

SYNDROME DE FATIGUE PROFESSIONNELLE (BURNOUT)

2^{ème} partie : de la prise en charge thérapeutique

P. MESTERS (1), N. CLUMECK (2), S. DELROISSE (3), S. GOZLAN (4), M. LE POLAIN (5),
A.-C. MASSART (6), W. PITCHOT (7)

RÉSUMÉ : Le burnout ou syndrome de fatigue professionnelle est le résultat de l'exposition à une situation durant laquelle les stratégies du sujet, qui sont censées gérer les stress de l'environnement, deviennent dépassées et inopérantes. Un déséquilibre se crée entre l'exigence des demandes et les ressources matérielles, opérationnelles et psychologiques pour y faire face. De nombreuses professions de santé se trouvent confrontées au défi de la prise en charge du burnout, dont le médecin généraliste. Après un premier article dédié à l'épidémiologie, au diagnostic, aux causes et aux conséquences du burnout, ce second article est consacré à la prise en charge de ce syndrome. Il se centre sur la prise en charge thérapeutique par l'écoute, l'interruption du temps de travail, les compléments alimentaires, les antidépresseurs, la thérapie comportementale et cognitive, le coaching professionnel et l'approche multidisciplinaire.

MOTS-CLÉS : *Syndrome de fatigue professionnelle - Burnout - Médecin généraliste - Prise en charge thérapeutique*

PROFESSIONAL FATIGUE SYNDROME (BURNOUT) :

PART 2 : FROM THERAPEUTIC MANAGEMENT

SUMMARY : Burnout or professional fatigue syndrome is the result of exposure to a situation in which the strategies of the subject who are supposed to manage the stresses of the environment become outdated and inoperative. An imbalance is created between the demands and the material, operational and psychological resources to cope with them. Many health professions are confronted with the challenge of managing burnout, but the general practitioner is very often on the front line. After a first article devoted to the epidemiology, diagnosis, causes and consequences of the burnout, this second article is focusing on its therapeutic management, through listening, sick leave, dietary supplements, antidepressants, behavioural and cognitive therapy, professional coaching and multidisciplinary approach.

KEYWORDS : *Burnout - General practitioner - Therapeutic management*

INTRODUCTION

Lorsqu'un déséquilibre apparaît entre les prérequis des demandes et les ressources pour y faire face, qu'elles soient matérielles, opérationnelles ou psychologiques, le sujet peut se trouver dans une situation telle, que les stratégies qui sont censées gérer les stress de l'environnement, deviennent dépassées et inefficaces. Toutes les conditions sont alors remplies pour qu'il développe un burnout ou syndrome de fatigue professionnelle.

Dans un premier article publié dans ce même journal (1), nous avons vu que le médecin généraliste (MG) est très souvent en première ligne et peut parfois se sentir dépassé par la complexité du problème. Nous nous sommes successivement intéressés à la classification de la pathologie, à sa prévalence, à ses impacts socio-économiques, à son tableau clinique, à son diagnostic, à ses causes, à son évolution et à ses conséquences à long terme en l'absence de traitement.

Dans ce second article, le comité d'experts se focalise sur la prise en charge thérapeutique du burnout, à travers l'écoute, l'interruption du temps de travail, les compléments alimentaires, les antidépresseurs, la thérapie comportementale et cognitive, le coaching professionnel et l'approche multidisciplinaire.

(1) Neuropsychiatre, Maître d'Enseignement ULB, et Asbl RPSPS, (3) Docteur en Psychologie, Réseau Pluridisciplinaire du Suivi et Prévention de la Souffrance au Travail (Asbl RPSPS), Uccle, Belgique.

(2) Psychiatre, Le Domaine Centre Hospitalier, Rue Jean Lanneau 39, 1420-Braine l'Alleud, Belgique.

(4) Psychiatre et Psychothérapeute, Clinique du Stress, Institut de Psychiatrie et Psychologie Médicale, CHU Brugmann, Bruxelles, Belgique.

(5) Médecin Généraliste, Les Colir 38, Braine-le-Château, Belgique.

(6) Coach Professionnel, Réseau Pluridisciplinaire du Suivi et Prévention de la Souffrance au Travail (RPSPS Asbl), Court-Saint-Etienne, Belgique.

(7) Neuropsychiatre, Psychiatrie et Psychologie Médicale, CHU de Liège, Site Sart Tilman, Liège, Belgique.

PRISE EN CHARGE THÉRAPEUTIQUE DU BURNOUT

IMPORTANCE DE L'ÉCOUTE

Comme déjà mentionné ci-dessus, le MG sera souvent en toute première ligne pour le diagnostic et la prise en charge du burnout. L'écoute du patient sera fondamentale. Le patient pourra présenter une multitude de tableaux cliniques

tant somatiques (notamment une fatigue irrécupérable, des troubles du sommeil, des douleurs diffuses) que psychologiques (notamment des troubles de l'humeur, des troubles cognitifs et une perte de la libido) que seule l'écoute permettra de décoder. La question du temps à octroyer à ce type de patient se pose de manière centrale. Il sera souvent intéressant de fixer un deuxième rendez-vous au patient, à un moment plus propice tant pour lui que pour le médecin, afin d'envisager une consultation de plus longue durée.

INTERRUPTION DU TEMPS DE TRAVAIL (ITT)

Il est généralement difficile de convaincre les travailleurs victimes d'un burnout d'être mis en incapacité pendant une longue période. En effet, ceux-ci sont, le plus souvent, très investis dans leur travail et présentent de grandes difficultés à lâcher prise. Un des premiers objectifs dans une prise en charge optimale du burnout sera de faire accepter au patient sa situation et la nécessité d'arrêter de travailler afin de se reposer et d'être écarté du cadre habituel de son travail générant un stress chronique.

Le fait d'être en dehors du milieu du travail permettra au patient, avec l'aide du thérapeute, d'identifier et distinguer les facteurs intrinsèques (par exemple, le perfectionnisme) des facteurs extrinsèques (environnement de travail), mais également de permettre une réflexion afin de mieux identifier ses priorités et trouver un meilleur équilibre entre vie privée et vie professionnelle. Par la suite, au bout de plusieurs mois, quand le patient sera à nouveau apte à reprendre une activité professionnelle, la prescription d'un mi-temps médical sur une période déterminée est souvent indiquée et permet au patient de se réadapter de manière progressive à son environnement professionnel.

La durée d'ITT va dépendre de différents facteurs dont :

- a) le stade d'évolution du burnout,
- b) la personnalité du patient,
- c) les capacités du patient à lâcher prise,
- d) sa capacité de remise en question,
- e) la présence d'un soutien professionnel, social et familial,
- f) sa qualité de vie et son hygiène de vie,
- g) la présence d'une pathologie psychiatrique associée.

En cas de burnout, l'ITT est estimée en moyenne à 10 mois; 80 % des patients se situant entre 5 et 11 mois (2).

MESSAGE CLÉ DESTINÉ AU MG

L'interruption du temps de travail (ITT) est un passage obligé pour permettre d'entamer de manière sereine un travail thérapeutique essentiel à la bonne récupération du patient. Sa durée sera établie en fonction du degré de burnout du patient. Il peut être intéressant de commencer par une ITT de deux semaines, puis de revoir le patient et de passer ensuite à une ITT de plusieurs mois, tout en revoyant le patient régulièrement pour suivre son évolution.

COMPLÉMENTS ALIMENTAIRES

Le patient souffrant de fatigue professionnelle aura toutes les peines du monde à accepter, d'une part, le diagnostic qu'il vit sur le mode d'un échec personnel, et, d'autre part, *a fortiori* tout traitement pharmacologique qui signerait sa conviction d'avoir failli et de ne plus être à la hauteur des défis et circonstances professionnelles. Dans un tel contexte, la prescription de compléments alimentaires est souvent acceptée car le «médicament» est jugé moins agressif ou dangereux et également moins stigmatisant que la pharmacopée classique. Outre son efficacité sur l'état du patient (sédation de certaines angoisses, amélioration du sommeil, apaisement...), la prise du complément alimentaire permet de jeter les bases de l'alliance thérapeutique, tout en respectant le patient. Prendre le temps de construire l'alliance thérapeutique est d'une importance primordiale. Les croyances que nourrit le patient doivent être désamorçées (je peux m'en sortir seul à force de volonté, le burnout est uniquement psychologique, donc les médicaments sont inutiles et créent de la dépendance, etc.).

Les compléments alimentaires sont aujourd'hui très largement utilisés pour traiter les plaintes telles que l'insomnie, l'anxiété, la fatigue, la tristesse, les troubles de la concentration, symptômes que l'on retrouve dans le burnout et la dépression. Aux Etats-Unis, plus de 40 % des patients souffrant de dépression ont pris des compléments alimentaires sans en parler à leur médecin généraliste (3). Plusieurs facteurs expliquent cet impressionnant engouement pour les traitements naturels. Aujourd'hui, à travers internet, les patients reçoivent une masse d'information sur les maladies et leur traitement qui les encouragent à rechercher eux-

mêmes les solutions à leurs problèmes. Ils sont de plus en plus nombreux à court-circuiter leur médecin traitant en se soignant avec des alternatives naturelles. Les patients essaient d'éviter la prise de médicaments souvent perçus comme «pas très bons pour la santé» et développés par une industrie pharmaceutique particulièrement critiquée, voire diabolisée dans tous les médias. En outre, au cours de ces 20 dernières années, on a assisté au développement d'une offre de soins non médicaux et surtout à une médiatisation massive de ces alternatives à la psychiatrie et la psychologie.

L'immense majorité de ces produits ne sont vraisemblablement pas plus efficaces qu'un placebo. Cependant, certaines substances naturelles ont quand même fait l'objet d'études scientifiques intéressantes qui nous donnent des indications sur les agents potentiellement utiles pour nos patients. Sur base des hypothèses pathophysiologiques des troubles de l'humeur et de l'anxiété, et notamment celle selon laquelle la dépression serait une maladie inflammatoire, on sera aussi séduit par les produits doués de propriétés anti-inflammatoires comme les anti-radicaux libres. L'expérience montre que certaines alternatives naturelles sont vraiment intéressantes dans la prise en charge des patients souffrant d'épuisement physique et émotionnel, d'un stress excessif ou de problèmes d'insomnie. Dans une publication récente, l'efficacité clinique des six alternatives naturelles les plus utilisées a été évaluée dans le traitement de la dépression. Parmi ces alternatives, on retrouve l'exercice physique, le millepertuis, les acides gras oméga-3, l'acupuncture, la S-adénosylméthionine et l'acide folique (4). Seuls l'exercice physique et le millepertuis apparaissent efficaces dans la dépression. L'acupuncture semble très peu efficace. Les acides gras oméga-3, la S-adénosylméthionine et l'acide folique pourraient être des options intéressantes, mais seulement chez certains patients souffrant de dépression. Plus récemment, de nouveaux agents naturels ont été commercialisés comme alternatives aux médicaments dans le traitement de la dépression et des processus de stress pathologique. On retrouve notamment des produits à base de safran ou de curcumin, des plantes adaptogènes comme la *Rhodiola rosea* ou l'*Eleutherococcus senticosus*. Ces plantes pourraient être intéressantes dans le traitement des troubles psychiques parce qu'elles augmentent la capacité de l'organisme à résister au stress. Elles sont douées de propriétés anti-oxydantes et agissent

sur les symptômes comme la fatigue, l'anxiété, l'humeur triste ou l'insomnie. Une étude de 12 semaines, menée en double-aveugle par rapport à un placebo, a démontré l'efficacité et la bonne tolérance d'une combinaison de casozépine, taurine, *Eleutherococcus senticosus* et extramel (Target-1®) dans le traitement du burnout. Cinq scores ont été utilisés : BMS-10, MBI épuisement professionnel, MBI dépersonnalisation, MBI accomplissement de tâches et Beck Depression Inventory. La qualité du sommeil et du niveau d'énergie était significativement améliorée par rapport au placebo (5).

MESSAGE CLÉ DESTINÉ AU MG

L'acceptation du diagnostic et l'instauration d'un traitement s'avèreront régulièrement un réel défi pour le patient souffrant de fatigue professionnelle.

Il ne faut pas hésiter à prescrire des compléments alimentaires ayant fait leur preuve dans le traitement du burnout afin, d'une part, de soulager le patient et de freiner l'évolution du burnout vers des stades plus avancés et, d'autre part, de poser les bases de la relation de confiance et l'alliance thérapeutique nécessaire au cas où d'autres traitements devraient être instaurés ultérieurement.

ANTIDÉPRESSEURS

Les patients en burnout se plaignent généralement de symptômes qui ont un impact sur le fonctionnement de l'individu et, notamment, sur leur capacité à continuer leur activité professionnelle. Cependant, environ 2 patients en burnout sur 3 ne répondent pas aux critères d'un épisode dépressif majeur. Ils se plaignent principalement de symptômes comme les troubles du sommeil, la perte d'énergie, les difficultés de concentration ou une diminution de l'appétit. Par contre, la tristesse, l'anhédonie, le ralentissement psychomoteur ou les idées suicidaires sont des symptômes assez peu présents. Lorsque le seuil de diagnostic n'est pas atteint, on parle d'une dépression sub-syndromique.

La fatigue professionnelle non traitée peut, dans certains cas, évoluer vers la dépression, auquel cas la prescription d'un antidépresseur sera requise. Plus le degré de burnout est sévère, plus le risque d'évoluer vers la dépression et la nécessité de prescrire un antidépresseur augmenteront (6).

MESSAGE CLÉ DESTINÉ AU MG

On peut envisager la prescription d'antidépresseurs dans les situations de dépression sub-syndromique suivantes :

- *avec des antécédents de dépression modérée ou sévère,*
- *avec dépression légère mais compliquant la prise en charge de problèmes somatiques,*
- *avec dépression présente depuis longtemps (> 2 ans),*
- *avec dépression légère mais persistant malgré d'autres interventions.*

Si un antidépresseur est indiqué, on choisira un produit avec un bon profil de tolérance comme les inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (SSRI). Ces antidépresseurs ont également l'avantage d'avoir fait la preuve de leur efficacité dans la prise en charge des troubles anxieux. Dans le burnout, la dose utilisée peut parfois être plus faible que dans le traitement de la dépression majeure, mais elle sera adaptée en fonction de l'évolution clinique. La durée de la période de traitement aigu est, en général, de 6 à 8 semaines. Souvent, la réponse apparaît après 3 à 4 semaines et la rémission complète après environ 8 semaines. Cependant, des différences importantes existent entre les patients, en fonction de paramètres liés à la maladie et de la nature du traitement. Dans la dépression, on maintiendra le traitement pendant une période de 6 à 9 mois après la disparition totale des symptômes. Une durée de traitement inférieure est associée à un risque élevé de récurrence.

Les inhibiteurs de la recapture de noradrénaline et sérotonine (SNRI) sont également des produits intéressants lorsque la réponse aux SSRI est insuffisante, lorsque les fonctions cognitives sont impactées par la prise de ces SSRI ou lorsque l'amélioration de la performance cognitive est particulièrement lente alors que les signes de l'épuisement se sont améliorés (7). Ces altérations de la performance des fonctions cognitives sont importantes à prendre en considération. Les troubles de la mémoire peuvent, en effet, subsister longtemps après la disparition des autres symptômes liés à l'épuisement. Cette persistance peut parfois entraîner des difficultés au cours de la réinsertion professionnelle.

L'arrêt du traitement se fera très progressivement afin de limiter le risque d'apparition des symptômes de «discontinuation».

AUTRES MÉDICAMENTS

La prescription d'une benzodiazépine est une option souvent évitable et est surtout loin de constituer un élément important de la prise en charge (8). Les benzodiazépines peuvent entraîner des effets secondaires importants comme la somnolence, des troubles de la mémoire et de la concentration, des cauchemars, des effets paradoxaux (agressivité, nervosité), une baisse de libido, une indifférence affective et, surtout, induire une dépendance physique et psychologique.

L'anxiété décrite par le patient en burnout n'est pas forcément pathologique. La prescription d'une benzodiazépine pourra être justifiée si l'anxiété est associée à une souffrance importante, une inhibition et, surtout, si elle perturbe le fonctionnement du patient. La prise d'un anxiolytique doit être un élément d'une prise en charge globale du burnout. La prescription d'une benzodiazépine doit être limitée dans le temps et être l'objet d'un suivi régulier. Idéalement, on recommandera une faible dose en prise occasionnelle, en fonction de l'intensité de l'anxiété, et on insistera auprès du patient pour qu'il ne dépasse pas la dose prescrite. La question de l'arrêt de la benzodiazépine doit être abordée avec le patient dès le début de la prise en charge. Le sevrage devra être progressif (diminution de la dose de 10 % à 25 % par semaine) et suivi par un médecin. Il sera d'autant plus lent que la dose et la durée du traitement auront été élevées.

Les antipsychotiques s'avèreront utiles en présence de troubles psychotiques tels que les décompensations paranoïaques, ou lors de manifestations anxieuses dont l'intensité est incontrôlable par les benzodiazépines «à doses raisonnables».

Les troubles du sommeil sont parfois avantageusement améliorés par la prise de compléments alimentaires, par des antidépresseurs ou par des produits tels que le trazodone (vigilance vis-à-vis du priapisme), la mirtazapine (risque de prise de poids et risque d'apathie), le tryptophane ou la mélatonine

MESSAGE CLÉ DESTINÉ AU MG

La prescription de somnifères et de benzodiazépines ne doit certainement pas être considérée comme un passage obligé, que du contraire. Ces médicaments entraînent de nombreux effets secondaires et une dépendance. La prescription d'une benzodiazépine pourra être justifiée si l'anxiété est associée à une souffrance importante.

france importante, une inhibition et, surtout, si elle perturbe le fonctionnement du patient.

THÉRAPIES COMPORTEMENTALES ET COGNITIVES

Les thérapies comportementales et cognitives (TCC) sont des thérapies relativement brèves, empiriquement validées («Evidence-based») qui visent le changement dans «l'ici et le maintenant» des pensées, des émotions et des comportements invalidants qui sont sources de souffrances chez un individu (9, 10). L'objectif est, d'abord, d'analyser avec le patient les facteurs qui ont contribué à l'apparition (le pourquoi) et au maintien (le comment) des comportements problématiques. Le psychologue accompagne le patient dans le développement de nouvelles manières de penser et de développer des comportements adaptés à la réalité de sa situation en vue de retrouver un sentiment de bien-être et de satisfaction dans sa vie actuelle.

Le burnout est dévastateur en ce qui concerne la confiance en soi. La thérapie comportementale et cognitive vise d'abord la reconstruction de soi.

A. PHASE DE L'ACCEPTATION

Une première phase de la thérapie consiste en l'acceptation du burnout et de ses conséquences sur la vie quotidienne. Le patient (ré)investit la sphère privée de sa vie et (ré)apprend à écouter son corps, ses limites et ses envies. La pratique d'un loisir est souvent un bon moyen de réinvestir la vie privée : le loisir permet de prendre du recul, de se retrouver, de renouer avec les plaisirs simples et d'avoir une activité qui rythme la journée. Le temps passé en famille ou entre amis – qui a parfois été négligé au profit du travail – est également bénéfique pour la personne. Il permet de remettre le sens des priorités et de réfléchir à ce qui a le plus d'importance. Bref, en thérapie, c'est avec les valeurs, les besoins et les désirs propres que le patient se reconnecte dans un premier temps. La question de l'avenir professionnel, essentielle pour son développement personnel, est reportée à plus tard, quand la personne sait à nouveau qui elle est. Il s'agit de se retrouver, de se connecter avec son quotidien, de contribuer à son bonheur dans la vie de tous les jours. Seulement à partir de ce moment-là, la question du devenir professionnel peut être abordée sereinement, sans obligations, sans pression, mais en accord avec soi, son équilibre retrouvé, ses nouvelles priorités et ses valeurs personnelles.

B. LA PHASE DE RECONSTRUCTION

Une deuxième phase concerne la (re) construction de l'estime de soi qui consiste à apprendre à s'aimer dans divers domaines (intellectuel, corporel, etc.) et avoir une vision positive de soi en toutes circonstances. Il s'agit, ensuite, de travailler l'assertivité, c'est-à-dire apprendre à dire «non», mettre ses limites, apprendre à demander de l'aide, apprendre à émettre et recevoir une critique (11), exprimer ses avis et besoins tout en respectant ceux d'autrui, apprendre à mieux communiquer et gérer les tensions interpersonnelles qui sont des causes et des conséquences très importantes de stress. La question des idéaux professionnels et personnels («toujours plus et toujours mieux») est également travaillée en thérapie, de même que les exigences personnelles, le perfectionnisme, l'assertivité, les pensées anxieuses («que vais-je devenir ?», «si je perds mon travail, je ne vais plus pouvoir payer ma maison»), la peur du jugement de l'autre («que va penser ma famille de moi ?», «que vont dire mes collègues ?») etc.

C. LA QUESTION DU SENS ET DES VALEURS

Enfin, la question du sens et des valeurs est travaillée avec les patients : qu'est-ce qui est important pour le patient dans sa vie ? Qu'est-ce qui contribue à son bonheur ? Quelles sont ses priorités ? Quelles sont ses valeurs ? Comment peut-il être cohérent avec ses valeurs dans le monde professionnel ? En final, lorsqu'il a été bien pris en charge, le burnout peut avoir donné un «nouveau sens à la vie» parce que, à travers cette souffrance, la personne aura pu trouver la réorientation idéale, ou du moins la meilleure possible, à sa vie professionnelle.

MESSAGE CLÉ DESTINÉ AU MG

Le rôle de la TCC et du psychologue consistera :

- 1) d'abord, à aider le patient à accepter son burnout,*
- 2) ensuite, à aider le patient à reconstruire son estime de soi,*
- 3) enfin, à clarifier la question du sens et des valeurs dans la cohérence avec le monde professionnel.*

LE COACH PROFESSIONNEL

Le coaching est un accompagnement qui aide le patient à faire face à des questions ou des difficultés professionnelles. Le coach sou-

tient le patient dans la recherche et la mise en place de solutions qui lui conviennent, en se basant sur ce qu'il est prêt à mettre en œuvre pour atteindre ses objectifs. Le coaching des personnes en burnout diffère de la consultation psychologique, même si les deux stratégies sont proches; en effet, les deux permettent l'expression des difficultés et des émotions de l'individu, le développement ou la mise en place de stratégies de coping, le changement de comportements et la prévention de la rechute. Néanmoins, l'individu adopte une position différente face à ces deux professionnels : «réactif» chez le «psychologue» qu'il consulte parce que son travail et son organisation sont devenus une source de stress, il est davantage «proactif» chez le coach, avec lequel il définit ses options et cherche des solutions face aux problèmes rencontrés dans son organisation. Le «patient» devenu «client» devient encore plus un acteur du changement face à l'organisation, ce qui lui procure un sentiment d'efficacité et une confiance dans son avenir professionnel (12).

A quel moment aller voir un coach ? Tant que le corps est épuisé, que l'émotivité est très forte et les capacités cognitives en difficulté, l'individu n'est pas capable d'entamer une réflexion sur son positionnement professionnel. Ce n'est qu'après une première phase de récupération, que le travail avec le coach peut commencer. Il ne s'agit pas d'attendre que la personne soit prête à reprendre le travail, mais que ce soit possible pour elle d'y penser et d'y réfléchir. La première rencontre avec le coach se tiendra donc quelques mois après le début de l'arrêt maladie et le début du travail avec le psychologue et le médecin traitant. Les rencontres s'étaleront alors sur plusieurs semaines pour préparer le retour au travail. Elles se prolongeront au-delà de la reprise (2) afin de concrétiser et vérifier la mise en place des changements décidés, toujours avec le médecin et le psychiatre ou psychologue.

C'est donc, le plus souvent, pour éviter une rechute que l'on voit un coach. En effet, il serait dangereux de considérer la personne comme guérie lorsque les symptômes de la maladie ont disparu. Si le patient retourne dans la même entreprise, à la même place et en abordant son travail de la même façon, les mêmes causes produiront les mêmes effets. Avant de se réintégrer dans la vie professionnelle, il est donc nécessaire pour le patient d'identifier comment ses caractéristiques personnelles et celles de son organisation se sont combinées pour

générer l'épuisement. Il lui reviendra ensuite de déterminer ce qu'il peut changer et de voir comment il peut mieux se protéger face à ce qui est en dehors de son contrôle. Le coach le soutiendra dans cette phase de mise à plat de son avenir professionnel, mais aussi, en fonction de la demande de son client, dans des questions très pratiques telles que : que dire à mon supérieur, à mes collègues, à quel moment reprendre contact, comment négocier un changement de fonction, etc. Par ailleurs, dans près d'un tiers des cas (2), la personne ayant fait un burnout ne retourne pas chez son employeur précédent; soit que les causes de son burnout soient trop liées au fonctionnement de son organisation pour qu'un retour soit envisageable sereinement; soit que le temps et le recul pris l'aient amenée à prendre conscience d'un souhait profond de réorientation. Le coach accompagnera alors une nouvelle recherche d'emploi, voire une reconversion professionnelle complète.

MESSAGE CLÉ DESTINÉ AU MG

Le rôle du coach ne doit pas être sous-estimé et doit être vu comme une approche complémentaire à la prise en charge, souvent dans un second temps et dans une optique de prévention pour éviter ou limiter le risque de récurrence.

APPROCHE MULTIDISCIPLINAIRE

Le MG et/ou le psychiatre seront amenés à mettre en incapacité de longue durée le patient et à mettre en place un traitement médicamenteux associé à la prise en charge psychothérapeutique, en bonne intelligence avec le psychologue ou le coach professionnel prenant également en charge le patient. Il est essentiel que les différents intervenants autour du patient (médecin généraliste, psychiatre, psychologue, kiné, coach) travaillent main dans la main et de la manière la plus complémentaire possible. Cette approche multidisciplinaire devient indispensable dans les stades de burnout les plus profonds ou quand celui-ci se retrouve conjugué à un syndrome dépressif.

MESSAGE CLÉ DESTINÉ AU MG

L'approche globale de la pathologie devra nécessairement être multidisciplinaire et le travail en équipe est la clé du succès thérapeutique. Vous n'êtes pas seul !

CONCLUSION

Le médecin généraliste, premier contact pour le patient, joue un rôle central dans l'évaluation diagnostique et la prise en charge thérapeutique du burnout. Cette prise en charge, il en est le chef d'orchestre, même si, à un moment donné, il faudra probablement, s'il le juge utile, référer le patient vers le psychiatre et/ou le psychologue pour avis et prise en charge complémentaire.

REMERCIEMENTS ET CONFLITS D'INTÉRÊT

Les auteurs ont perçu des compensations financières de la part de la firme SA Grünenthal NV (Zaventem, Belgique). Ils ne déclarent aucun autre conflit d'intérêt.

Ils sont reconnaissants à Katinka van Golen (Grünenthal) pour son rôle de coordinatrice et à Jacques Bruhwylers (Squarepoint-Pointcarré sprl, Ecaussinnes, Belgique) pour son rôle de rédacteur médical. Cette rédaction médicale a été réalisée avec le soutien financier de Grünenthal.

BIBLIOGRAPHIE

1. Clumeck N, Delroisse S, Gozlan S, et al.— Syndrome de fatigue professionnelle (burnout) : 1^{ère} partie : de l'identification par le médecin généraliste. *Rev Med Liege*, 2017, **72**, 246-252.
2. Massart AC, Delroisse S, Mesters P.— *Quel retour au travail après un burnout ?* Article soumis pour publication.
3. Freeman MP.— Omega-3 fatty acids in major depressive disorder. *J Clin Psychiat*, 2009, **70**, 7-11.
4. Nahas R, Sheikh O.— Complementary and alternative medicine for the treatment of major depressive disorder. *Can Fam Physician*, 2011, **57**, 659-663.
5. Jacquet A, Grolleau A, Jove J et al.— Burnout : Evaluation of the efficacy and tolerability of TARGET I[®] for professional fatigue syndrome (burnout). *J Int Med Res*, 2015, **43**, 54-66.
6. Madsen IE, Lange T, Borrit M et al.— Burnout as a risk factor for antidepressant treatment - a repeated measures time-to-event analysis of 2936 Danish human service workers. *J Psychiatr Res*, 2015, **65**, 47-52.
7. Siepmann T, Mueck-Weymann M, Oertel R. et al.— The effects of venlafaxine on cognitive functions and quantitative EEG in healthy volunteers. *Pharmacopsychiatry*, 2008, **41**, 146-150.
8. Cloos JM, Bocquet V.— Danger des benzodiazépines : risques connus et données récentes. *Rev Med Liege*, 2013, **68**, 303-310.
9. Cottraux J.— *Les thérapies comportementales et cognitives*, Médecine et Psychothérapie, Ed. Masson, 3^{ème} Edition, Paris, 2001.
10. Fontaine O, Fontaine P.— *Guide clinique de thérapie comportementale et cognitive*, Les Usuels Retz, Ed. Retz, 2007.
11. Mesters P, Peters S.— *Vaincre l'épuisement professionnel : toutes les clés pour comprendre le burnout*, Ed. Robert Laffont, 2007, 1-256.
12. Meyer J.— Coaching and counselling in organizational psychology, In : Schabracq M, Winnubst J, Cooper C, *The Handbook of Work and Health Psychology*, 2nd Edition, John Wiley & Sons Ltd., England, 2003.

Les demandes de tirés à part doivent être adressées au Dr P. Mesters, Réseau Pluridisciplinaire du Suivi et Prévention de la Souffrance au Travail (ASBL RPSPS), Rue Engeland 353, 1180-Uccle, Belgique. Email : pmestersconsult@gmail.com