné au travail peut être considéré comme un facteur de stress, ou le reflet d'un déséquilibre entre les demandes du travail et la capacité de réponse des individus. Ce modèle permet cependant de s'intéresser à la subjectivité des travailleurs et à leur rapport au travail. Même si le *burnout* est considéré comme une sous-catégorie du stress, la perspective existentielle a une importante application pratique : celle d'une proposition de traitement et de modalités de prévention. L'auteur recommande de développer chez les individus le sentiment que leur travail est significatif et qu'ils participent à une action qui a un sens.

1.4. Approche psychanalytique

Nous avons vu que le *burnout* serait un comportement défensif, une sorte d'échappement, une modalité d'adaptation.

La psychanalyse permet d'appréhender le *burnout* comme une blessure narcissique profonde. Le choix d'une profession d'aide pourrait être sous-tendue par un mécanisme de défense : l'altruisme, soit le dévouement à autrui qui permet au sujet d'échapper à un conflit. L'altruisme peut être un mode particulier de la formation réactionnelle, qui permet d'éviter l'agressivité ou l'hostilité refoulées. L'altruisme peut être une jouissance par procuration. Le sujet aide les autres à obtenir un plaisir qu'il se refuse à lui-même, et en retire une satisfaction grâce à son identification aux personnes aidées. L'altruisme peut être aussi une manifestation du masochisme. Le sujet recherche alors les sacrifices liés à l'altruisme. Mais l'idéal du sujet serait mis à mal par la réalité professionnelle, et le *burnout* serait dû à l'échec ou à la rigidification des mécanismes de défense.

Du point de vue des mécanismes de défense, le cynisme peut être vu comme l'opposé de la sur-identification dans une dimension caractérisant les attitudes envers le patient-bénéficiaire. La sur-identification désigne l'attitude d'un individu qui s'identifie complètement avec la personne patiente-bénéficiaire, et qui fait difficilement la distinction entre celle-ci et elle-même (Pasquier de Francieu-Descamps, 2008).

1.5. Autres approches

Il existe un grand nombre de définitions du *burnout*. Elles diffèrent dans leur conception selon que le *burnout* serait un état ou un processus, et dans les facteurs qu'elles retiennent comme causes ou effets. Néanmoins, l'ensemble de la littérature montre de façon consistante que le *burnout* est avant tout le résultat de l'effet produit par des contextes situationnels même si ce phénomène se traduit essentiellement au niveau de l'individu. On retrouve donc deux constantes.

D'une part, le *burnout* est associé au milieu de travail et à des stress répétés : la chronicité est un thème clé présent dans la littérature. Les études démontrent en effet que le *burnout* est la conséquence de stress d'intensité moyenne mais caractérisé par sa chronicité et son aspect répétitif dans le temps (Guéritault-Chalvin et al., 2004).

D'autre part, le *burnout* est caractérisé comme une expérience subjective négative impliquant des sentiments et des comportements envers soi-même et autrui. La plupart des conceptualisations du *burnout* insistent sur le phénomène de désillusion des soignants face à leur travail.

On peut citer Cary Cherniss (Cherniss, 1980), qui propose une vision transactionnelle du *burnout*, dans laquelle stress et *burnout* sont le produit d'une relation où l'individu et l'environnement ne sont pas des entités séparées, mais les composants d'un processus dans lequel ils s'influencent mutuellement et continuellement. Trois étapes caractérisent ce processus. La première, le stress perçu, provient du déséquilibre entre les exigences du travail et les ressources de l'individu. Ceci conduit à la deuxième étape, la tension (*strain*), réponse émotionnelle à ce déséquilibre, qui s'exprime par une fatigue physique, un épuisement émotionnel, une tension et de l'anxiété. La troisième étape est marquée par des changements attitudeux et comportementaux, en particulier une réduction des buts initiaux et de l'idéalisme, le développement d'attitudes détachées et d'un cynisme, ou encore une grande complaisance pour ses propres besoins.

2. Epidémiologie

Le *burnout* semble en pleine expansion. Il nous semble donc important d'étudier la prévalence de ce syndrome, notamment au sein des professions de santé.

Notre revue de la littérature nous a conduits à nous étonner de la difficulté à trouver des chiffres de prévalence. Ceci s'explique par l'absence de normes. Pour répondre à la question de la prévalence, il faut un instrument qui permette de distinguer les « cas » de *burnout* des « non-cas ». A ce jour, seule la version néerlandaise du MBI permet cette distinction. La question de la prévalence est encore compliquée par la tridimensionnalité du MBI.

2.1. Dans la population générale

Golembiewski et al. ont compilé les résultats de plus de 60 enquêtes nord-américaines, qui incluent plus de 25000 sujets, allant des comptables, managers, infirmières, employés, ouvriers, aux étudiants en école de police et en master (Golembiewski et al., 1996). Au total, 20% des individus sont considérés comme souffrant d'un niveau élevé de *burnout*, les pourcentages allant de 0 à 35%. La majorité des enquêtes rapportent un taux de *burnout* compris entre 15 et 25%

2.2. Dans la population médicale

Dans une revue de la littérature portant sur les années 1984 à 2001, Chopra et al. retrouvent un épuisement émotionnel modéré à élevé chez 46 à 80% des praticiens, des niveaux modérés à élevés de dépersonnalisation chez 22 à 93% des praticiens, et un sentiment d'efficacité professionnel bas à modéré chez 16 à 79% des praticiens. L'auteur note que des résultats similaires ont été retrouvés chez les médecins en formation (Chopra et al., 2004). On constate donc une très large variabilité des résultats.

Mirvis et al. retrouvent une augmentation de la prévalence des niveaux élevés aux trois dimensions du *burnout* : de 25,3% en 1989 à 38,1% en 1997, dans une cohorte de 83 administrateurs de centres médicaux pour vétérans aux Etats-Unis (Mirvis et al., 1999).

Chez les internes, une prévalence allant de 15 à 74% est retrouvée selon les études.

3. Clinique du burnout

Schaufeli et Enzmann recensent 132 symptômes qui ont été associés au *burnout* (Schaufeli et al., 1998). La plupart de ces symptômes sont issus d'observations cliniques non contrôlées, plus que d'enquêtes rigoureuses. Ces symptômes peuvent être répartis en cinq grands types : affectifs, cognitifs, physiques, comportementaux et motivationnels. De plus, deux niveaux sont distingués, puisque le *burnout* n'inclut pas seulement des symptômes individuels, mais aussi de symptômes interpersonnels.

3.1. Symptômes affectifs

On retrouve classiquement une humeur sombre, triste, dépressive. Les ressources émotionnelles de l'individu sont épuisées. De plus, le contrôle émotionnel peut être diminué, ce qui peut conduire à des peurs mal déterminées ou de l'anxiété.

Au niveau interpersonnel, on peut noter une irritabilité, hypersensibilité, mais aussi une froideur affective. Du fait de la diminution du contrôle émotionnel, des accès de colère peuvent survenir.

3.2. Symptômes cognitifs

Les sentiments d'impuissance et de désespoir prédominent, parfois associés à la peur de « devenir fou ». Le travail perd son sens, et après avoir échoué à changer leur situation de travail, les individus se sentent « coincés ». Un sentiment d'échec est présent, comme celui d'insuffisance, ce qui peut conduire à une faible estime de soi, et à de la culpabilité. Des idées suicidaires peuvent alors apparaître, bien que cela soit rarement observé.

Les capacités cognitives peuvent être altérées : difficultés de concentration, d'attention et troubles mnésiques. Les pensées deviennent plus rigides, schématiques, et conduisent à des mécanismes de clivage. La prise de décision devient difficile. La tolérance à la frustration peut également être diminuée.

Au niveau interpersonnel, le symptôme le plus caractéristique est une perception cynique, déshumanisée d'autrui. Cela se traduit par un pessimisme et une diminution de l'empathie, qui est d'autant plus frappante que les relations initiales avec autrui étaient initialement marquées par une forte implication. Les frustrations professionnelles, l'anxiété et les problèmes peuvent même être projetés sur les autres et des mécanismes de défenses paranoïaques peuvent alors se développer.

3.3. Symptômes physiques

On peut les regrouper dans trois grandes catégories :

- Les plaintes physiques diffuses aspécifiques, telles que les céphalées, nausées, douleurs musculaires, etc. On peut également observer une hyperventilation, des palpitations, des sueurs. Des troubles sexuels, troubles du sommeil, variations de poids sont également rapportés par les individus souffrant de *burnout*. Chez les femmes, des troubles du cycle menstruel sont rapportés. La fatigue chronique est le symptôme physique le plus commun du *burnout*, et est mentionné par tous les auteurs qui ont décrit ce syndrome,
- Les troubles psychosomatiques, comme l'ulcère, et les pathologies coronariennes. Des recrudescences de pathologies chroniques sont également décrites : asthme, diabète ou polyarthrite rhumatoïde,
- Les réactions physiologiques : tachycardie, hypertension artérielle, hypercholestérolémie, et diminution de la résistance électrique de la peau (réponse électrodermale) sont des réactions physiologiques de réponse au stress.

3.4. Symptômes comportementaux

On retrouve une hyperactivité stérile, une impulsivité, ou à l'inverse une procrastination et une indécision. Des consommations de substances psychoactives telles que l'alcool ou les médicaments sont également présentes. Des troubles alimentaires à type de diminution ou augmentation des apports peuvent être présents.

Au niveau des relations interpersonnelles, il existe deux tendances : soit l'agressivité envers autrui, soit le repli et l'isolement social.

3.5. Symptômes motivationnels

Typiquement, la motivation professionnelle a disparue. Les individus sont résignés, et se sentent indifférents vis-à-vis de leurs collègues ou de leurs clients.

4. Robustesse du concept

On l'a vu, il existe un grand nombre de conceptions du *burnout*. Ces conceptions ne s'excluent certes pas mutuellement, mais une telle profusion de définitions ne cache-t-elle pas un concept finalement mal défini, flou, un phénomène de société qui recouvre une grande hétérogénéité clinique ?

D. Truchot estime ainsi que le sujet épuisé demeure une entité virtuelle (Truchot, 2004). Ce flou surprenant questionne, et reflète les ambiguïtés historiques concernant sa description. Des travaux de Freudenberger, pour qui il s'agit d'une pathologie de l'ordre de l'effondrement dépressif, à la définition actuelle de Maslach, où chacun peut se retrouver de façon temporaire, l'évolution clinique des formes mène à un tableau distendu, entre état de stress et aspects dépressifs, entre dimensions individuelles et sociales ou institutionnelles. Souvent qualifié de fourre-tout, exposant à des dérives telles que la surinterprétation, dramatisation ou banalisation, elle oblitère le sujet, éclipsé derrière les théorisations du phénomène et la mesure de facteurs co-occurents (Daloz et al., 2007).

Ce flou est dommageable au vu des enjeux de la souffrance au travail, des risques pathologiques attenants et des besoins d'une meilleure compréhension, prise en charge et prévention.

4.1. Vers une évolution du concept

Parmi les éléments contribuant au flou du concept, on trouve l'évolution du concept : le *burnout* évolue en même temps que le monde du travail et de la société. D'après Farber, les individus ne sont plus atteints par la forme traditionnelle du *burnout*, celle dans laquelle la poursuite utopique de buts élevés, significatifs socialement, se heurtait à la résistance d'un environnement de travail qui anéantissait les espoirs professionnels. A la place, le *burnout* qui prévaut aujourd'hui est marqué par le fait que les individus ont une multitude d'obligations, des pressions externes croissantes, des exigences grandissantes de la part des autres, une limitation des possibilités de s'engager et des salaires qui ne compensent que partiellement les efforts fournis (Faber, 2000). Il distingue donc :

- Le *burnout* « épuisement » dans lequel l'individu, soit abandonne, soit fait parfaitement son travail, mais se trouve confronté à trop de stress et à trop peu de gratifications
- Le *burnout* « classique » ou « frénétique ». Ici, l'individu travaille de plus en plus dur, jusqu'à l'épuisement, à la poursuite de gratifications ou d'accomplissement afin de compenser l'étendue du stress ressenti
- le troisième contraste avec les deux précédents. Il apparaît non pas à cause de tensions excessives, mais à cause de conditions de travail monotones et peu stimulantes.

4.2. Multidimensionnalité

Une autre cause de difficulté à cerner le concept : sa tri-dimensionnalité. La structure tri-dimensionnelle du MBI reste controversée : la place de l'efficacité professionnelle par rapport aux autres dimensions est discutée. Le modèle de *burnout* retenu par Maslach et Leiter serait alors un modèle dimensionnel en deux pôles : pôle 1 de l'épuisement émotionnel et du cynisme, pôle 2 de l'engagement. Une méta-analyse récente (Lourel et al., 2007) (27 études retenues, portant sur différentes professions dont des soignants, 12 112 sujets) retrouve une homogénéité des études incluses concernant la corrélation toujours positive des sous-échelles de mesure de l'épuisement émotionnel et de la dépersonnalisation, et une hétérogénéité concernant la corrélation de l'accomplissement personnel avec l'une ou l'autre des autres sous-échelles du MBI. Les auteurs concluent sur l'intérêt d'une mesure du *burnout* en deux dimensions seulement. Le *burnout* est élevé quand les scores aux deux sous-échelles, l'épuisement émotionnel et de la dépersonnalisation, sont élevés. Le *burnout* est faible quand les scores aux deux sous-échelles, l'épuisement émotionnel et de la dépersonnalisation, sont faibles.

4.3. Extension du concept au delà des métiers d'aide

Le flou du concept se situe aussi au niveau des limites de son champ d'application. La définition initiale du *burnout* par Maslach limite ce syndrome aux professions d'aide. Or les recherches ont mis à jour les facteurs organisationnels qui agissent sur chacune des dimensions du *burnout*. Ceux-ci (manque de participation aux prises de décision, surcharge de travail, traitement inéquitable, etc.) ne sont pas spécifiques aux institutions sociales ou médico-sociales. Il semble donc bien que le *burnout* puisse frapper l'ensemble des champs professionnels. Ainsi, pour Leiter et Schaufeli, « le *burnout* [...] est présent dans toute occupation dans laquelle les individus sont psychologiquement engagés dans leur travail. Les emplois psychologiquement engageants épuisent les ressources cognitives, émotionnelles et physiques. » (Leiter et al., 1996).

Des recherches récentes ont montré la continuité du concept de *burnout* à travers toutes les professions. Dans tous les métiers, les individus répondent à la fatigue en s'éloignant de leur carrière. Le *burnout* des professionnels de l'aide, dû en partie au fait de fournir un service, est une forme d'un phénomène plus général. Au cours de l'année 2003, 60% des travaux publiés portent sur les groupes suivants : travailleurs sociaux, enseignants, médecins, dentistes, infirmières et autres professionnels de santé. Mais cette même année des ouvriers de l'industrie, des employés, des managers, des fonctionnaires, des informaticiens, des soldats, des policiers ou des étudiants figurent parmi les groupes pris en considération. Quelques études portent sur des échantillons hétérogènes incluant un ensemble varié de professions (Truchot, 2004). Le *burnout* a même été étudié en dehors de la sphère professionnelle, par exemple dans les relations de couple.

4.4. Burnout et psychiatrie

La robustesse du concept est également critiquée du fait que le *burnout* n'entre pas dans les catégories diagnostiques classiques. Il ne remplit les critères ni de la dépression, ni des troubles anxieux, ni des troubles de l'adaptation (sur le critère de temporalité du début des troubles), même si ce serait cette catégorie qui se rapprocherait le plus comme nous le verrons. Le risque est néanmoins de méconnaître de réelles pathologies psychiatriques qui prendraient le masque d'un épuisement professionnel.

4.4.1. Les classifications internationales

Le *burnout* n'est pas un diagnostic officiel des classifications psychiatriques internationales.

Certains auteurs considèrent le *burnout* comme un trouble de l'adaptation tel qu'il est décrit dans le DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 1994): il s'agit d'une réaction pathologique inadaptée à un ou plusieurs facteurs de stress psychosociaux identifiables apparaissant au cours des trois mois suivant la survenue de ceux-ci. Il s'ensuit une altération du fonctionnement social ou professionnel (scolaire), et/ou une souffrance marquée, plus importante qu'il n'était attendu en réaction à ce facteur de stress.

D'autres auteurs considèrent le *burnout* comme une forme de neurasthénie selon la CIM-10 (Classification Internationale des Maladies) (code F48.0) : « Il existe des variations culturelles importantes dans les manifestations de ce trouble, qui comporte deux types essentiels, ayant de nombreux points communs

- dans le premier type, la caractéristique essentielle est une plainte concernant une fatigue accrue après des efforts mentaux, souvent associée à une certaine diminution des performances professionnelles et des capacités à faire face aux tâches quotidiennes. La fatigabilité mentale est décrite typiquement comme une distractibilité due à une intrusion désagréable d'associations et de souvenirs, une difficulté de concentration ou une pensée globalement inefficace
- dans le deuxième type, l'accent est mis sur des sensations de faiblesse corporelle ou physique et un sentiment d'épuisement après des efforts minimes, associés à des courbatures, des douleurs musculaires et une difficulté à se détendre.

Les deux types comportent habituellement plusieurs autres sensations physiques désagréables, telles que des sensations vertigineuses, des céphalées de tension et une impression d'instabilité globale. Il existe par ailleurs souvent une inquiétude concernant une dégradation de la santé mentale et physique, une irritabilité, une anhédonie et des degrés variables de dépression et d'anxiété mineures. Il existe souvent une insomnie d'endormissement, une insomnie du milieu de la nuit ou une hypersomnie. » (OMS, 1992).

A noter que le « surmenage » est côté Z73.0 dans la CIM-10.

4.4.2. Burnout et dépression

Le lien entre dépression et *burnout* a été l'objet de nombreuses controverses. Pour certains, le *burnout* n'est qu'une forme sub-syndromique du syndrome dépressif majeur. Pour d'autres, le syndrome dépressif majeur est une complication du *burnout*. D'autres encore ont avancé le concept de « dépression professionnelle » (Firth et al., 1987), et ont développé une adaptation du *Beck Depression Inventory* au cadre professionnel. Une étude retrouve un chevauchement entre la dépression professionnelle et la dimension d'épuisement émotionnel du *Maslach Burnout Inventory*.

On le voit, et malgré un effort pour fonder ce concept sur des recherches empiriques, le *burnout* reste discuté en tant qu'entité à part entière. Malgré ce flou, ou peut-être à cause de lui, le *burnout* connaît une popularité croissante.

5. Pourquoi un tel succès ?

Le *burnout* est soudain très populaire dans les médias. Pour expliquer ce phénomène, il faut prendre en compte non seulement les facteurs liés au travail, mais aussi les changements de contexte social, culturel et idéologique. Les facteurs suivants ne sont bien sûr pas indépendants les uns des autres. Ils sont différents aspects d'un processus de transformation globale de l'économie, ainsi que de l'environnement social et culturel.

5.1. L'émergence du secteur tertiaire

Dans les dernières décennies, le secteur des services s'est considérablement développé dans les pays industrialisés, aux dépens de l'agriculture et de l'industrie. En 1997, l'Union Européenne comptait 59% de sa population active employée dans le secteur tertiaire (Paoli, 1997), contre 7% dans l'agriculture et 34% dans l'industrie. Les métiers d'aide aux personnes se sont rapidement développés depuis la deuxième guerre mondiale, encadrés par les gouvernements et se sont professionnalisés. Les professions telles que l'enseignement, les soins, les travailleurs sociaux, ont connu une forte expansion. Comme nous l'avons vu précédemment, les personnes travaillant dans des métiers d'aide à d'autres personnes sont particulièrement à risque de *burnout*, à cause des demandes chargées émotionnellement qu'elles rencontrent dans leur travail quotidien. L'émergence du secteur tertiaire et en particulier dans les services sociaux, l'enseignement et la santé, expliquent en partie l'accroissement du *burnout* dans la population active.

5.2. La « psychologisation »

Il est de plus en plus courant de définir les problèmes, plaintes, troubles, maux et difficultés quotidiennes en termes psychologiques ou psychiatriques. La nosographie psychiatrique internationale est elle-même de plus en plus fournie en syndromes, passant de quelques centaines à plusieurs milliers de codes diagnostics (Goldberg, 2008). Le terme de stress joue un rôle central dans ce processus de dénomination, étant donné qu'il est considéré comme la cause principale de beaucoup de symptômes. Comme nous l'avons vu, le terme de stress est difficile à définir, il s'agit donc d'un mot passe-partout qui s'applique à un large spectre d'entités probablement très différentes. Le terme est donc passé d'une utilisation scientifique et professionnelle à un usage quotidien dans le grand public. Barley et Knight vont même jusqu'à avancer la thèse que la notion de stress peut être utilisée pour créer une conscience commune et une solidarité au sein d'un groupe (Barley et al., 1992) : « en proclamant de manière répétitive une exposition à un travail stressant, un corps de métier pourrait construire une raison crédible justifiant des privilèges tels que des salaires élevés ou le droit de s'autoréguler. ».

Le stress est devenu un symbole culturel de notre époque. Le même processus pourrait jouer un rôle dans la popularité croissante du *burnout*.

5.3. L'individualisme

Dans les sociétés modernes, les rôles sociaux ne sont plus fixés. En effet, les « fabriques sociales » de communautés (l'Eglise, le voisinage...) sont en perte de vitesse. Le lien social se distend, remplacé par une contractualisation des rapports sociaux. A un tiers symbolique organisant le lien, défini par la différence entre les individus et donc une nécessaire demande entre deux sujets inégaux, se substitue un contrat présumant les deux signataires parfaitement égaux en tous points, interchangeable, et dont les relations sont clairement définies à priori (Patris et al., 2007). Les individus ont donc à définir leurs rôles par eux-mêmes, et doivent construire et entretenir leur propre réseau social. Ceci demande des efforts et des capacités sociales considérables. De plus en plus d'individus n'ont pas à leur disposition les ressources psychosociales nécessaires et sont entraînés vers plus d'anonymat, de relations impersonnelles voire d'isolement. Nous vivons donc dans une culture du narcissisme, caractérisée par des relations sociales de plus en plus éphémères et peu gratifiantes. Les tendances narcissiques, égocentriques, des individus qui demandent la satisfaction immédiate de leurs demandes sont renforcées. L'insatisfaction et la frustration n'en sont que plus fortes. Ainsi, l'individualisme conduit à plus de stress (aliénation, isolement), et à moins de ressources pour gérer la frustration (défenses de type narcissique). Selon Farber, la combinaison de ces deux tendances produit le « parfait creuset pour le *burnout* » (Farber, 1983).

5.4. L'augmentation de la charge émotionnelle et intellectuelle

Le développement du secteur des services s'accompagne d'une diminution de la charge de travail physique au profit d'une charge intellectuelle. L'utilisation de technologies de plus en plus sophistiquées demande vigilance, précision, et la capacité de prendre des décisions rapidement. Les relations avec les « consommateurs » de services doivent être de plus en plus policées, alors que la demande de ces derniers le serait de moins en moins. L'écart entre la façade affichée et le ressenti contribue également à un épuisement émotionnel. Gow prend l'exemple des infirmières, qui dans les années 60 et 70 devaient avoir pour qualité d'être responsables, ordonnées, prudentes, disciplinées et raisonnables. Cet auteur avance que les qualités attendues des infirmières ont évoluées vers l'empathie, le don, la capacité à être en accord avec les émotions de leurs patients (Gow, 1982). Les relations sont donc plus tournées vers l'affectif.

La charge augmente également sur le plan quantitatif, avec une demande croissante d'aide sociale, médicale. La demande est non seulement plus grande mais il est plus difficile d'y répondre, les situations plus complexes. Dans le même temps, les moyens alloués pour assurer ces missions sont moindres.

5.5. Une perte d'autorité professionnelle

Traditionnellement, les professions d'aide jouissent d'un statut reconnu et apprécié. Mais dans les années 70 et 80, les héros populaires ne furent plus les enseignants idéalistes ou les médecins, mais les golden-boys, managers, puis publicistes. La confiance dans le système social et de service s'est érodée, le public questionnant les institutions, aussi bien sur le plan de leur qualité et compétence que de leur probité. Les suspicions à l'égard des professionnels et leur désenchantement ainsi que le déclin de leur position d'autorité est une cause sociale majeure de *burnout* pour Cherniss (Cherniss, 1995).

5.6. L'évolution des relations à l'employeur

Le monde du travail évolue, et les relations employé-employeur avec lui. La rentabilité et la productivité conduisent à une modification de ces relations. D'une manière générale, les employés doivent donner plus et recevoir moins de leur employeur. Par exemple, et comme nous l'avons précédemment vu, la charge de travail intellectuelle et émotionnelle a augmenté. Rester chez le même employeur toute sa vie n'est plus la règle. Il faut ainsi s'investir personnellement dans son travail, sans être sûr que cet investissement sera durable. Le travail à temps partiel est de plus en plus fréquent. *Manpower*, la plus grande agence de travail temporaire aux Etats-Unis, est désormais le premier employeur du pays avec 560 000 travailleurs (Rifkin, 1995). La confiance envers l'employeur a donc tendance à diminuer : travailler plus dans un contexte d'insécurité sociale peut avoir des conséquences négatives, comme la diminution de l'investissement dans le travail et le *burnout* (Schaufeli et al., 1996).

De plus, les attentes de l'employé envers son employeur évoluent : le travail n'est plus considéré seulement comme un moyen de gagner sa vie, mais doit aussi être source d'épanouissement : promotion, défis professionnels, ambiance de travail agréable, variété des missions, participation aux décisions, autonomie en même temps que soutien de la hiérarchie... Ces attentes légitimes qui vont bien au-delà de la paie mensuelle sont difficiles à atteindre dans le contexte actuel. Le fossé entre les attentes et la réalité est source de frustration et de *burnout*.

5.7. La place du travail dans la société

La valeur travail serait en perte de vitesse. Les mouvements de mai 1968 affirment la fin du travail en dénonçant la valeur qui lui est accordée. Le travail est considéré comme un malheur socialement généré dont il faut se débarrasser : il ne faut plus « perdre sa vie à la gagner ». Cette thèse s'efface dans les décennies suivantes, et c'est le chômage et la précarisation du travail qui deviennent au centre des préoccupations. Les années 80 marquent le retour de la valorisation sociale par le travail, puis les années 90 reprennent le cours de l'évolution vers une société plus tournée vers la qualité de vie, comme le marque la diminution du temps de travail symbolisée par les « RTT » (réduction du temps de travail). Le temps libre est souvent investi dans la famille ou les loisirs, pour ceux qui en ont les moyens. La réussite au travail paraît moins importante que dans le passé.

Cette évolution a donc autorisé les individus en souffrance au travail à l'exprimer. Quand la réussite professionnelle prend une place moindre, il est plus aisé de faire part de ses difficultés, voire de son épuisement à un travail peu satisfaisant ou vécu comme tel.

Néanmoins, les slogans de la dernière campagne présidentielle, « travailler plus pour gagner plus », montrent à quel point le travail est au cœur des préoccupations sociales. Dans une enquête réalisée auprès de 6000 Français sur les conditions qu'ils considèrent nécessaires pour le bonheur, le travail arrive en deuxième position, après la santé, mais largement avant la famille, l'argent et l'amour (Pasquier de Franclieu-Descamps, 2008). Cela pourrait être une des raisons pour lesquelles le concept de *burnout* rencontre un tel succès : il implique un surinvestissement du travail, une recherche de performance ou des contraintes liées aux conditions de travail telles que l'individu en est épuisé. Le terme de *burnout* est donc plus acceptable socialement que celui de dépression ou stress. Il permet à l'individu de s'autoriser un passage à vide en s'arrangeant avec sa culpabilité vis-à-vis d'un idéal de performance. De même, il permet de conserver un image de soi acceptable au regard des exigences surmoïques.

Le risque est un glissement vers une victimisation, surtout dans le contexte médiatique actuel très compassionnel.

6. Facteurs associés et/ou causes du burnout

Les facteurs de *burnout* semblent bien identifiés, mais leur multiplicité et leur interdépendance ne permettent pas d'établir des relations causales. Ces facteurs peuvent être regroupés en trois catégories. La première catégorie concerne la charge de travail, et plus particulièrement, les exigences qualitatives et quantitatives spécifiques de la tâche (la nature et la fréquence des sollicitations...). La deuxième catégorie comprend les contraintes d'ordre organisationnel et les relations interprofessionnelles et avec le patient-bénéficiaire (responsabilité, autonomie, perspectives de carrière...). Et la troisième catégorie regroupe certaines caractéristiques individuelles (personnalité, stratégies d'adaptation).

6.1. La charge de travail

La charge de travail est un facteur important du *burnout*. Le stress le plus fréquemment évoqué par les travailleurs est en effet la surcharge de travail (Floru et al., 1998). Robinson et al. retrouvent chez des infirmiers que la pression au travail, mesurée par la *Work Environment Scale*, est corrélée avec l'épuisement émotionnel et la dépersonnalisation, alors qu'elle est inversement corrélée avec l'efficacité professionnelle (Robinson et al., 1991). La pression au travail, facteur de surcharge de travail, est donc associée au *burnout*. Vanier montre chez des travailleurs sociaux en santé mentale que la charge de travail est corrélée au *burnout* (Vanier, 1999). Leiter montre chez des professionnels d'un hôpital psychiatrique que la charge de travail est associée au *burnout* (Leiter, 1991). La surcharge de travail est donc bien un facteur de *burnout*.

Mais une surcharge de travail seule semble rarement être suffisante pour créer le *burnout*. D'autres facteurs liés à l'organisation et aux relations professionnelles peuvent exacerber ou alléger le stress potentiel de la surcharge de travail.

6.2. Organisation du travail et relations professionnelles

Les doubles contraintes sont décrites comme un facteur de *burnout* (Masclat et al., 1999). Les doubles contraintes peuvent venir du contenu du travail ou des conditions de travail. Ainsi, la profession de surveillant pénitentiaire est un subtil dosage entre aide et punition au détenu : c'est la double contrainte en terme de contenu du travail. Le surveillant pénitentiaire est coincé entre les règles qui régissent la prison, basées pour l'essentiel sur la sécurité, et le travail réel qu'il fournit avec une certaine souplesse pour garantir le calme dans l'établissement : c'est la double contrainte en termes de conditions de travail. Les doubles contraintes se retrouvent dans de nombreuses professions, comme par exemple les soignants en psychiatrie.

La qualité de l'encadrement, de la direction, est un facteur protecteur vis à vis du *burnout*. C'est ce que montre une étude sur un échantillon de 8597 infirmiers canadiens, dont 4.1% d'infirmiers en psychiatrie (Leiter et al., 2006).

Le soutien social et professionnel est un facteur qui a été largement étudié dans la littérature. Le soutien social est décrit comme venant possiblement de quatre sources différentes : les supérieurs hiérarchiques, les collègues, le conjoint, et les proches. Une étude montre que parmi ces quatre sources de soutien, ce sont les supérieurs hiérarchiques qui, par leur soutien, ont une influence sur le *burnout* (Ross et al., 1989). Un soutien par les supérieurs

hiérarchiques diminue en effet les niveaux d'épuisement émotionnel et de dépersonnalisation, et augmente le niveau de sentiment d'efficacité professionnelle. Le soutien professionnel serait donc un facteur protecteur vis-à-vis du *burnout*.

La supervision clinique est souvent mise en avant comme un facteur potentiellement protecteur vis-à-vis du *burnout*. Une étude suédoise longitudinale auprès d'infirmiers en pédopsychiatrie cherche à mesurer l'impact d'une supervision d'inspiration psychodynamique (Hallberg, 1994). Le petit nombre de sujets (n=11) ne permet pas de conclure sur les résultats, mais tandis que le score de la satisfaction professionnelle augmente, les scores au *Maslach Burnout Inventory* (MBI) ne varient pas. L'influence de la supervision sur le *burnout* reste donc à démontrer.

La participation à une thérapie personnelle n'est pas toujours un facteur protecteur de *burnout*. C'est ce que nous montre une étude auprès de psychologues qui ne retrouve pas de relation significative entre les niveaux des dimensions de *burnout* et le fait de suivre une thérapie individuelle (Ackerley et al., 1988). Ces résultats demandent cependant à être confirmés.

6.3. Caractéristiques individuelles

6.3.1. Caractéristiques socio-démographiques

Plusieurs études retrouvent une dépersonnalisation plus importante chez les hommes.

L'âge est souvent relaté dans la littérature comme un facteur influençant le niveau de *burnout*. Ainsi, il est mis en avant une relation entre le jeune âge et un *burnout* plus important. Les auteurs supposent alors que les plus jeunes seraient soumis au choc initial de la réalité professionnelle, qu'ils manqueraient de capacités d'adaptation, qu'ils seraient plus soumis à l'insécurité professionnelle et à l'ambiguïté de rôle. De plus, les professionnels qui resteraient dans une profession et un poste seraient ceux qui n'ont pas été en *burnout*. Les sujets en *burnout* seraient mutés, démissionneraient ou seraient en arrêt de travail.

Le niveau élevé d'éducation est également retrouvé comme un facteur de risque de *burnout* (Pasquier de Franclieu-Descamps, 2008).

6.3.2. Personnalité

L'endurance, ou *hardiness* est un trait de personnalité associé aux trois dimensions du *burnout* : plus les individus sont endurants, moins ils sont sujets au *burnout*. L'estime de soi est également corrélée négativement avec les trois dimensions du *burnout*.

De même, le style de *coping* face aux difficultés semble influencer le niveau de *burnout* : le fait de réagir au stress de manière passive et défensive est un facteur de risque de *burnout*, alors que les réactions actives et de confrontation sont associées avec un niveau moindre de *burnout* (Schaufeli et al., 1998).

Le profil comportemental de type A serait associé positivement au *burnout*, particulièrement à l'épuisement émotionnel (Schaufeli et al., 1998). Les individus de type A

ont tendance à avoir un esprit de compétition, à préférer un style de vie rapide et à montrer un besoin excessif de contrôle.

Pour mémoire, l'alexithymie, qui n'est pas un trait de personnalité à proprement parler, est citée dans une étude récente comme ayant un lien avec le risque de *burnout* (Mattila et al., 2007).

Le modèle NEO, ou la théorie des « *Big five* », est le plus étudié dans le *burnout*. Ce modèle définit la personnalité au travers de cinq dimensions : l'extraversion, l'agréabilité, la conscience, le névrosisme et l'ouverture. Le concept de névrosisme met en contraste l'adaptation ou la stabilité émotionnelle avec l'inadaptation ou névrosisme. La tendance générale à éprouver des affects négatifs tels que la peur, la tristesse, la gêne, la colère, la culpabilité et le dégoût constituent l'essence même du névrosisme.

Plusieurs enquêtes mettent en évidence le fait que le névrosisme agit comme un facteur de vulnérabilité qui prédispose au *burnout* (Truchot, 2004).

Les traits de personnalité semblent donc être des facteurs de l'épuisement professionnel.

6.3.3. Vulnérabilité biologique

Quelques enquêtes explorent les mécanismes physiopathologiques du stress et du *burnout*. Concernant le cortisol et l'axe hypothalamo-corticosurrénalien, les résultats divergent. Le BDNF (*Brain-derived neurotrophic factor*) est un régulateur de la formation et la plasticité des réseaux neuronaux impliqué dans les modèles de stress. Des niveaux bas de BDNF pourraient contribuer à la neurobiologie du *burnout* (Sertoz et al., 2008). L'étude de taux circulants de cytokines pro- et anti-inflammatoires a montré que le *burnout* était associé avec une augmentation des cytokines de l'inflammation (von Kanel et al., 2008). Il s'agit cependant d'études dont les résultats doivent être interprétés prudemment, devant l'aspécificité de ces facteurs impliqués d'une manière générale dans le stress.

7. Prévention et traitement

Les moyens proposés pour prévenir et atténuer le *burnout* ou réduire ses conséquences sur l'organisation et l'individu sont de deux ordres : d'une part des actions centrées sur l'environnement de travail, d'autre part des actions centrées sur l'individu (Floru et al., 1998).

Les actions centrées sur l'environnement de travail ont pour but la réduction des stressés à la source. Ces actions peuvent être une augmentation du nombre du personnel, une répartition des tâches, le développement d'un soutien de la part de collègues plus expérimentés, l'amélioration d'une supervision, ou la création d'un groupe de parole.

Les actions centrées sur l'individu ont pour but d'améliorer les capacités d'adaptation de l'individu. Des techniques de relaxation, de gestion du temps, et de remédiation cognitive ont été décrites, ainsi bien entendu que différents types de psychothérapie (analytique et

cognitive et comportementale surtout). La pratique d'un sport est conseillée par certains auteurs.

La question de l'arrêt de travail se pose en cas de *burnout*. Certains l'estiment indispensable. N'oublions pas toutefois que le *burnout* n'est considéré ni comme une pathologie d'un point de vue nosographique, ni comme une maladie professionnelle (Pasquier de Franclieu-Descamps, 2008).

Une méta-analyse portant sur 48 études (n=3736) montre une efficacité des interventions sur le stress au travail (Van Der Klink et al., 2001). Elle distingue les interventions de type cognitivo-comportemental, les techniques de relaxations, les programmes multimodaux (avec différentes techniques et cibles), et les interventions sur l'organisation du travail. Curieusement, ces dernières portant sur l'organisation du travail ne montrent pas d'effet sur la réduction du stress professionnel. Les auteurs de cette méta-analyse mettent en avant la difficulté de généraliser ces résultats au niveau clinique, car la plupart des études sont conduites sur le lieu professionnel avec des volontaires qui n'ont pas consulté pour une souffrance.

Mais, à notre connaissance, il n'existe pas d'interventions validées spécifiquement pour prévenir ou traiter l'épuisement professionnel.

Comme on l'a vu, bien que de nombreux travaux portent sur le *burnout*, chaque domaine, que ce soit la définition, l'épidémiologie, la symptomatologie ou le traitement demande à être approfondi. L'enquête que nous présentons dans la deuxième partie a pour objectif d'améliorer les connaissances en matière d'épidémiologie et de prévention, par la recherche de facteurs qui influencent le niveau de *burnout*.