

SYNDROME DE FATIGUE PROFESSIONNELLE (BURNOUT)

1^{ère} partie : de l'identification par le médecin généraliste

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

RÉSUMÉ : Le burnout ou syndrome de fatigue professionnelle n'a jamais autant fait parler de lui que ces derniers temps. Il 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. Parmi celles-ci, le médecin généraliste est très souvent en première ligne. Cet article s'adresse à lui en priorité. Dans ce premier volet, il traite successivement de la classification de la pathologie (ICD-10 et DSM-5), de sa prévalence, de ses impacts socio-économiques, de son tableau clinique (trois stades), de son diagnostic (par la clinique et les questionnaires), de ses causes, de son évolution (du déni à l'acceptation) et de ses conséquences à long terme en l'absence de traitement.

MOTS-CLÉS : *Syndrome de fatigue professionnelle - Burnout - Médecin généraliste - Diagnostic - Evolution*

PROFESSIONAL FATIGUE SYNDROME (BURNOUT).

PART 1 : IDENTIFICATION BY THE GENERAL PRACTITIONER

SUMMARY : Burnout or professional fatigue syndrome has never been more talked about than in recent times. It 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to a situation in which the strategies of the subject who are supposed to manage the stresses of the environment become outdated and inoperative.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. Among them, the general practitioner is very often on the front line. This paper is dedicated to him in priority. In its first part, it deals successively with the classification of the pathology (ICD-10 and DSM-5), its prevalence, its socio-economic impacts, its clinical picture (three stages), its diagnosis (by clinic and questionnaires), its causes, its evolution (from denial to acceptance), and its long-term consequences in the absence of treatment.

KEYWORDS : *Burnout - General practitioner - Diagnostic - Evolution*

1. INTRODUCTION

Le burnout ou syndrome de fatigue professionnelle n'a jamais autant fait parler de lui que ces derniers temps, et ce mal qui gangrène littéralement nos sociétés industrialisées connaît un développement fulgurant.

Ce concept, apparu relativement récemment dans les environnements de travail, est pourtant assez ancien. Le psychiatre Claude Veil fut le premier à introduire le concept d'épuisement professionnel dans l'histoire médicale en 1959. Toutefois, ce sont la psychologue Christina Maslach et le psychanalyste Herbert Feuden-

berger qui, au début des années 1980, ont le mieux étudié et analysé cette pathologie.

Selon l'Agence Européenne pour la Sécurité et la Santé au Travail (<https://osha.europa.eu/fr>), ce syndrome 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. Le patient se retrouve dans une situation dans laquelle existe un déséquilibre 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. Parmi celles-ci, le médecin généraliste est très souvent en première ligne et peut parfois se sentir dépassé par la complexité du problème. Le comité d'experts à la base de cet article a, dès lors, décidé de s'adresser en priorité au médecin généraliste, afin de lui fournir les connaissances et les outils nécessaires à la prise en charge du burnout. Dans cette première partie, nous traiterons successivement de la classification de la pathologie (ICD-10 et DSM-5), de sa prévalence, de ses impacts socio-économiques, de son tableau clinique (trois stades), de son diagnostic (par la

(1) Psychiatre, Le Domaine Centre Hospitalier, Braine-l'Alleud, Belgique.

(2) Docteur en Psychologie, (6) Neuropsychiatre, Maître d'Enseignement ULB, Réseau Pluridisciplinaire du Suivi et Prévention de la Souffrance au Travail (Asbl RPSPS), Uccle, Belgique.

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

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

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

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

clinique et les questionnaires), de ses causes, de son évolution (du déni à l'acceptation) et de ses conséquences à long terme en l'absence de traitement.

2. CLASSIFICATION DU BURNOUT

Le débat portant sur la classification du burnout reste ouvert. Certains auteurs proposent de le considérer comme une manifestation assimilable, soit à la «neurasthénie liée au travail» (International Classification of Diseases [ICD 10] : Z73.0) (1), soit au trouble de l'adaptation avec humeur dépressive, anxieuse ou mixte (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders [DSM-5] : 309.0, 309.24 et 309.28) (2).

2.1. CLASSIFICATION SELON L'ICD10

Suivant l'ICD 10, le burnout est le résultat d'un stress chronique vis-à-vis duquel les tentatives de gestion ont échoué. Le tableau clinique est composé soit de plaintes persistantes et invalidantes, avec signes de sensation de fatigue et d'épuisement après un effort mental d'intensité mineure, soit de plaintes persistantes de fatigue et de faiblesse physique après un effort physique minime. Coexistent au moins deux autres symptômes d'une liste de six, à savoir : des douleurs musculaires, une sensation ébrieuse, des céphalées de tension, des troubles du sommeil, une impossibilité à se relaxer ou une irritabilité. Le patient est incapable de retrouver une forme adéquate et de se débarrasser des symptômes après un repos, une relaxation ou une activité de loisirs. La durée de l'épisode doit être au moins de trois mois.

2.2. CLASSIFICATION SELON LE DSM-5

Le trouble de l'adaptation mentale, suivant les critères du DSM-5, est caractérisé par le développement de symptômes émotionnels ou comportementaux en réponse à un stress psychosocial identifiable (2). Les symptômes sont sensés se développer endéans les trois mois après le début de la manifestation des circonstances de stress. Enfin, le tableau clinique est sensé devoir disparaître endéans les six mois après la disparition de l'agent «stresseur». Ces deux critères ne sont cependant pas toujours présents dans l'histoire du burnout. Ce dernier ne se déclare pas nécessairement et immédiatement sous l'impulsion d'un stress chronique précis et identifiable. L'épuisement peut, en effet, faire suite à une exposition récurrente à

des situations dont les répercussions évoluent à bas bruit. De plus, le burnout ne s'éteint pas toujours endéans les six mois qui suivent la disparition du stress en cause.

3. PRÉVALENCE DU BURNOUT

Les différentes études internationales sur la prévalence du burnout montrent des résultats très différents : de 0,8 à 46 % des travailleurs développeraient un burnout (3-5). Une étude belge sur le burnout, commandée en 2010 par le Service Public Fédéral (SPF) Emploi, Travail et Concertation Sociale, arrive à un taux de 0,8 % des travailleurs qui sont victimes de burnout sur 3 mois. Cette étude est intéressante car le diagnostic est posé par un médecin généraliste (MG) ou par un médecin du travail sur un échantillon total de 135.000 travailleurs (3).

Au niveau européen, on note, selon une étude sur la qualité du travail aux Pays-Bas menée sur un large échantillon de travailleurs, que, de manière assez stable sur près de 10 ans, la prévalence du burnout est d'environ 10 % (6).

Il est à noter que de nombreuses études de prévalence ont été réalisées ces dernières années, mais la plupart étaient basées sur des questionnaires d'auto-évaluation. La prévalence du burnout peut aller, dans ce type d'études, jusqu'à 40 % (3), encore plus quand les études sont basées sur des populations de travailleurs à risque de développer un burnout comme les médecins ou les infirmières (4, 5).

Comment pouvons-nous expliquer une telle différence entre les études ? Des facteurs culturels peuvent intervenir mais, surtout, il existe de grandes différences entre les études dans la méthodologie utilisée, le type de populations étudiées et les critères diagnostiques du burnout. Une tendance à une prévalence nettement supérieure sera de mise quand le burnout est mis en évidence par de simples questionnaires d'auto-évaluation plutôt que lorsqu'il est diagnostiqué par un médecin.

4. IMPACT SOCIO-ÉCONOMIQUE DU BURNOUT

L'impact socio-économique du burnout est très important, mais est difficilement quantifiable de manière précise. En effet, il faut tout d'abord pouvoir distinguer les coûts directs et indirects. Les coûts directs sont, principalement, représentés par l'absentéisme au travail. Les coûts indirects sont nettement plus difficilement quantifiables. On retrouve la perte de

motivation du travailleur qui peut, elle-même, amener à une perte de productivité ainsi qu'au problème du présentisme. Celui-ci peut être défini comme la diminution de performance d'un travailleur, présent au travail, en raison d'un problème de santé. C'est un problème de plus en plus souvent rencontré chez certains travailleurs ne pouvant ou ne voulant pas prendre congé alors qu'ils sont clairement atteints d'une dépression ou d'un burnout.

En ce qui concerne l'absentéisme de longue durée, le problème a tendance à s'aggraver ces dernières années, selon le SPF, à cause de l'augmentation des troubles psychologiques en lien avec le burnout et la dépression. Ce constat est confirmé dans d'autres pays européens. Ainsi, d'après une évaluation de l'Institut National de Recherche et de Sécurité en France (INRS), «L'estimation du coût social du stress professionnel est de 2 à 3 milliards d'euros, soit 10 à 20 % des dépenses de la branche accidents du travail et maladies professionnelles de la Sécurité Sociale». D'après une étude de l'OCDE, les travailleurs atteints de troubles mentaux graves ou de troubles mentaux courants ont un risque beaucoup plus important d'être absents au travail comparativement aux travailleurs absents pour d'autres raisons de santé (32 % contre 19 %) avec une durée d'absence plus longue (7).

5. TABLEAU CLINIQUE : LES TROIS STADES CONDUISANT AU BURNOUT

Les experts s'accordent, la plupart du temps, sur l'existence de trois stades dans l'évolution vers le burnout. Ces trois stades représentent également les trois dimensions du burnout : l'épuisement émotionnel, la déshumanisation et la réduction de l'accomplissement personnel.

Au cours du 1^{er} stade, le patient présente un sentiment de fatigue physique et psychologique irrécupérable, des troubles du sommeil, des douleurs inexplicables (cervicalgies, lombalgies, céphalées), des réactions neurovégétatives, des troubles de la libido, des troubles de l'humeur et des troubles cognitifs (concentration, attention, indécision, procrastination, désorientation spatiale, etc.) liés, entre autres, à un excès de cortisol dans le système nerveux central.

Dans le 2^{ème} stade, le patient adopte une attitude cynique avec déshumanisation, agressivité à l'égard du travail et des personnes impliquées dans ce travail, pessimisme, disparition de l'empathie, hypersensibilité émotionnelle,

troubles de l'humeur et culpabilité. C'est souvent à ce stade que l'entourage déclarera ne plus reconnaître le patient. Celui-ci pouvant lui-même déclarer : «Docteur, je ne me reconnais plus».

Enfin, au 3^{ème} et dernier stade de la pathologie, le patient «craque» littéralement. Il présente une perte du sentiment d'accomplissement personnel dans l'exercice du métier, une diminution de l'efficacité au travail, un désengagement psychologique. Le burnout entraîne une disparition de la volonté de l'individu qui se sent acculé dans une impasse, sans la moindre issue, avec un risque suicidaire.

Les professions à risque sont celles impliquées dans le secteur de la santé, dans l'enseignement, dans des métiers de «contact» (patients, clients ou élèves). Mais force est de constater, qu'aujourd'hui, le problème envahit tous les secteurs d'activité. Charge de travail excessive, faible latitude d'action, restriction du droit aux initiatives spontanées, absence de reconnaissance, difficulté d'accès à l'information, qualité empêchée qui force l'employé à «devoir bâcler la tâche», difficultés relationnelles, voire conflits avec les collègues sont autant de facteurs organisationnels qui font le lit de l'épuisement. Se surajoutent la perte de sens, la disparition de la notion de «mission» et de solidarité entre collègues ainsi qu'un management absent, dépassé ou incompetent.

MESSAGE CLÉ DESTINÉ AU MG

Les trois stades du burnout sont :

- 1) Fatigue irrécupérable, troubles du sommeil, douleurs, troubles somatiques divers, troubles de l'humeur.
- 2) Attitude cynique, agressivité, pessimisme, disparition de l'empathie, hyper-sensibilité émotionnelle, troubles de l'humeur et culpabilité.
- 3) Le patient craque. Il perd toute volonté et présente un désengagement psychologique total (risque suicidaire).

Le médecin généraliste est clairement en première ligne pour détecter, identifier et traiter le 1^{er} stade du burnout. De son intervention efficace à ce stade peut dépendre la guérison du patient, ou son évolution inexorable vers les stades suivants de la pathologie.

6. DIAGNOSTIC DU BURNOUT

6.1. LA CLINIQUE

Le diagnostic du burnout est avant tout un diagnostic différentiel par exclusion. En effet, avant de conclure à la présence d'un burnout, il y a lieu d'exclure la présence d'une série de pathologies dont les symptômes peuvent «mimer» ceux rencontrés dans le burnout. Le diagnostic est, par conséquent, exclusivement médical. Cela nécessite une écoute active du patient, de la part du MG qui se trouve en toute première ligne. Le temps étant souvent un facteur limitant pour celui-ci, il sera bon de fixer immédiatement un second rendez-vous à une heure plus propice à la discussion de longue durée.

Les pathologies psychiatriques, telles que dépression majeure, troubles anxieux (crises de panique, anxiété généralisée, stress post-traumatique), la consommation d'alcool et de drogues (marijuana, cocaïne, médicaments, etc.) doivent être écartées, bien qu'elles puissent coexister avec la présence de l'épuisement professionnel.

Les troubles du sommeil sont très fréquents dans le syndrome de fatigue professionnelle. Toutefois, il y aura lieu d'exclure certains troubles liés aux apnées du sommeil, aux ronflements ou aux myoclonies nocturnes (syndrome des jambes sans repos). Ces troubles requièrent des diagnostics (polysomnographie) et traitements particuliers.

Une attention particulière sera portée à la présence de maladies organiques (cardiovasculaire, endocrinienne [thyroïde, diabète], maladies infectieuses [maladie de Lyme], fibromyalgie, fatigue chronique, altérations des fonctions cognitives, etc.).

MESSAGE CLÉ DESTINÉ AU MG

Le diagnostic du burnout est un diagnostic médical différentiel et par exclusion. Les plaintes seront souvent d'ordre organique et le médecin généraliste sera amené à faire le tri. Dans ce processus, l'écoute du patient est fondamentale. En cas de suspicion, il ne faut pas hésiter à ordonner une interruption du temps de travail de courte durée et demander à revoir le patient lors d'une consultation de plus longue durée.

6.2. LES QUESTIONNAIRES

A l'heure actuelle, il existe quatre échelles évaluant l'épuisement professionnel : la Maslach Burnout Inventory (MBI) (8), la Burnout Measure Short Version (BMS-10) (9), la Oldenburg Burnout Inventory (OLBI) et la Copenhagen Burnout Inventory (CBI). La plus utilisée est la MBI qui mesure les trois dimensions du burnout au travers de 22 items (8). L'épuisement émotionnel est évalué par neuf items, la dépersonnalisation par cinq items et l'accomplissement personnel par huit items. Les scores obtenus pour chaque dimension se classent ensuite en trois catégories : bas, modéré et élevé.

Une autre échelle, plus courte car composée de 10 items, est la BMS-10 (9). Le score correspond à la somme des 10 questions divisée par 10 et donne le degré de burnout.

Les échelles ne servent pas au diagnostic. Elles sont utiles pour corroborer une impression clinique. Elles peuvent aussi aider le patient à admettre le syndrome. Elles sont à utiliser longitudinalement pour rendre compte de l'évolution du patient. Enfin, elles permettent d'argumenter en cas de contestation de la mutuelle, de la compagnie d'assurances ou du médecin conseil.

MESSAGE CLÉ DESTINÉ AU MG

Les échelles d'évaluation du burnout ne servent pas au diagnostic, mais permettent de le confirmer et d'en évaluer la gravité. Elles permettent de suivre l'évolution du patient sur le long terme et sont utiles pour attester de la pathologie devant les instances de contrôle. Le médecin généraliste ne devra pas hésiter à les utiliser à bon escient.

7. CAUSES DU BURNOUT

7.1. FACTEURS INDIVIDUELS

Les causes individuelles sont multiples et interagissent avec les causes organisationnelles (10-12). Elles ne peuvent jamais être incriminées seules dans la survenue d'un burnout. Les causes individuelles «flambent» au contact de facteurs propres à l'entreprise, à savoir : la surcharge de travail, le manque de contrôle sur le travail, le manque de reconnaissance, le manque d'interactions sociales au travail, l'injustice et le conflit de valeurs. La littérature scientifique met en évidence plusieurs caractéristiques personnelles qui favorisent le développement du burnout (10, 13) :

a) La robustesse (*hardiness*) ou dynamisme qui se caractérise par une implication importante dans les activités professionnelles, le sentiment de contrôle sur les événements et les situations et l'ouverture aux changements.

b) L'estime de soi et la confiance en soi : Les trois dimensions du burnout sont corrélées négativement avec l'estime de soi, de sorte que plus les symptômes de burnout sont importants, moins l'individu s'estime et a confiance en lui.

c) Le facteur de personnalité : le névrosisme ou neuroticisme est un trait de personnalité défini comme la tendance à éprouver des émotions négatives telles que l'anxiété, la déprime, la culpabilité et la colère. Ce trait favorise l'apparition du burnout.

d) La sociabilité : le burnout est également associé à des individus qui sont «orientés vers les autres», généreux, toujours présents pour les autres, dans une empathie extrême, le désir de plaire aux autres et l'oubli de soi.

e) L'hyperactivité caractérisée par une ambition marquée et un emploi du temps surchargé dans lequel le repos est vécu comme une perte de temps.

f) Le perfectionnisme se caractérise par le souci du détail, des exigences élevées avec l'impossibilité ou la grande difficulté à déléguer des tâches aux autres.

7.2. FACTEURS DÉMOGRAPHIQUES

En ce qui concerne les facteurs démographiques, il semblerait que certains sujets soient plus à risque que d'autres pour le développement d'un burnout (12, 14) : être une femme, être jeune, être en couple et ne pas avoir d'enfants.

7.3. FACTEURS SOCIÉTAUX

Enfin, les causes sociétales sont extrêmement importantes. La pression au travail est aujourd'hui devenue véritablement excessive. De nombreuses études mettent en évidence la réalité inquiétante du stress au travail. En effet, ce stress peut avoir des conséquences importantes sur la santé de l'individu, mais aussi un impact majeur sur la performance du travailleur et la productivité de l'entreprise qui l'emploie. Ce phénomène de stress représente une vraie menace pour l'avenir de notre société, pour le système des soins de santé et, notamment, pour notre économie. L'impact du stress sur le plan humain est considérable. L'évolution vers des modèles de gestion moins humanisés mettant le financier au centre des préoccupations

explique une augmentation de l'intensité du stress vécu au sein de l'entreprise. Des causes multiples et bien connues comme un accroissement du niveau d'exigence, une diminution des moyens, le strict respect des délais impartis, la déliquescence des liens sociaux au sein de l'entreprise, le sentiment d'être de moins en moins respecté, ou l'insécurité par rapport à l'avenir professionnel contribuent également à expliquer cette évolution défavorable. Le travail est de plus en plus lourd sur le plan psychologique. La quantité de travail augmente dans la plupart des entreprises (mais aussi des hôpitaux, écoles, crèches, universités, administrations publiques, ...). Cet accroissement du volume de travail correspond à la recherche du profit maximum. Cette surcharge est d'autant plus difficile à supporter que les effectifs sont volontairement réduits pour améliorer la performance et la compétitivité de l'entreprise. Le culte de la performance est devenu une véritable idéologie pour beaucoup d'entreprises (pas uniquement privées d'ailleurs). Exécuter le travail pour lequel on est engagé n'est plus suffisant. Aujourd'hui, il faut se surpasser pour le bien de l'entreprise et, accessoirement, pour conserver son emploi. Chaque fois que l'objectif est atteint, on en définit des plus ambitieux encore, montant ainsi la barre de plus en plus haut, au mépris de la pression psychologique qui s'exerce sur les travailleurs.

8. ÉVOLUTION DU SYNDROME DE BURNOUT: DU DÉNI À L'ACCEPTATION

Dans le syndrome de fatigue professionnelle, la souffrance s'installe insidieusement. Sa progression peut prendre des mois, voire des années. Souvent, les personnes concernées ne se rendent pas compte de l'ampleur du problème. Coûte que coûte, elles persévèrent dans l'exercice de leur profession et éprouvent de grandes difficultés à prendre le recul nécessaire pour enfin accepter de consulter. L'entourage et/ou le MG tireront, les premiers, le signal d'alarme. Le patient se rend souvent à la première consultation avec des «pieds de plomb». Il est poussé dans le dos par l'intensité des symptômes et du désarroi, ou encore par un conjoint lui-même épuisé, dépassé et exaspéré par la situation. Le patient, quant à lui, 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 signifierait sa conviction d'avoir failli et de ne plus être à la hauteur des défis et circonstances professionnelles.

Avant d'accepter la réalité de son épuisement, le patient passera successivement par plusieurs étapes que le MG devra apprendre à accompagner et respecter. La première étape consiste en un déni : le burnout n'existe pas, c'est l'affaire des faibles.

Viendra ensuite la révolte, jugeant que sa situation d'épuisement relève de l'injustice alors qu'il fut parfait durant toutes ces années. Se succéderont ensuite la phase de négociation (quelques jours de congé suffiront pour retrouver l'équilibre, ce qui s'avèrera insuffisant), la phase de victime (la cause étant à rechercher au sein de l'organisation de travail, dans le chef et comportement de son patron, de son conjoint, de ses enfants). Une phase d'abattement et de découragement suivra pour laisser place, enfin, au stade de l'acceptation.

MESSAGE CLÉ DESTINÉ AU MG

Au cours de la première consultation, le médecin généraliste risque de se heurter à une forte résistance psychologique du patient face au diagnostic et à tout traitement prescrit. Par exemple, le refus des médicaments ou le refus de l'interruption du temps de travail sont souvent des signes d'un début de burnout.

9. CONSÉQUENCES À LONG TERME D'UN BURNOUT NON TRAITÉ

En cas d'absence de prise en charge optimale, le fait de rester en état de stress chronique peut avoir un impact très délétère sur la santé tant au niveau psychique que somatique (15).

9.1. NIVEAU SOMATIQUE

Au niveau somatique, associé à une perturbation du cortisol, le stress peut perturber le métabolisme à différents niveaux et, parfois, aboutir à des maladies dites complexes (15). Différentes études ont clairement mis en évidence un lien entre stress au travail et risque cardiovasculaire accru. Ainsi, une étude, regroupant des résultats sur plus de 200.000 travailleurs, a démontré un risque accru de 23 % pour les personnes exposées au stress en comparaison aux autres (14). Le stress au travail peut également être considéré comme un facteur de risque de diabète de type 2 (16).

9.2. NIVEAU PSYCHIQUE

Au niveau psychique, le burnout peut se compliquer d'une dépression majeure sévère

ou d'un trouble anxieux. La dépression majeure peut, elle-même, devenir chronique avec le temps et mener, dans certains cas, au suicide.

On note également un risque augmenté de développer une dépendance aux drogues. En effet l'alcool, la cocaïne ou encore les benzodiazépines peuvent être utilisés par certains travailleurs comme une automédication permettant de mieux affronter une pression excessive au travail. L'effet recherché pour l'alcool est, principalement, anxiolytique, relaxant et, dans certains cas, antidépresseur. Différentes études ont ainsi démontré une association claire entre burnout et abus/dépendance à l'alcool (17). En ce qui concerne la cocaïne, l'effet recherché chez certains travailleurs stressés est de pouvoir améliorer les performances cognitives et d'avoir plus d'énergie. Malheureusement, l'utilisation à long terme des substances addictives a l'effet inverse de celui recherché. On note, pour l'alcool, un risque plus élevé de dépression et de trouble anxieux, et, pour la cocaïne, une perte de concentration ainsi qu'un impact négatif sur le discernement, la mémoire ainsi que les capacités à prendre des décisions.

9.3. CONSÉQUENCES DIFFÉRENTES SELON LE SEXE

Il est important également de souligner que les hommes et les femmes ne réagissent pas de la même manière face au stress chronique : les femmes auront tendance à développer de manière plus fréquente un trouble anxieux ou une dépression, les hommes présenteront plus de problèmes d'abus ou de dépendances aux substances.

Au niveau somatique, les hommes présenteront un risque plus élevé de développer un problème cardiovasculaire ou infectieux alors que les femmes auront un risque augmenté de développer des problèmes auto-immuns (18).

10. CONCLUSION

Dans cette première partie d'article, essentiellement dédiée au médecin généraliste, nous nous sommes centrés successivement sur la classification du burnout, sa prévalence, ses impacts socio-économiques, son tableau clinique en trois stades, son diagnostic par l'observation clinique et les questionnaires dédiés, ses causes, son évolution, allant du déni à l'acceptation, et ses conséquences à long terme en l'absence de traitement.

La seconde partie de cet article (19) se centrera sur la prise en charge thérapeutique du burnout 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. Une fois encore, des messages clés à destination du médecin généraliste seront proposés.

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 Bruhwylter (Squarepoint-Pointcarré sprl, Ecaussinnes, Belgique) pour son rôle de rédacteur médical. Cette rédaction médicale a été réalisée avec le soutien financier de Grünenthal.

BIBLIOGRAPHIE

- Schaufeli W, Enzmann D.— *The burnout companion to study and practice : a critical analysis*. CRC Press Taylor & Francis Group, Issues in Occupational Health, Tom Cox and Amanda Griffiths, London, 1998, 1-224.
- Bibeau G, Dussault G, Larouche LM et al.— *Certains aspects culturels diagnostiques et juridiques du burnout, pistes et repères opérationnels*. Université de Montréal : Girame (ed), Collection Travail et nouvelle pathologie, 1988, **11**, 1-52.
- Service public fédéral Emploi, Travail et Concertation sociale.— *Recherche sur le burnout au sein de la population active belge*. Période : Octobre 2009-Octobre 2010, Bruxelles, 2011, 1-23.
- Embriaco N, Azoulay E, Barrau K, et al.— High level of burnout in intensivists: prevalence and associated factors. *Am J Respir Crit Care Med*, 2007, **175**, 686-692.
- Potter P, Deshields T, Divanbeigi J, et al.— Compassion fatigue and burnout : prevalence among oncology nurses. *Clin J Onc Nurs*, 2010, **14**: E56-62. doi: 10.1188/10.CJON.E56-E62.
- European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions.— *Trends in quality of work in the Netherlands*, Wyattville Road, Loughlinstown, Dublin, Ireland, 2006, 1-19.
- Organization for Economic Co-Operation and Development (OECD).— *Fit mind, fit job: from evidence to practice in mental health and work*, OECD Publishing, Paris, 2015. DOI: <http://dx.doi.org/10.1787/9789264228283-en>.
- Maslach C, Jackson SE.— The measurement of experienced burnout. *J Organiz Behav*, 1981, **2**, 99-113.
- Lourel M, Gueguen N, Mouda F.— L'évaluation du burnout de Pines : adaptation et validation en version française de l'instrument Burnout Measure Short Version (BMS-10). *Pratiques Psychologiques*, 2007, **13**, 353-364.
- Mesters P, Peters S.— *Vaincre l'épuisement professionnel : toutes les clés pour comprendre le burnout*. Ed. Robert Laffont, 2007, 1-256.
- Maslach C, Leiter MP.— Early predictors of job burnout and engagement. *J Appl Psychol*, 2008, **93**, 498-512.
- Truchot D.— *Epuisement professionnel et burnout : concepts, modèles, interventions*. Ed. Dunod, Paris, 2004.
- Delbrouck M.— *Comment traiter le burn-out. Principes de prise en charge du syndrome d'épuisement professionnel*. Collection Oxalis, Ed. De Boeck Supérieur, Louvain-la-Neuve, Paris, 2011, 1-464.
- Kivimäki M, Nyberg ST, Batty GD, et al.— Job strain as a risk factor for coronary heart disease : a collaborative meta-analysis of individual participant data. *Lancet*, 2012, **380**, 1491-1497.
- Scantamburlo G, Scheen AJ.— Rôle du stress psychosocial dans les maladies complexes. *Rev Med Liege*, 2012, **67**, 234-242.
- Nyberg ST, Fransson EI, Ahola K, et al.— Job strain as a risk factor for type 2 diabetes: a pooled analysis of 124,808 men and women. *Diabetes Care*, 2014, **37**, 2268-2275.
- Jackson ER, Shanafelt TD, Hasan O et al.— Burnout and alcohol abuse/dependence among U.S. medical students. *Acad Med*, 2016, **91**, 1251-1256.
- Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale (INSERM).— *Facteurs de vulnérabilité individuelle au stress. Stress au travail et santé - Situation chez les indépendants*. 2014, 217-239. <http://www.ipubli.inserm.fr/bitstream/handle/10608/217/?sequence=20>.
- Mesters P, Clumeck N, Delroisse D, et al.— Syndrome de fatigue professionnelle (burnout). 2^{ème} partie : de la prise en charge thérapeutique. *Rev Med Liege*, 2017, **72**, sous presse.

Les demandes de tirés à part doivent être adressées au Dr. Nicolas Clumeck, Le Domaine Centre Hospitalier, Rue Jean Lanneau 39, 1420 Braine-l'Alleud, Belgique.
Email : nicolas.clumeck@domaine-ulb.be