



HAL
open science

Le diagnostic du burnout en médecine générale : au-delà des débats, quelle pratique ?

Marguerite Camphuis

► **To cite this version:**

Marguerite Camphuis. Le diagnostic du burnout en médecine générale : au-delà des débats, quelle pratique ?. Médecine humaine et pathologie. 2022. dumas-03659496

HAL Id: dumas-03659496

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03659496>

Submitted on 5 May 2022

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

IMPORTANT : OBLIGATIONS DE LA PERSONNE CONSULTANT CE DOCUMENT

Conformément au *Code de la propriété intellectuelle*, nous rappelons que le document est destiné à un **usage strictement personnel**. Les "analyses et les courtes citations justifiées par le caractère critique, polémique, pédagogique, scientifique ou d'information" sont autorisées sous réserve de mentionner les noms de l'auteur et de la source (article L. 122-4 du *Code de la propriété intellectuelle*). Toute autre représentation ou reproduction intégrale ou partielle, faite sans le consentement de l'auteur ou de ses ayants droit, est illicite.

De ce fait, nous vous rappelons notamment que, **sauf accord explicite** de l'auteur de la thèse ou du mémoire, **vous n'êtes pas autorisé** à rediffuser ce document sous quelque forme que ce soit (impression papier, transfert par voie électronique, ou autre). Tout contrevenant s'expose aux peines prévues par la loi.

UNIVERSITE DE NANTES

FACULTE DE MEDECINE

Année 2022

N°

THESE pour le
DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE
(DES DE MEDECINE GENERALE)

Marguerite CAMPHUIS

Présentée et soutenue publiquement le 26 avril 2022

**LE DIAGNOSTIC DU BURNOUT EN MEDECINE GENERALE :
AU-DELA DES DEBATS, QUELLE PRATIQUE ?**

Président : Madame le Professeur Anne Sauvaget

Directeur de Thèse : Madame le Docteur Muriel Bossard

REMERCIEMENTS

Je remercie tout d'abord les membres du jury, professeurs et maître de conférences, d'avoir répondu favorablement à ma demande, permettant la rencontre autour de ce travail, des différentes spécialités confrontées au burnout.

Un remerciement particulier au Docteur Bossard pour son accompagnement plein de simplicité, ainsi que pour sa gentillesse et son dévouement qui ont alimenté ma motivation au long de ce travail. J'ai eu dès notre première rencontre l'intuition que nous allions nous entendre parfaitement, et travailler ensemble d'une manière passionnante : je n'ai pas été déçue !

Je tiens également à mentionner les médecins et les professionnels qui m'ont accompagnée et formée durant cet internat si riche : les équipes de Médecine B du CHEL, des Urgences adultes et pédiatriques du CHU, de la maternité, du pôle Est 2 du CHS - mention toute spéciale à Marie, la reine du quali - tous les collègues de la MSP Sèvre et Loire, et bien évidemment mes MSU, les docteurs Comte-Samson, Buisson et Feldman, et le professeur Rat.

A mes parents adorés, toujours disponibles et aimants, supporteurs de leurs enfants à 2000% : vous êtes les meilleurs, c'est aussi simple que ça ! Merci pour tout, tout, tout... et en particulier pour Bourgneuf, havre de paix et de tranquillité mais aussi haut lieu de retrouvailles et de chouilles, autant familiales qu'amicales.

A mes frères et sœur, Gaby, Rams & Jo, à ma belle-sœur Malix, mes filleuls Marthe et Louis, mes chers parrain et marraine, à Clémentine et à ma sacrée bande de cousins : je rends grâce d'avoir été entourée de votre affection et de votre soutien au long de ces années d'études, et je confie chacune de nos relations, qu'elles ne cessent jamais de grandir et nous faire grandir.

A mes chers grands-parents : ceux qui sont ici, dont la compagnie, la table et le salon ont bercé mon enfance et plus récemment mes années d'internat ; et à ceux qui veillent sur moi de là-haut : je ne vous remercierai jamais assez, pour ces racines belles et solides que vous m'avez données.

Une spéciale dédicace à tante Servane, dont l'engagement (que dis-je, la passion) m'a donné le goût du sujet, pour votre accueil si chaleureux et nos passionnantes discussions !

A vous, les amis ! Oui, à vous qui m'avez entourée, Clo&Pierre, Cécile, Gaëtan Clemie (bis), Astrid, Flo, Hermine, Marie, Yolaine, Hélène, Aude, Vero, Diane&Dédé, Dona, Riton, Aymeric, Matt&Ben, Clém&Ben, Gounie, les Etienne au cube, Arnaud, Hugues, Gwen&Thib, ViH&Maud, tous les copains Nantais du mardi, du jeudi mais surtout du weekend, les voileux, les kiteux, les randonneurs et les skieurs, les cointernes et les fidèles de NDV, mais aussi les autres : les vieux de la vieille, dijonnais et lyonnais, May&PA, Gégé, BJ&Clo, Tom&Marie, Aymeric, Greg, Camille, Alix... et pour finir en beauté, une pensée toute particulière pour mes lupis adorés ; GabyLix, Manu&Marin, Elise&Louis, Chloé et Matt.

I did it ! We did it ! +

SOMMAIRE

I.	Introduction	5
II.	Le burnout dans la littérature : entre connaissances établies et zones d'ombre.....	6
1)	Définitions et classifications	6
II.1.1.	De nombreuses définitions.....	6
II.1.2.	D'une classification à l'autre	9
II.1.3.	Une épidémiologie pauvre	10
2)	Histoire du burnout.....	11
II.2.1.	Naissance et développement du concept.....	11
II.2.2.	Théorisation : les grands modèles.....	14
II.2.3.	Le point de vue sociologique.....	16
II.2.4.	Zoom sur la France	17
3)	Clinique.....	19
II.3.1.	Etiopathogénie	19
II.3.2.	Physiopathologie	23
II.3.3.	Symptomatologie.....	25
II.3.4.	Outils diagnostiques.....	31
II.3.5.	Diagnostics différentiels.....	37
4)	Prise en charge.....	40
II.4.1.	Démarches et accompagnement	41
II.4.2.	Répartition des rôles	41
II.4.3.	Reconnaissance administrative	42
III.	Etude	43
1)	Matériel et méthode	43
III.1.1.	Bibliographie	43
III.1.2.	Type d'étude	43
III.1.3.	Recrutement	43
III.1.4.	Entretiens	47
III.1.5.	Analyse des données	47
2)	Résultats.....	49
III.2.1.	Définition	49
III.2.2.	Clinique	50

III.2.3.	Gravité.....	52
III.2.4.	Outils	53
III.2.5.	Différentiel.....	54
III.2.6.	Etiologies.....	55
III.2.7.	Qualification administrative	56
III.2.8.	Collaboration	58
III.2.9.	Difficultés et points positifs.....	59
III.2.10.	Remarques par groupe.....	62
IV.	Discussion	63
1)	Définition et épidémiologie	63
2)	Etiologies et sociologie.....	65
3)	Clinique.....	67
4)	Un outil primordial : le temps.....	68
5)	Diagnostics différentiels : la dépression, et les autres.....	69
6)	Les grandes questions administratives.....	71
7)	Rôle du médecin traitant et collaboration.....	73
V.	Conclusion	74
VI.	Annexes.....	76
VII.	Bibliographie.....	84

I. Introduction

Depuis que j'ai commencé à m'intéresser au burnout et à envisager d'en faire le sujet de ma thèse d'exercice, les personnes auxquelles je le mentionne réagissent unanimement : le burnout est aujourd'hui une problématique majeure, de plus en plus répandue dans toutes les professions et les générations. Médecins, famille, amis ou patients, tous sont capables de me nommer quelqu'un de leur cercle proche qui a été concerné dans les derniers mois ou années, lorsque ce n'est pas eux-mêmes. Je ne m'attendais pas à une telle prévalence, même si celle-ci n'est que déclarative et probablement biaisée par mon intérêt pour le sujet.

Ce choix trouve son origine dans le fait que je cherchais à traiter d'un problème de santé publique, qui ait un impact sur le quotidien des patients et implique particulièrement la médecine de premier recours. J'ai un profond intérêt pour la relation unique et évolutive entre un médecin généraliste et son patient, qui se construit au cours des années. Elle requiert une réelle disponibilité du médecin, une grande confiance de la part du patient et aboutit idéalement à une connaissance intime des déterminants de la vie de ce dernier, permettant un accompagnement individualisé tout au long de sa vie. Il me semblait alors, que le diagnostic et la prise en charge d'un burnout nécessitaient une telle vision afin d'être optimaux.

Je me suis cependant heurtée à plusieurs problématiques : tout d'abord, la formation facultaire sur le thème du burnout est pauvre : pas de cours dédié, ni d'item ECN (examen classant national), peu de stages en médecine générale avant le troisième cycle. A travers des recherches personnelles, j'ai ensuite découvert la multiplicité des questionnements à ce sujet : à propos de sa définition, de son diagnostic, de sa reconnaissance. Enfin, en débutant les stages et en prenant progressivement en charge mes premiers patients, les interrogations se sont multipliées : quels critères diagnostiques ? Quelle prise en charge ? Comment prévenir, éviter la rechute ou la récurrence ?

Ces nombreuses questions ont renforcé mon intérêt pour le burnout et ma volonté d'approfondir ce sujet dans le cadre de ma thèse, afin d'apporter une contribution à l'évolution des connaissances dans le champ de la médecine générale. Il a cependant fallu déterminer un champ d'étude plus restreint, et la problématique du diagnostic s'est imposée, puisqu'il est le premier maillon de la prise en charge médicale.

J'ai voulu tout d'abord interroger la littérature scientifique, sous la forme d'une synthèse narrative, avant d'organiser une étude qualitative impliquant des médecins généralistes dans le but d'appréhender leur pratique quotidienne et de pouvoir comparer les problématiques théoriques soulevées par le burnout et les problématiques « de terrain ».

II. Le burnout dans la littérature : entre connaissances établies et zones d'ombre

1) Définitions et classifications

II.1.1. De nombreuses définitions

A. Burnout

Une revue systématique de 2019 menée par Rotenstein et al (1) prétend avoir recensé 142 définitions différentes du concept de burnout. Dans la CIM-11 (Classification Internationale des Maladies, onzième version, parue en 2019) (2), le burnout est défini comme suit : « syndrome résultant d'un stress chronique au travail qui n'a pas été correctement géré, et caractérisé par trois dimensions : un sentiment de déplétion d'énergie voire d'épuisement, une distanciation mentale avec le travail ou un sentiment de négativisme ou de cynisme à son sujet, et enfin un ressenti d'inefficacité ou de perte d'accomplissement personnel ». La classification précise que ce phénomène est spécifiquement décrit dans un contexte professionnel, et ne peut pas être utilisé dans d'autres contextes. Ces trois dimensions proviennent des travaux menés par deux psychologues américaines, que nous évoquerons plus loin. La présence concomitante ou non de ces trois axes et la relation entre ceux-ci, sont la cause des multiples « définitions » décrites par Rotenstein (1).

On retrouve ce même triptyque dans la définition française, celle de l'épuisement professionnel, terme utilisé par l'INRS (Institut National de Recherche et de Sécurité) comme l'équivalent français au mot « burnout » dans une publication de 2017 (3). Il est défini comme un « ensemble de réactions consécutives à des situations de stress professionnel chronique dans lesquelles la dimension de l'engagement est prédominante », puis sont présentées les trois dimensions, ici l'épuisement émotionnel, la dépersonnalisation aussi qualifiée de cynisme, et enfin le sentiment de non-accomplissement personnel au travail.

Une autre définition, plus concrète au plan individuel, nous est fournie par Clément Duret, médecin du travail à l'origine de plusieurs travaux sur le sujet, dans une fiche pratique sur le diagnostic du burnout éditée en décembre 2018 (4) : il parle de dysphorie durable, consistant en un épuisement émotionnel, des symptômes psychiques et comportementaux, plus ou moins accompagnés de signes physiques non spécifiques, ces éléments étant en lien avec le travail et apparaissant lors de l'exposition d'un individu à des facteurs de risque professionnels spécifiques. Il précise que les patients concernés n'ont en général pas d'antécédents d'ordre psychiatrique. On rejoint la vision du CRRMP (Comité Régional de Reconnaissance en Maladie Professionnelle, cf. II.4.3), qui considère que la qualification de burnout implique un lien « direct et essentiel » entre les symptômes présentés par le patient et son activité professionnelle.

Si l'on cherche une définition sociologique, un document de 1982 par le psychologue Cary Cherniss (5), édité à l'occasion d'un symposium autour du burnout, présente une dichotomie intéressante. Intitulé « Burnout : Two Ways of Defining It and Their Implication », il oppose une vision scientifique ou technique, qui identifie le burnout comme une réaction au stress, et une vision morale ou religieuse, considérant le phénomène comme une perte de sens ou d'engagement moral.

Finalement, une interrogation demeure quant à ces définitions : le burnout est-il une maladie ? C'est l'avis de Schmid et al, dans l'article « Le burnout est-il une entité nosographique distincte ? » publié dans la revue Psychologie Française en 2019 (6) : les auteurs considèrent le burnout comme une maladie au terme de la définition générale (7) de l'OMS (Organisation Mondiale de la Santé), qu'ils interprètent comme une atteinte au bien-être de l'individu. Cependant si l'on reprend la définition OMS, qui est en réalité celle de la santé, elle dit ceci : « la santé est un état de complet bien-être physique, mental et social », ce qui correspond à l'analyse de Schmid, toutefois elle contient une seconde partie, qui suit : « et ne consiste pas seulement en l'absence de maladie ou d'infirmité ». Il semblerait donc qu'il existe pour l'OMS un état dans lequel un individu peut ne pas souffrir de maladie, mais n'être pas non plus en pleine santé ; c'est ce qu'analyse le journaliste et médecin français Jean-Yves Nau dans un article de 2016 (8) ; il définit trois états, concernant plus précisément la santé mentale : le bien-être psychologique, la détresse psychologique et les troubles mentaux. Nau étaye ses propos en citant le rapport rendu en 2016 à l'Académie nationale au sujet du burnout (9), qui analyse comme suit : « tout symptôme anxieux ne saurait être considéré comme révélateur d'un

trouble anxieux, toute tristesse comme révélatrice d'une dépression caractérisée. Et toute fatigue ou épuisement ne peut être considéré comme pathologique ». Effectivement, après avoir envisagé une reconnaissance du burnout en tant que maladie, l'OMS tranche à l'occasion de l'élaboration de la CIM-11 en 2018 (cf. II.1.2) : le burnout ne sera pas classé comme une maladie. On remarquera qu'il n'est pas proposé de définition du burnout dans le DSM V, bien que ce concept puisse être intégré dans un item de cette classification.

B. Définitions annexes

Il s'agit ici de présenter des termes fréquemment usités dans le contexte d'étude du burnout.

Tout d'abord, le stress, défini par le CNRTL (Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales) (10) comme une « agression de l'organisme par un agent physique, psychique, ou émotionnel entraînant un déséquilibre qui doit être compensé par un travail d'adaptation ». Le stress est aussi la « réponse non spécifique que donne le corps à toute demande qui lui est faite » d'après H. Selye, médecin québécois et pionnier de l'étude du concept, dans son ouvrage « Stress sans détresse » (11) paru en 1974. Auteur des premiers modèles sur le stress dès les années 1930, il précise que cette réponse de l'organisme est multiple (biologique, physiologique, cognitive, émotionnelle), qu'elle a initialement une finalité d'adaptation, mais que lorsque les réponses se chronicisent et que la situation dépasse les capacités d'adaptation de l'organisme, des conséquences néfastes peuvent survenir par épuisement. Le psychologue Richard Lazarus, également auteur de modèles d'étude du stress (12), le qualifie de « transaction particulière entre un individu et une situation, dans laquelle celle-ci est évaluée comme débordant ses ressources et pouvant mettre en danger son bien-être ».

Les risques psychosociaux ou RPS : ce sont les risques pour la santé mentale, physique et sociale qui sont engendrés par les conditions d'emploi, les facteurs organisationnels et relationnels ; ils peuvent avoir un impact sur le fonctionnement mental de l'individu, voire provoquer des troubles psychosociaux. Ils sont au cœur du rapport Nasse et Légeron de 2008 (cf. II.2.4).

Enfin la qualité de vie au travail (QVT), qui se conçoit, selon l'Accord National Interprofessionnel (ANI) paru en 2013 (13), comme un « sentiment de bien-être au travail perçu collectivement et individuellement, qui englobe l'ambiance, la culture d'entreprise, l'intérêt du travail, les conditions

de travail, le sentiment d'implication, le degré d'autonomie et de responsabilisation, l'égalité, un droit à l'erreur accordé à chacun, une reconnaissance et une valorisation du travail ».

II.1.2. D'une classification à l'autre

Jusque récemment, c'est-à-dire jusqu'à la publication de la 11ème version (15) de la Classification Internationale des Maladies (CIM-11), approuvée en 2019 et récemment rentrée en vigueur (1er janvier 2022), le burnout était assimilé à différents syndromes sur le plan nosographique. Dans un article paru en 2017 dans la Revue Médicale de Liège (16), deux propositions sont faites, l'une concernant la CIM-10 et l'autre le DSM-V (Manuel Diagnostique et Statistique, cinquième version éditée en 2013).

La première, dans la CIM 10, considère le burnout comme une forme de « neurasthénie liée au travail », code Z73.0 (18) ; le tableau clinique est celui d'une fatigue voire d'un épuisement après un effort physique ou psychique d'intensité mineure, les plaintes étant persistantes dans le temps et décrites comme invalidantes. Ce diagnostic implique la coexistence de deux symptômes ou plus parmi : douleurs musculaires, sensation ébrieuse, céphalées de tension, troubles du sommeil, impossibilité à se relaxer et irritabilité. Ces sensations ne sont pas améliorées par le repos, la relaxation ni les loisirs, et l'épisode doit persister au moins trois mois. La seconde proposition concerne un item du DSM V intitulé « trouble de l'adaptation avec humeur dépressive, anxieuse ou mixte » (19). Ici, le patient développe des symptômes émotionnels ou comportementaux en réponse à un stress clairement identifié évoluant depuis moins de trois mois. Les symptômes disparaissent en général dans les six mois après la disparition de leur cause.

Désormais, dans la CIM 11 (15), le burnout sera classé sous le code QD85 et appartiendra à la sous-catégorie des « problèmes associés à l'emploi et au chômage », elle-même faisant partie des « facteurs influençant l'état de santé ». Tout comme dans la CIM-10 (20), dans laquelle les troubles mentaux étaient classés sous la lettre F, dans la CIM-11, le burnout n'appartiendra pas à cette catégorie, qui constitue désormais la section 6, mais il appartiendra à la section 24 qui regroupe les « facteurs influençant l'état de santé ou le contact avec les services de santé ». Ainsi se confirme, tel que mentionné dans le paragraphe précédent, la volonté de l'OMS de ne pas considérer le burnout comme une maladie psychiatrique.

II.1.3. Une épidémiologie pauvre

Peu d'études se sont penchées sur l'incidence et la prévalence du burnout dans la population générale, notamment en France où ce type d'étude concerne presque exclusivement les professions de santé : l'étude REPAR publiée en 2019 (21) cherche à quantifier l'épuisement professionnel chez les médecins anesthésistes-réanimateurs, et de nombreuses thèses étudient également ce phénomène (C. Mani en 2016 (22) chez les internes de la région PACA, C. Boisard (23) en 2018 chez les internes d'Île de France, G. Picquendar en 2016 (24) pour les médecins normands) ; certaines se présentant sous la forme de méta-analyses (Z. Kansoun en 2017 (25), rétrospective depuis 2000). Une étude à grande échelle (26) est en cours, intitulée AMADEUS (AMéliorer l'ADaptation à l'Emploi pour limiter la souffrance des Soignants, résultats attendus en 2022) mais elle concerne une fois encore, uniquement les professions de soin.

Pour une vision plus globale de la population, il faut étudier des travaux comme SALVEO (27), dirigée par les canadiens Marchand et Durand et publiée en 2015, qui cible le sujet de la santé mentale. C'est l'une des plus importantes études réalisées à ce jour sur le sujet, avec un échantillon de 2 162 participants. Selon les résultats, la prévalence du burnout dans cette population serait de 3.9%. Deux autres études citées par la Revue Médicale de Liège (16) ont cherché à déterminer l'épidémiologie de l'épuisement professionnel.

En 2006 une étude néerlandaise (28) de l'European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions, fait état d'une incidence de 10% sur 10 ans ; puis en 2011, une étude belge (29) du service public fédéral « Emploi, Travail et Concertation sociale », d'une incidence de 0.8% sur 3 mois. La revue systématique de Rotenstein et al (1), qui a synthétisé en 2019 les données de 182 études réparties sur 45 pays, rapporte quant à elle une prévalence particulièrement variable, de 0 à 80% des participants, selon les travaux et les méthodes d'analyse utilisées. Cette importante disparité s'explique par l'absence de consensus concernant les outils diagnostiques utilisés (cf. II.3.4) et l'analyse des résultats obtenus : quel seuil de positivité ? Faut-il considérer l'individu comme présentant un burnout s'il présente une seule caractéristique ou doit-il « valider » au moins deux, voire toutes les dimensions (de Maslach, cf. II.3.3) ?

Nous pouvons cependant citer le baromètre de surveillance de Santé Publique France (30), qui sans jamais mentionner tel quel le terme de burnout, analyse au sein des maladies à caractères professionnel (MCP), la situation de « souffrance psychique en lien avec le travail ». Ainsi, Khirredine et al, spécialistes en santé publique, ont publié en 2015 les résultats d'une enquête rétrospective (31) : ils retrouvent une prévalence en 2012 de 3.1% chez les femmes et de 1.4% chez les hommes contre 2.3% et 1.1% respectivement en 2007. L'équipe de V. Gigonzac, chargée d'études scientifiques et également de Santé Publique France, travaille en parallèle sur l'attribution de certains suicides aux conditions de travail ; son rapport de 2021 (32) qui analyse des dossiers de 2018, propose une définition des suicides en lien potentiel avec le travail, et classe dans cette catégorie environ 10% des dossiers étudiés.

Jean-Yves Nau analyse également, dans son même article de 2016 (8) les difficultés posées sur le plan épidémiologique, et les met en relation avec l'imprécision des « limites » du burnout. Il mentionne que de nombreux chiffres « circulent », dont celui de trois millions de Français concernés en 2014, avancé par un « cabinet spécialisé dans la prévention des risques professionnels ». Effectivement, les services de ressources humaines de certaines entreprises développent leurs propres indicateurs de prévention des risques psychosociaux, et font parfois appel à des cabinets spécialisés dans la prévention et l'amélioration de la qualité de vie au travail.

Actuellement en France, les statistiques du burnout sont possiblement imbriquées avec celles de la dépression, cotées F322 ou F321, ou encore celles du trouble mixte anxieux et dépressif, F421. Il sera important de communiquer sur la cotation spécifique QD85 de la CIM-11, afin de permettre l'extraction de données épidémiologiques spécifiques au burnout.

2) Histoire du burnout

II.2.1. Naissance et développement du concept

La notion d'épuisement professionnel a été introduite par le psychiatre français Claude Veil, qui mena dès 1949 (33) des études sur la fatigue des travailleurs, alors employé comme ingénieur en organisation dans les houillères du Nord de la France. Il théorise la distinction entre fatigue physiologique et fatigue pathologique, qu'il sépare elle-même entre surmenage (fatigue chronique) et épuisement

(fatigue irréversible). Dans les suites de sa carrière, il rapporte des consultations de plus en plus fréquentes avec des patients « pseudo-névrotiques », présentant cette fatigue pathologique qu'il attribue à leur activité professionnelle. Dans un article de 1959 (34), Veil caractérise cet épuisement professionnel comme une « rupture avec l'état antérieur », évoquant le passage d'un niveau critique dans les capacités de l'individu. Il utilise pour cela une analogie intéressante, celle du dépassement de seuil d'un compte bancaire (35) : tant que celui-ci est approvisionné, tous les paiements sont autorisés, mais une fois le découvert atteint, même le plus petit retrait devient impossible. Ainsi en est-il de la fatigue du professionnel, selon ses observations : une fois le seuil d'épuisement dépassé, il devient incapable d'accomplir ne serait-ce que la tâche la plus simple. Veil insiste également sur la complexité des situations à l'origine de cet épuisement, et en particulier sur l'intrication entre les caractéristiques de l'individu et celles de son environnement de travail, qui jouent un rôle conjoint dans la genèse de la pathologie.

Cependant, c'est aux Etats-Unis que se développe ensuite le concept. Si la première utilisation du terme « burnout » est attribuée à Harold B. Bradley en 1969 dans un article ayant trait à la prise en charge des jeunes délinquants (36), c'est l'implication du psychanalyste d'origine allemande Herbert J. Freudenberger qui est plus souvent citée comme originelle. En effet, celui-ci publie en 1971 un article (37) qui marque un tournant dans l'étude du burnout ; il décrit un phénomène qu'il a observé (et lui-même vécu) alors qu'il travaillait dans une *free clinic* (équivalent des actuels centres de « désintoxication ») de New York : ses jeunes collègues présentaient, au bout d'un an d'activité environ, un tableau clinique particulier et surtout similaire, notamment une fatigue physique majeure et des troubles émotionnels. Dans un second article (38) en 1974, dans la lignée de Veil, Freudenberger utilise également une métaphore : il compare ses collègues à des « immeubles en feu » dont les ressources intérieures « se consomment sous l'action des flammes (d'où le terme *burn out*, qui signifie littéralement « brûler, se consumer »), ne laissant qu'un immense vide » mais dont la façade masque extérieurement l'atteinte. Enfin, le même Freudenberger décomposera, à partir de ses nombreuses observations, le processus en douze stades, de l'envie de faire ses preuves jusqu'au burnout, en passant par la spirale du déni et la perte des liens sociaux et familiaux.

Avant même les observations de Freudenberger, un secteur en particulier avait été touché par une pathologie étrangement ressemblante, celui des aiguilleurs du ciel. Avec l'intensification massive du

trafic aérien dans les années 1960-1970, et dans un contexte alliant manque de formation et de matériel, horaires prolongés et complexification des outils, plusieurs collisions aériennes furent déplorées, rendant nécessaire une enquête sur l'origine de ces funestes événements. Celle-ci, menée par l'Université de Médecine de Boston (39), mettra en évidence chez un nombre important de contrôleurs aériens des symptômes de ce qu'on appellera bientôt le burnout.

La vulgarisation du concept ainsi créé doit beaucoup aux psychologues californiennes Christina Maslach et Susan Jackson, dont les observations contemporaines à celles de Freudenberger, concernaient également des professionnels du soin, en particulier les travailleurs sociaux. C'est leur travail (40) qui aboutit à la définition des trois dimensions du burnout, à savoir l'épuisement émotionnel, la dépersonnalisation et la perte de l'accomplissement personnel ; cette segmentation des symptômes est encore aujourd'hui la plus connue. Les deux femmes mettent au point en 1981 (41) l'auto-questionnaire MBI (Maslach Burnout Inventory, cf. II.3.4) qui servira de support à de nombreuses études, permettant au burnout de passer d'un statut pseudo-scientifique, à celui de sujet méritant l'attention de la communauté scientifique.

L'économiste Robert Golembiewski complète dès 1983 (42) le travail de Maslach, par une approche chronologique au plan individuel. Avec son équipe, ils mettent au point un schéma d'installation du burnout par phases, à savoir d'abord la dépersonnalisation, suivie de la perte d'accomplissement personnel et enfin de l'épuisement émotionnel, qui marque la décompensation de la situation. Ils étoffent ensuite ce modèle jusqu'à définir 8 phases, à travers une combinaison de scores « bas » ou « élevés » attribués selon les trois axes, et résumées dans le tableau ci-dessous ; ces travaux seront critiqués et ajustés par les auteurs eux-mêmes et leurs contemporains, permettant d'affiner le modèle. Les phases seront notamment rapprochées en 4 clusters.

Phases du burnout	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII
Score de dépersonnalisation	Bas	Elevé	Bas	Elevé	Bas	Elevé	Bas	Elevé
Score de diminution d'accompliss ^t perso	Bas	Bas	Elevé	Elevé	Bas	Bas	Elevé	Elevé
Score d'épuisement émotionnel	Bas	Bas	Bas	Bas	Elevé	Elevé	Elevé	Elevé

II.2.2. Théorisation : les grands modèles

A. Modèles transactionnel et motivationnel

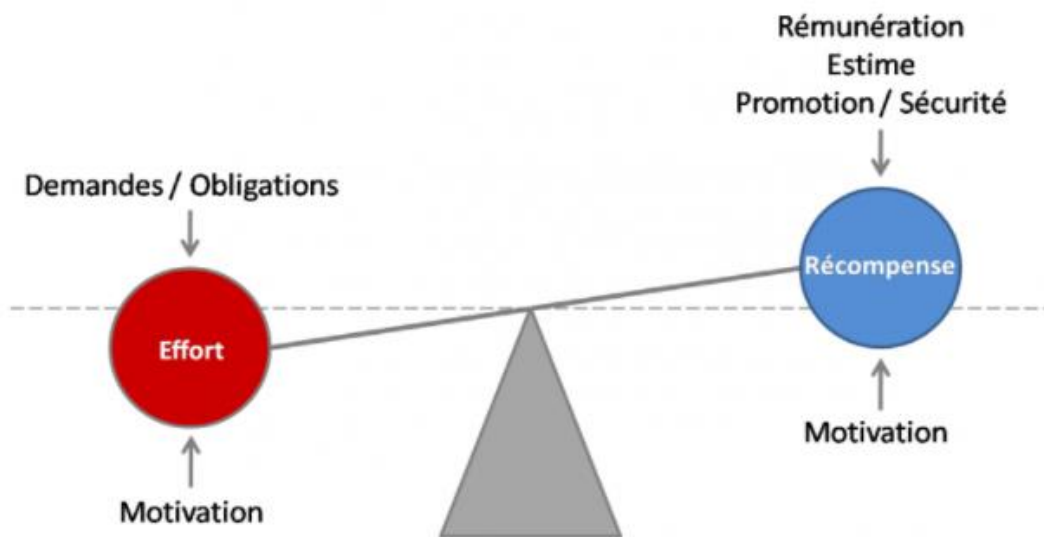
En 1984, les psychologues Richard Lazarus et Susan Folkman, réputés pour leurs travaux sur le stress, décrivent le modèle dit transactionnel (43), qui tend à démontrer que les processus de stress et de burnout n'ont pas pour origine uniquement l'individu ou son environnement, mais qu'ils sont liés l'un à l'autre et s'influencent mutuellement : on retrouve l'hypothèse de Claude Veil. Puis Lazarus précise ce modèle par le principe dit de « double évaluation » : face à une situation donnée, une première évaluation permet de considérer le danger présenté, et une seconde consiste à peser les ressources à disposition pour l'affronter ; ainsi la réaction de l'individu ne dépend pas uniquement de la situation, mais aussi de son analyse en regard des ressources dont il dispose.

Durant la même décennie, Stevan Hobfoll, spécialiste ès sciences du comportement, développe la théorie de la conservation des ressources (44), qui tend à expliquer le processus d'installation du stress : selon lui, une perte de ressources déclenche chez l'individu un réflexe de conservation d'énergie : on parle de stratégies de *coping*. Cependant, d'après son analyse, cette réponse est elle-même cause d'une perte de ressources, et si elle s'avère inefficace, l'individu se retrouve dans une situation de double déplétion d'énergie, atteignant parfois l'épuisement.

Ayala Pines, psychologue israélienne, propose en 1993 dans son ouvrage « Professional Burnout » (45) une approche dite motivationnelle. Elle soutient l'hypothèse selon laquelle le travail permet à l'Homme de donner un sens à sa vie ; d'après elle, si cette quête de sens échoue, c'est-à-dire si le travail ne répond pas à ce besoin, survient le risque de burnout. Ainsi, les aspects du travail les plus pourvoyeurs de burnout seraient ceux qui empêcheraient l'individu de répondre à ses attentes existentielles ; d'autre part, le manque de sens dans le travail aurait tendance à majorer le ressenti de fatigue sur le plan émotionnel. Il existe un point commun entre les travaux de ces chercheurs, dans leur description du processus à l'origine du burnout : ils mettent en évidence un déséquilibre. Pour Cary Cherniss, dans la lignée de Lazarus et Folkman, il se situe entre les capacités du patient (ses ressources personnelles et organisationnelles) et les exigences de son emploi ; pour Ayala Pines, entre ses attentes et la réalité auquel il est confronté : elle parle de « stressseurs ».

B. Modèles effort-récompense et contraintes-ressources

On retrouve le principe de recherche d'équilibre ou *balance*, dans les travaux de Johannes Siegrist. Ceux-ci sont considérés (46), avec ceux de son confrère sociologue Robert Karasek, comme un modèle majeur dans la compréhension des mécanismes de stress au travail. Karasek, à la fin des années 1970, aboutit par ses travaux à un modèle (47) décrivant l'interaction entre la demande psychologique et la latitude décisionnelle. Celui-ci sera complété en 1988 par Johnson et Hall (48) qui ajoutent à cette équation le soutien social, pour former le modèle DCS (Demand Control Support). Dans le même esprit, Siegrist développe en 1996 le modèle effort-récompense (49), qui consiste en une comparaison « mathématique », symbolisée par une balance, entre les efforts fournis par le travailleur et les récompenses reçues.



Balance effort-récompense du modèle de Siegrist

Explorant toujours ce principe de déséquilibre, les chercheurs Lee et Ashforth entreprennent dans les années 1990 une méta-analyse de la littérature (50). Ils cherchent à explorer les liens entre les concepts de demande et de ressources dans le cadre professionnel, et les trois dimensions décrites par Maslach et Jackson. Ils montrent alors que la dimension la plus fortement associée à ces concepts est la première, l'épuisement émotionnel. A partir de cette méta-analyse, un certain nombre de travaux de recherche se concentreront plus particulièrement sur cette facette du burnout au détriment des deux autres. Dans le même temps, Christina Maslach continue son étude du phénomène. Dans

l'ouvrage « The Truth about Burnout » (51) publié en 1997 avec son confrère psychologue Michael Leiter, ils élaborent le modèle dit « des discordances », évocation des différents facteurs organisationnels responsables de l'apparition du burnout, à travers un écartèlement entre la nature de l'individu et celle de la tâche demandée. Ils identifient ainsi comme discordances la surcharge de travail et l'insuffisance de rétribution, mais aussi le manque d'autonomie (ou de contrôle), l'effondrement du collectif, les manquements à la justice et les conflits de valeur.

Au début des années 2000, les sociologue Demerouti, Bakker et Schaufeli (52) introduisent un nouveau modèle, job demands-resources (JD-R), reliant séparément les contraintes et les ressources professionnelles aux symptômes de burnout. Leurs résultats seront différents de ceux de Lee et d'Ashforth : ils concluent en effet que l'augmentation des contraintes serait responsable de l'épuisement, tandis que le manque de ressources induirait plutôt du désengagement. De plus, leurs travaux mèneront à l'élaboration d'un nouvel outil (cf. II.3.4). Plus récemment encore et notamment dans un article de 2014 (53), Pedro Gil-Monte, professeur de Psychologie sociale et organisationnelle à l'université de Valence, étudie l'implication de l'antagonisme et de l'ambiguïté de rôles dans l'apparition du burnout et obtient des résultats significatifs. Il fait partie des premiers à étudier la relation entre les conflits interpersonnels au travail, et le burnout.

II.2.3. Le point de vue sociologique

Si l'on prend du recul sur le plan sociétal, on peut considérer que des cas de « burnout » ont été rapporté plusieurs siècles avant sa conceptualisation, notamment dans la Bible, avec la désillusion de Moïse au désert ou l'épuisement d'Elie après l'accomplissement de sa tâche.

William Schaufeli, professeur de psychologie du travail, place, quant à lui, la genèse de la notion de burnout dans un contexte de « guerre contre la pauvreté » et de révolution culturelle, dans le chapitre « Burnout : a short Socio-Cultural History » de l'ouvrage collectif « Burnout, Fatigue, Exhaustion » paru en 2017 (54). Il développe de la manière suivante : d'une part, la « guerre contre la pauvreté » ayant suscité de nombreuses vocations dans le domaine social, et ainsi accéléré la professionnalisation de ce domaine dans l'après-seconde guerre mondiale, la jeunesse américaine se retrouve confrontée à une immense charge de travail, tout en étant tributaire d'un système de plus en plus gigantesque et anonyme. La seconde cause évoquée - la révolution culturelle des années 1960 aux Etats-

Unis - a selon lui pour conséquences une diminution de l'autorité et du prestige traditionnellement associés aux professions d'aide (médecins, pompiers, police), et une augmentation des exigences des usagers. Au total, Schaufeli implique dans l'augmentation de ce phénomène, le remplacement d'une société traditionnelle par ce qu'il nomme le « capitalisme flexible » (terme emprunté à Richard Sennett et qui qualifie une société dans laquelle les institutions sont mal définies et mouvantes), auquel viendrait s'ajouter le développement d'une culture narcissique.

Un tournant majeur s'opère durant les années 1980, avec l'exportation du concept de burnout de notre côté de l'Atlantique. Tout comme en Amérique du Nord, la mondialisation, la privatisation de nombreuses entreprises et la libéralisation des marchés obligent à une transformation rapide du monde du travail. De nouvelles contraintes s'imposent aux travailleurs, de nouvelles capacités à acquérir (notamment avec l'apparition et l'évolution de l'outil informatique), une accélération nécessaire pour répondre aux demandes de productivité croissantes ; c'est notamment l'analyse du sociologue et philosophe allemand H. Rosa, dans son livre « Accélération » (55). Il existe cependant une différence majeure entre les Etats-Unis et l'Europe, qui ne réside pas dans ces phénomènes qui augmentent le risque de burnout, mais dans la classification de celui-ci : là où les américains le considèrent comme un fait sociétal, une partie des européens érige le concept de burnout au rang de diagnostic médical. Ainsi, dès l'an 2000 aux Pays-Bas (56), des recommandations sont éditées concernant le burnout ou « neurasthénie liée au travail » ; les autres pays nordiques sont également cités en exemple, notamment la Suède qui vote dès 1991 un amendement à la Loi sur l'environnement de travail (57), obligeant les entreprises à créer un environnement de travail propice à la santé mentale des employés.

II.2.4. Zoom sur la France

Malgré l'attribution possible de la découverte du concept à un Français, le psychiatre Claude Veil, l'apparition d'une littérature française sur le sujet et sa popularisation n'auront effectivement lieu qu'après les années 1980 et les recherches aux Etats-Unis et au Canada. Jean-Yves Nau (8) situe cette « prise de conscience collective » tout d'abord au niveau des professionnels notamment dans le domaine la santé mentale, avec la publication d'ouvrages dont « Le harcèlement moral : la violence perverse au quotidien » par la psychiatre Marie-France Hirigoyen en 1998. L'extension de cette prise

de conscience à la population française a ensuite pris forme à travers des évènements médiatiques, dont la tragiquement célèbre « affaire France Télécom » (58, 59) : après la privatisation partielle de l'entreprise en 2004, et dans le but de se séparer d'une partie des employés sans avoir recours au licenciement, une politique interne de « démissions provoquées » est mise en place par les dirigeants, via une formation particulière des managers. Le résultat sera le suicide de plusieurs dizaines de salariés entre les années 2006 et 2009, aboutissant à un procès pour « harcèlement moral » du PDG et de certains de ses cadres, jugés coupables et condamnés en 2019.

On assiste alors dès 2009 à la mise en place d'un plan d'urgence de prévention des RPS par le Ministre du Travail, M. Xavier Darcos, lors d'une séance exceptionnelle du COCT (Conseil d'Orientation sur les Conditions de Travail). Ce plan d'urgence sera guidé entre autres, par le rapport (60) de l'économiste Philippe Nasse et du psychiatre Patrick Légeron publié en 2008, et commandé un an auparavant par le précédent Ministre du Travail, M. Xavier Bertrand.

Sur le plan législatif toujours, la compréhension du processus de stress au travail, guidée par des recherches depuis Claude Veil mais également par l'évolution des CHSCT (Comités d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail, instances de sécurité, étendues à toutes les professions en 1982 mais que préfiguraient de comités apparus dès le XIXème siècle) via la reconnaissance des RPS, se concrétise en 2008 avec la signature de l'Accord National Interprofessionnel (ANI) (13, 14) sur le stress au travail. Celle-ci est en réalité une transposition d'un accord européen (61) ratifié en 2004, dont les objectifs étaient d'attirer l'attention sur la problématique du stress au travail afin de le prévenir, le détecter et éviter ses complications. Le 17 août 2015, une proposition de loi (62) émanant du député François Rebsamen, est votée, qui portera son nom ; cette loi permet la reconnaissance du burnout, ou plutôt d'une « pathologie psychiatrique ayant pour origine le travail », en tant que maladie professionnelle. Une autre proposition de loi, déposée par le député Ruffin en 2018 (63), fut, elle, rejetée ; elle avait trait à la création d'un tableau de maladie professionnelle propre aux pathologies psychiatriques liées au travail.

L'Assemblée Nationale continue cependant d'étudier de près la problématique de la souffrance au travail, en témoignent les propositions concluant un rapport de la Commission des Affaires Sociales (9) rendu en 2017, qui sont au nombre de vingt-sept. Les rapporteurs soulignent, entre autres, la nécessité de mise en place un codage des arrêts de travail afin de mieux appréhender la prévalence

du burnout, d'un outil diagnostique francophone performant sur le modèle du CBI (cf. II.3.4), d'expérimenter l'abaissement voire la suppression du taux d'IPP (incapacité professionnelle permanente) nécessaire à la reconnaissance comme maladie professionnelle, de permettre aux médecins du travail d'attester de pathologies constatées chez les salariés et leur lien avec l'activité professionnelle, ou encore de faire évaluer le coût actuellement supporté par la branche maladie de la Caisse d'Assurance Maladie concernant ces pathologies.

L'Académie Nationale de Médecine, de son côté, par le biais d'un groupe de travail mené par le psychiatre Jean-Pierre Olié, auteur de nombreux travaux sur le sujet, avait émis en 2016 un rapport sur le burnout (64), dans lequel elle déplorait la confusion provenant des limites imprécises de ce concept et son absence des nosographies, en précisait les facteurs de risque et promouvait l'implication des entreprises, des services de santé au travail et du Ministère de la Santé dans sa prévention, notamment à travers l'information du grand public.

3) Clinique

II.3.1. Etiopathogénie

Avant d'étudier en détails la symptomatologie du burnout, il est intéressant de se pencher sur ce qui mène à son apparition : facteurs de risque ou protecteurs, avec la proposition de modèles et l'étude des profils à risque.

A. Facteurs de risque

Le rapport (65) du Collège d'expertise sur le suivi des risques psychosociaux au travail, coordonné en 2011 par Michel Gollac et Marceline Bodier à la demande du Ministère du Travail et à la suite du rapport Nasse-Légeron, regroupe les facteurs de risque de burnout en six pôles :

- Les exigences du travail : intensité, rythme, horaires, complexité, mais aussi interruptions incessantes, instructions contradictoires et objectifs irréalistes ou imprécis,

- Les exigences émotionnelles, comme la nécessité de maîtriser, dissimuler ou falsifier ses émotions, par exemple au contact du public, voire de la souffrance ou de la mort,
- Le manque d'autonomie : insuffisance des marges de manœuvre, absence de participation aux décisions, absence d'utilisation ou de développement des compétences,
- Le manque de soutien social : mauvaise qualité des rapports entre collègues ou avec l'organisation, mais également soucis de justice organisationnelle, de rémunération, de perspectives de carrière ou de procédures d'évaluation,
- Les conflits de valeurs, c'est-à-dire une situation d'incompatibilité entre l'objectif, les effets ou les méthodes de travail, et les convictions du travailleur,
- Enfin, l'insécurité de l'emploi : peur du licenciement, d'une baisse de revenus ou d'un déclassement, craintes pour l'avenir du métier ou l'évolution des conditions de travail.

Pour Michel Delbrouck, médecin, psychothérapeute et directeur de l'Institut de Formation et de Thérapie pour Soignants (Belgique), et auteur en 2011 également, de l'ouvrage « Comment traiter le Burnout » (66), il est nécessaire de séparer :

- Les facteurs « internes », liés à l'activité professionnelle : volumes et exigences de travail, rythme, pénibilité, aspects psychologiques vécus au travail, manque de reconnaissance et de soutien, facteurs organisationnels et relationnels, environnement professionnel,
- Des facteurs « externes », liés à l'environnement familial et social : conflits, soucis financiers ou médicaux, absence de soutien par une croyance.

B. Facteurs protecteurs

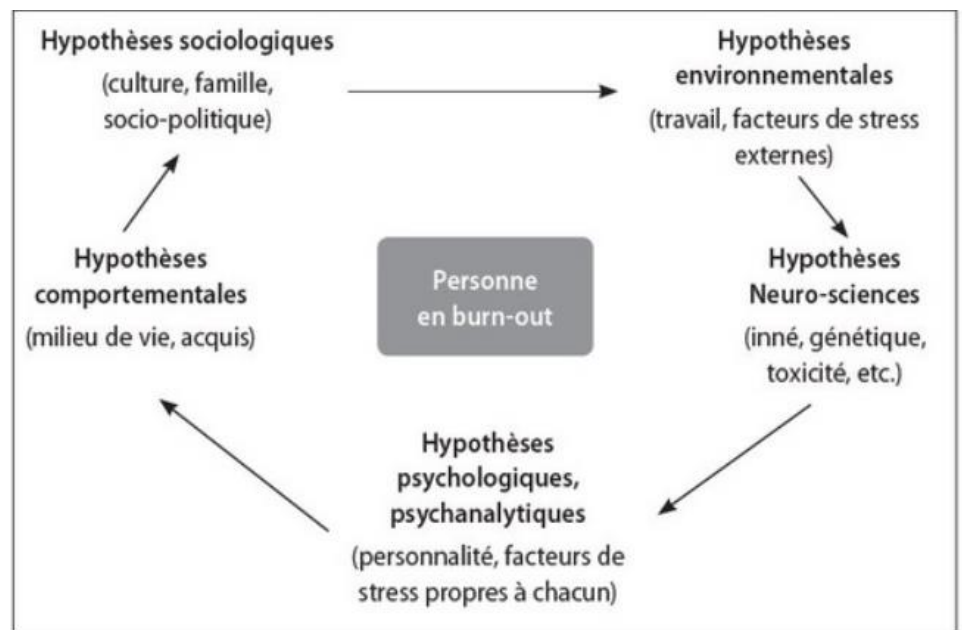
En parallèle ou plutôt en miroir, différents travaux ont voulu mettre en avant des facteurs protecteurs. Ils évoquent les besoins du travailleur, qui s'ils trouvent une réponse positive, peuvent permettre de faire reculer le risque de burnout. Dans un article de 2016, Gillet et al s'appliquent à décrire les « Effets du soutien organisationnel perçu et des caractéristiques de l'emploi sur l'anxiété au travail et l'épuisement professionnel » ; le sous-titre précisant : « le rôle médiateur de la satisfaction des besoins psychologiques ». Ces besoins fondamentaux, au nombre de trois, sont l'autonomie, la compétence, et l'affiliation dans la relation. Les résultats de leur étude menée sur plus de 450 salariés de différents secteurs, révèlent que le soutien organisationnel perçu, défini comme la « perception de l'employé quant au fait que son organisation valorise ses contributions et se soucie de son bien-

être » est positivement relié à la satisfaction des besoins psychologiques, et que cette satisfaction entraîne une diminution des risques d'anxiété au travail et d'épuisement professionnel.

Cette étude ainsi que de nombreuses autres, a pour base théorique un modèle d'étude de la motivation : la théorie de l'autodétermination. Proposée (68) puis développée (69) par Deci et Ryan à partir de 1985, celle-ci explique que l'individu cherche, malgré ou grâce à son environnement (professionnel, entre autres), à répondre à ses besoins d'autonomie, de compétence et d'affiliation. La réponse à ces besoins, serait sous-tendue par la justice organisationnelle, le soutien social, la charge de travail et la charge émotionnelle, mais également par des facteurs internes tels que la résilience.

C. Proposition de modèles

Delbrouck propose dans « Comment traiter le Burnout » (66) un modèle bio-psycho-social qualifié de circulaire, qui relie les différentes hypothèses ou « strates » étiologiques du burnout dans un souci holistique. Il est illustré par le schéma ci-contre :

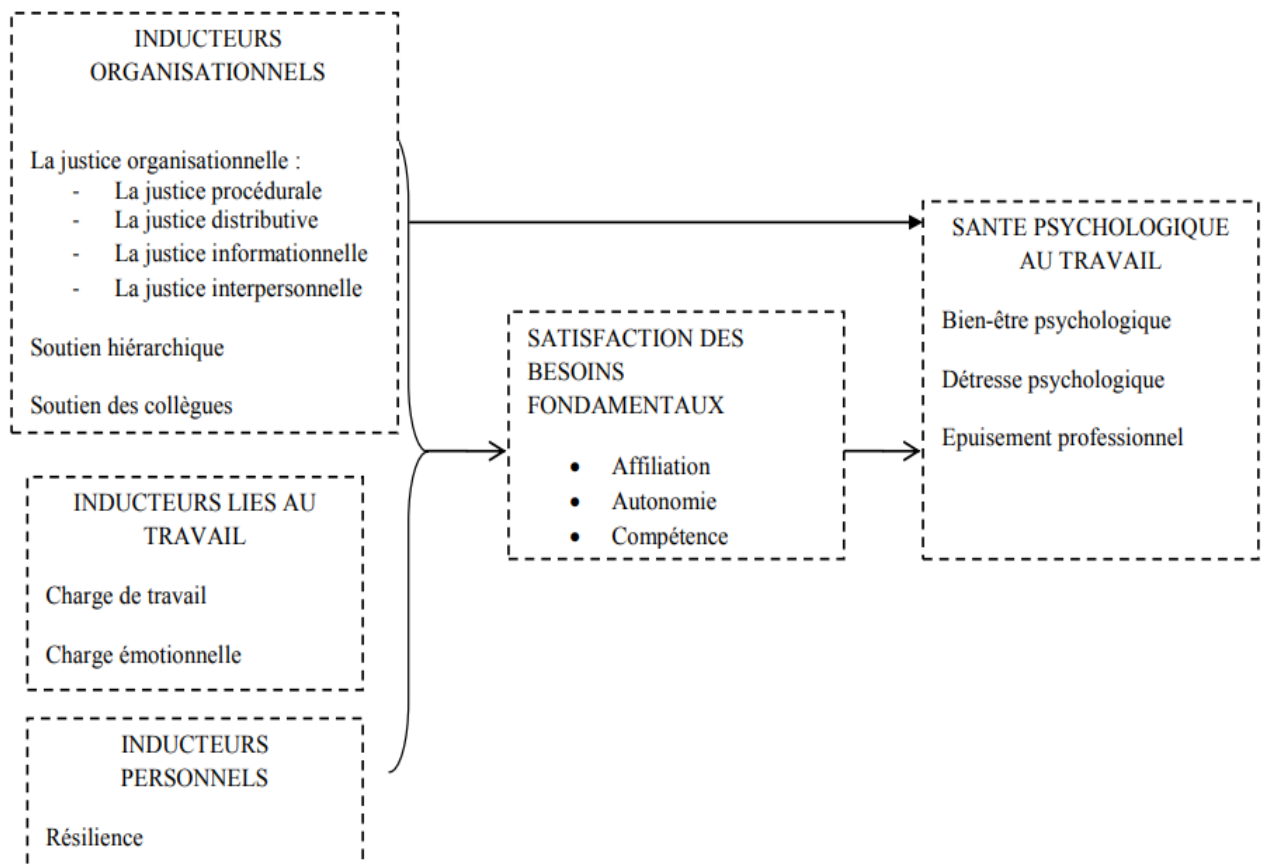


Pour Jean-Yves Nau, médecin et journaliste en charge de la rubrique

Médecine du journal le Monde, il existe deux angles de vue (8) : le modèle « classique » est celui du stress au travail, que l'on peut rapprocher de la vision d'A. Bussing dans une proposition de 2000 (70), « Four-Stage Process Model Of The Core Factors Of Burnout : The Role Of Work Stressors And Work-Related Resources ». Son modèle comporte quatre étapes successives : une première étape où les facteurs de stress sont présents mais le travailleur encore indemne, suivie d'une étape de stress au travail, puis d'épuisement émotionnel et enfin de dépersonnalisation. L'autre modèle étudié est celui d'un « contrat psychologique » entre le travailleur et son employeur, dont la violation (même

inconsciente) serait à l'origine du burnout. Nau réunit ces deux hypothèses sous le qualificatif de « rencontre d'un individu avec un environnement de travail dégradé ».

Dans la lignée de la théorie de Deci et Ryan et reprenant les trois piliers que sont l'autonomie, la compétence et l'affiliation, Savoie et Brunet proposent (71) en 2007 un modèle dit « prévisionnel » de santé psychologique au travail, présenté ci-dessous :



Sont ici listés trois groupes d'inducteurs, séparés entre organisationnels (au plan relationnel), liés au travail, et, à part, le facteur individuel par excellence qu'est la résilience (capacité d'adaptation). Selon ce modèle, ce sont ces trois principaux groupes de facteurs, directement ou via leur influence sur les trois besoins « fondamentaux », qui sous-tendent la santé psychologique du travailleur.

D. Personnalités à risque

Selon le sociologue P. Zawieja, spécialisé en sciences et génie des activités à risque et auteur en 2015 de l'ouvrage « Le Burn Out » (72), les personnalités de type A seraient plus à risque de développer une symptomatologie de burnout. Cette hypothèse a pour origine les travaux de Wilmar Schaufeli et

de Dirk Enzmann, rapportés dans « The Burnout Companion to Study and Practice » (73) : ils présentent le comportement de type A comme celui des individus compétitifs, attirés par un mode de vie dense et montrant un besoin excessif de contrôle, et leur attribuent un plus grand risque de développer un burnout. Ces auteurs développent également le concept de locus de contrôle, opposant le locus externe, dans lequel la personne attribue les événements à la chance ou à des individus plus puissants, et le locus interne, caractéristique d'un individu qui considère l'impact de ses capacités, de ses efforts et de sa volonté. Un locus de contrôle externe serait associé à une augmentation du risque de burnout, comme le démontre une étude menée auprès d'infirmières indiennes (74).

Pour J.Y. Nau (8), il existe également des « profils » à risque : il cite les personnes sensibles au stress, celles à tendance perfectionniste et addictogène. Il mentionne le terme *workaholisme*, littéralement « addiction au travail », qui qualifie un individu ayant une relation pathologique au travail se traduisant par un surinvestissement majeur.

II.3.2. Physiopathologie

Plusieurs théories physiopathologiques ont vu le jour depuis les débuts de l'étude du phénomène de burnout. Elles ont pour point commun de le considérer comme une forme de stress chronique, et les hypothèses sont donc orientées sur la physiopathologie de ce processus.

A. *Axe hypothalamo-hypophysaire*

Le stress aigu, aussi appelé « eustress », voire stress « positif », est la réponse primaire et instinctive à une agression (75, 76). On parle de réflexe primitif, qui a pour but la préservation de l'individu. Il met en jeu le système adrénérique, une branche du système nerveux autonome responsable de la sécrétion de catécholamines - dont l'adrénaline et la noradrénaline - via la médullaire surrénalienne.

A contrario, les études menées sur le stress dit chronique (77, 78) tendent plutôt à impliquer le système hypothalamo-hypophysaire, dans lequel la stimulation de l'hypothalamus entraîne la sécrétion de *corticotrophin releasing hormon* (CRH) dans le système veineux de la tige pituitaire, qui entraîne elle-même la sécrétion d'*adrenocorticotropic hormon* (ACTH) par l'hypophyse dans la circulation générale, l'ACTH étant activatrice du cortex surrénalien, lui-même producteur de glucocorticoïdes. Le postulat du stress chronique serait alors celui d'une « fatigue surrénalienne » engendrée

par la trop fréquente stimulation du cortex producteur de corticoïdes. En effet, si une concentration physiologique de catécholamines et de glucocorticoïdes est responsable de l'inhibition de la sécrétion d'interleukines pro-inflammatoires (interféron gamma, interleukine 2, TNF alpha) et de l'augmentation de libération des interleukines anti-inflammatoires (IL-4, IL-10, IL-13) ; en cas de diminution de cette concentration, les corticoïdes deviennent « permissifs » voire pro-inflammatoires. On a donc le postulat d'un état d'inflammation chronique engendré par la trop grande fréquence d'un état physiologique de stress.

L'association entre burnout et modifications de l'axe hypothalamo-hypophysaire a donné lieu à plusieurs travaux. En 2007, Sonneschein et al (79) dosent le cortisol salivaire de patients auxquels ils demandent de tenir en parallèle un journal de symptômes ; leurs travaux montrent une association significative entre la sévérité des symptômes, et d'une part une augmentation des niveaux de DHEA (déhydroépiandrostérone, hormone participant à la synthèse de la testostérone et de l'oestrogène), d'autre part une diminution de la CAR (*cortisol awakening response*, dosage du cortisol au réveil) ; ils concluent ainsi à une dysfonction de l'axe hypothalamo-hypophysaire, a priori proportionnelle à la sévérité des symptômes. En 2008, Bellingrath et al (80) précisent cette hypothèse en analysant chez des professeurs des niveaux de cortisol basal, puis après test de suppression à la dexaméthasone ; ils ne démontrent pas d'association avec le cortisol basal, mais une réponse plus importante au test de suppression à la dexaméthasone, pointant vers une altération de la fonction de *feedback* négatif de l'axe hypothalamo-hypophysaire.

B. Risque cardiovasculaire et inflammation

On trouve ailleurs dans la littérature, des recherches ayant pour hypothèse la démonstration d'une association entre épuisement professionnel et augmentation du risque cardiovasculaire. Afin d'expliquer cette association, plusieurs études menées dans les années 2000 ont cherché à systématiser, chez des patients ayant un diagnostic de burnout basé sur l'un des questionnaires décrits plus bas (SMBM le plus souvent, cf. II.3.4), une modification physiologique touchant l'inflammation. En effet, ils postulent d'une augmentation du risque cardiovasculaire due à des mécanismes micro-inflammatoires. Les résultats sont assez cohérents : augmentation significative des niveaux de CRP (protéine C-réactive, marqueur majeur de l'inflammation) et de fibrinogène chez les femmes en burnout (81),

élévation de TNF alpha et du ratio TNF alpha/IL-4 et diminution des niveaux d'IL-4 circulant (82), élévation significative des niveaux de TNF alpha et d'HbA1c (marqueur du diabète) (83).

C. Neurogenèse

Une autre hypothèse, soulevée dès 2004 par Eriksson et al (84), postule que le burnout a pour origine un blocage de la neurogenèse (phénomène de plasticité cérébrale, consistant dans la formation de nouveaux neurones par le cerveau adulte) notamment dans une région particulière de l'hippocampe (zone du cerveau notamment impliquée dans les processus mnésiques), le gyrus denté. Ils s'appuient sur des études ayant prouvé l'implication des antidépresseurs dans la réactivation de la neurogenèse, alors que le processus avait été bloqué par un stress chronique. Cette étude basée sur des résultats vétérinaires, n'a cependant pas été reconduite chez l'homme.

Dans la même lignée, en 2008, Onen Sertoz et al (85) étudient également le lien entre burnout et axe hypothalamo-hypophysaire, cette fois-ci en dosant de manière parallèle le BDNF (*brain-derived neurotrophic factor*) chez des patients diagnostiqués selon les critères de la CIM 10 (neurasthénie). Le choix du BDNF est en soutien de la thèse selon laquelle le stress chronique diminuerait la neurogenèse, toujours dans la région hippocampique. Leurs travaux ne montrent pas de différence significative concernant le fonctionnement hypothalamo-hypophysaire, mais une diminution significative du BDNF par rapport au groupe contrôle.

II.3.3. Symptomatologie

Après avoir abordé les origines de la théorisation du burnout et son étiopathogénie, il convient de nous pencher sur le cœur de ce travail : la présentation clinique du burnout, ou symptomatologie. Le tableau clinique étant très protéiforme, nous allons nous attacher dans ce chapitre à exposer les différentes grilles de lectures des symptômes. Ce seront, tout d'abord les trois dimensions décrites par Maslach et Jackson (41) puis des familles de symptômes, à la manière des auteurs de « Comment traiter le burnout » (66) et de l'Outil de détection précoce du Burnout (86) développé par le Service Public Fédéral belge (médecins et chercheurs des universités de Liège et Gant, 2015). C'est également l'approche de nombreuses études, dont Bibeau et al. (87) ou Kahill (88).

A. Dimensions de Maslach

Les travaux de Christina Maslach et Susan Jackson, pionnières de la recherche sur le burnout, basés sur plusieurs années d'observations cliniques, les ont amenées à individualiser trois axes, dont la présence et l'intensité peuvent varier d'un patient à l'autre et chez un même patient dans le temps.

(a) Épuisement émotionnel

Le premier grand symptôme est une sensation d'épuisement plus ou moins complet des ressources émotionnelles, décrit par le patient comme un sentiment de vide, et responsable d'une fatigue majeure autant sur le plan physique que psychique. Le manque d'énergie ressenti le rend incapable d'effectuer ses tâches habituelles, et entraîne ainsi une tension et une frustration qui ont un impact délétère sur la motivation.

(b) Déshumanisation

Particulièrement décrit à l'origine dans les professions de soin et de l'enseignement, puis progressivement étendu à la plupart des activités, puisque beaucoup impliquent le contact humain (patients, élèves, mais aussi clients, collègues), le deuxième symptôme phare est un ressenti de dégradation des capacités de relation, de perte d'empathie. Le travailleur, épuisé émotionnellement, met peu à peu à distance ses interlocuteurs, il explique ne plus réussir à se mettre à leur place, ne plus chercher à les comprendre ; on observe des attitudes d'indifférence, d'objectivation (un patient est assimilé à sa maladie, le client devient un numéro), parfois jusqu'au cynisme.

(c) Diminution de l'accomplissement personnel

Le troisième et dernier symptôme de ce triptyque est souvent présenté comme résultant de la situation clinique installée par les deux premiers, même si la description initiale de Maslach et Jackson ne considère pas de chronologie. Il consiste en une perte des idéaux professionnels, entraînant une diminution de l'accomplissement du patient dans son travail, et donc de son épanouissement. En effet, pour les deux psychologues, l'accomplissement a un rôle de « soupape de sécurité » qui maintient l'équilibre personnel malgré l'épuisement et la dépersonnalisation. Il est relié aux valeurs que le travailleur cherche à atteindre via son activité, et sa diminution est synonyme de perte de sens.

B. Familles de symptômes

Il est également possible de séparer les manifestations du burnout selon le champ diagnostique mis en cause, dans une approche plus « classique » au plan médical.

(a) Symptômes physiques

Une première famille est constituée des symptômes physiques, que les patients présentent avec une intensité différente, et qui sont ainsi plus ou moins au premier plan du tableau clinique. Ces symptômes ont en commun d'être peu spécifiques. Par argument de fréquence, on peut retrouver une fatigue générale ou asthénie, une anorexie ou au contraire une hyperphagie, des troubles du sommeil, des douleurs musculosquelettiques (cervicalgies, lombalgies, douleurs tendineuses, crampes), des céphalées, des vertiges et des troubles gastro-intestinaux (épigastralgies, météorisme, troubles du transit).

Les examens complémentaires effectués dans un souci diagnostique s'avèrent normaux en l'absence de comorbidités. Leur prescription est cependant recommandée au moindre doute, et en particulier s'ils persistent malgré une amélioration des symptômes psychiques ; ceci, d'une part parce que le burnout est un diagnostic d'élimination, mais parfois aussi dans l'idée de rassurer le patient quant à la bénignité de ses symptômes, et ainsi de l'aider progressivement à accepter l'origine non organique de ces troubles.

(b) Symptômes psychiques

Il s'agit tout d'abord des troubles émotionnels, qui peuvent être assez proches de ceux décrits dans un authentique syndrome du spectre anxieux ou dans un syndrome dépressif. Ce sont l'anxiété sous ses différents aspects cliniques (angoisses, somatisations, phobies), l'irritabilité (particulièrement rapportée par les proches), l'hypersensibilité ou au contraire une anesthésie affective ; enfin et de manière quasi-constante - en particulier lorsqu'est atteint l'extrême du processus - un épuisement émotionnel qui découle de la répétition de ces symptômes : « je n'en peux plus », « je suis vidé », « je n'ai plus rien à donner ». Peuvent être associés dans un second temps, quand la souffrance au travail perdure, une tristesse de l'humeur, une perte d'envie ou d'entrain ; le patient a tendance à mettre en

doute ses compétences professionnelles, à se dévaloriser. Au sujet des troubles de l'humeur manifestés sur un versant dépressif, il est rappelé la nécessité absolue de rechercher à l'interrogatoire la présence d'idées noires voire d'idées suicidaires chez ces patients à risque.

Toujours sur le plan psychique, le volet clinique suivant est constitué des symptômes d'ordre motivationnel, également qualifiés d'attitudinaux ; en effet on remarque, en lien avec l'épuisement émotionnel, un désengagement progressif associé à la baisse de motivation, dans un contexte d'effritement des valeurs associées au travail.

Comme dans la plupart des pathologies du psychisme, le burnout a des conséquences sur le plan cognitif, à moyen ou long terme. Il arrive ainsi fréquemment que les patients se plaignent de troubles mnésiques, attentionnels ou des difficultés de concentration. Ces symptômes ont une tendance aggravante sur le tableau général, puisqu'ils rendent lent et pénible l'accomplissement des tâches, et génèrent de l'anxiété. Ils sont cependant régressifs dans la grande majorité des cas.

(c) Symptômes comportementaux

On trouve enfin les symptômes comportementaux, qui ont une incidence sur le lien à l'autre : ce sont les manifestations sociales du burnout. Sont ainsi décrits un repli sur soi ou isolement social, des conduites d'évitement découlant de l'anxiété et des phobies (évitement de certains lieux, personnes ou tâches), une diminution de l'empathie (en particulier dans les métiers de relation), l'apparition de ressentiment voire d'hostilité, notamment à l'égard des supérieurs ou collaborateurs, et jusqu'à des comportements agressifs en résultant.

La Haute Autorité de Santé (HAS) conseille (89) de rechercher chez les patients concernés l'apparition ou l'aggravation de conduites addictives : augmentation du tabagisme, abus d'alcool et ses conséquences, utilisation de toxiques pour compenser la perte d'énergie et d'efficacité ou pour combattre le mal-être.

C. Approches récentes

Ayant abordé ces approches diagnostiques traditionnelles, nous allons nous attarder sur quelques propositions plus récentes.

(a) Phases de Burisch

Dans un ouvrage de 2014 (90), le psychologue allemand Matthias Burisch décompose le burnout à la manière d'un processus, et dépeint chronologiquement l'apparition des symptômes. On remarquera que ceux-ci sont similaires à ceux décrits précédemment, l'innovation consiste donc dans cette hypothèse de déroulement « type ».

- La phase des signes avant-coureurs : cette première étape découle d'un engagement excessif dans l'activité professionnelle. On voit apparaître les premiers signes somatiques, troubles du sommeil, céphalées.
- La phase de réduction de l'engagement : le patient réagit à ces premiers symptômes par une mise en retrait, un évitement. Il peut devenir négatif, égoïste, se « couper du monde ».
- La phase de réaction émotionnelle : de cet enchainement découle un sentiment d'infériorité, un pessimisme, qui entraîne lui-même des difficultés de communication par le biais d'un rejet de la critique (intolérance à la remise en cause).
- La phase de baisse des capacités cognitives : cette phase médiane est celle des symptômes cognitifs, dans un contexte de chute de motivation, avec des difficultés mnésiques et de concentration, déclin de la créativité et des capacités d'adaptation, perte de flexibilité.
- La phase de déclin de la vie émotionnelle et sociale : s'installent ensuite des signes d'ordre émotionnel, indifférence, anesthésie affective ; c'est aussi le stade où apparaissent les attitudes d'évitement.
- La phase de réactions psychosomatiques : Burisch n'aborde qu'à partir de ce stade les symptômes qu'il qualifie de psychosomatiques, douleurs musculaires et articulaires dont des lombalgies, troubles du sommeil etc. Il décrit aussi une fatigue, particulière car elle est accompagnée d'une sensation d'impossibilité de se ressourcer, même après une longue période de repos.
- La phase de dépression ou désespoir : enfin, la phase ultime est caractérisée par un sentiment d'inutilité, une crainte du futur. A ce stade, on se retrouve face à un individu désespéré, présentant des tendances suicidaires et un réel risque de passage à l'acte.

(b) Approche chronologique

Dans la Revue Médicale de Liège, un article (16) abordant l'identification du Syndrome de Fatigue Professionnelle (2017) par le médecin généraliste expose le même type d'approche chronologique, avec l'apparition progressive de signes de gravité. Les auteurs décrivent trois paliers :

- Une étape de fatigue irrécupérable avec des troubles du sommeil mais également des douleurs et divers troubles somatiques,
- Puis l'installation d'une attitude cynique dans un contexte d'agressivité et de pessimisme, de disparition de l'empathie, d'hypersensibilité, on y retrouve également des troubles de l'humeur et l'expression d'un sentiment de culpabilité,
- Enfin un stade ultime où le patient « craque », perd toute volonté, dans un désengagement psychologique complet ; c'est encore à ce dernier niveau, qu'est décrit le risque suicidaire.

(c) Pôles de Zawieja

Nous terminerons ces propositions par celle du sociologue Philippe Zawieja, présentée dans un article de 2017 (91) intitulé « Le burnout, mal du siècle ». Il regroupe en six pôles les « manifestations » retrouvées (on remarquera le terme moins médical), et affirme en avoir dénombré plus de cent trente. Leur apparition chronologique ou simultanée n'est pas clairement identifiée mais parfois sous-tendue par les formulations.

- Le premier pôle est celui de la frénésie ou hyperactivité, on y retrouve le sentiment d'être indispensable et invulnérable, et la recherche d'heures supplémentaires ; le résultat en est l'épuisement physique et émotionnel.
- Se dessine un désinvestissement social avec évitement, appauvrissement des relations (qui, de soins ou d'aide, deviennent contrôle ou surveillance), enfermement dans des stéréotypes, perte de la capacité d'écoute, sentiment de ras-le-bol et désillusion menant au cynisme.
- Apparaît la détresse psychologique, à teinte anxiodépressive (culpabilité, sentiment de vide, instabilité émotionnelle, angoisse, désespoir) et agressive (irritabilité, ressentiment).
- Le patient entre en « pétrification cognitive » selon le terme de Zawieja : c'est le stade des troubles mnésiques, attentionnels et de concentration, mais également des difficultés

d'organisation, de motivation et de décision, ainsi que de la perte d'humour et de fantaisie ; le patient développe une certaine rigidité, une résistance au changement.

- Le cinquième pôle, celui de l'appauvrissement émotionnel, social et spirituel, voit s'étendre la symptomatologie à l'ensemble des pans de la vie de l'individu, jusqu'à l'atteinte des liens amicaux, une crise spirituelle, une remise en question des valeurs.
- Il décrit enfin les symptômes d'ordre physique, qu'il qualifie aussi de psychosomatiques : troubles du sommeil, douleurs thoraciques, lombaires, musculaires ou digestives avec des nausées, modifications de poids, troubles immunitaires et cutanés...

S'il fallait résumer en un tableau clinique « type », l'équipe de Clément Duret (4) propose cette description : les symptômes les plus nombreux en fréquence sont l'irritabilité, les troubles du sommeil, une aboulie et une anhédonie parfois uniquement centrée sur l'activité professionnelle ; s'y ajoutent des conduites d'évitement (lieux ou situations) ou des angoisses anticipatoires (le lundi ou au retour de congés), des ruminations anxieuses voire des signes physiques d'angoisse (palpitations, dyspnée, douleurs abdominales) déclenchés à l'approche du lieu de travail, à l'ouverture de la messagerie électronique etc.. Cette équipe note une fréquence majeure de déni ou de minimisation des symptômes, source de retard diagnostique et d'aggravation de l'épuisement.

II.3.4. Outils diagnostiques

Depuis la découverte du concept de burnout, plusieurs équipes de scientifiques ont proposé tour à tour des outils permettant d'assister le médecin dans son diagnostic.

A. Outils historiques

(a) Questionnaire de Karasek

Robert Karasek était professeur de psychosociologie à l'université du Massachusetts (Etats-Unis). Il édita en 1985 dans la lignée de ses travaux avec Theorell (92), le Job Content Questionnaire (JCQ) visant à déterminer la « contrainte mentale » au travail (93), afin d'appréhender plus concrètement la situation de travail d'un patient. Il s'appuie sur les sources de contraintes retrouvées dans la littérature (cf. II.3.1). Ces notions ne pouvant être déterminées de manière externe puisqu'elles sont en partie subjectives, Karasek a développé un auto-questionnaire composé de 29 questions.

Le patient répond aux affirmations grâce à une échelle dite de Likert à quatre degrés : « fortement en désaccord », « en désaccord », « d'accord » et « tout à fait d'accord » ; certaines phrases sont tournées positivement, d'autres négativement, nécessitant une inversion des réponses pour l'analyse, qui permet d'explorer trois dimensions complémentaires : la latitude décisionnelle de l'individu, l'exigence mentale liée à sa profession et le support social reçu ; la troisième dimension ayant été ajoutée dans un second temps, on parle de modèle bi- ou tridimensionnel selon la version. Nous devons les versions francophones à de travaux québécois (Brisson) et belges (Hellemans).

(b) Questionnaire de Siegrist

Johannes Siegrist, sociologue suisse, propose en 1996 un questionnaire (94), cousin de celui de Karasek et fruit d'un modèle qui prend également en compte la personnalité du patient afin d'établir un état de lieux de la situation de travail. Son travail impliquant l'équilibre ou le déséquilibre entre les efforts réalisés et les récompenses attendues, on parle de modèle effort/récompense. Les efforts sont répartis en deux catégories : les efforts extrinsèques, contenant les contraintes de temps, d'interruptions, de responsabilités, d'heures supplémentaires et la charge physique ; et les efforts intrinsèques constitués du besoin d'approbation, de la compétitivité, de l'impatience ou de l'irritabilité, et de l'incapacité à s'éloigner du travail. Les récompenses sont également de plusieurs ordres : monétaire, estime (respect, soutien) et liées au statut (perspectives de promotions, changement de situation de travail ou au contraire insécurité, inadéquation).

B. Principaux outils

(a) Maslach Burnout Inventory

Edité en 1981 par les psychologues Maslach et Jackson (41), le MBI est le questionnaire historique de diagnostic du burnout. Il existe sous trois formats, le premier issu des travaux originaux étant destiné aux professionnels du soin (MBI-HSS ou Human Services Survey), le second aux enseignants (MBI-ES ou Educators Survey) et enfin une troisième version en 1996 pour la population générale (MBI-GS ou General Survey). Il a été validé en langue française par les québécois Dion et Tessier (1994) puis en France par les travaux de Girault (1989), Roland (1993) et Pezet-Langevin (1997).

C'est un auto-questionnaire constitué de 22 propositions, auxquelles le patient répond en indiquant la fréquence à laquelle il ressent l'émotion décrite dans la phrase, parmi sept degrés de fréquence

dont la plus faible est « jamais » et la plus élevée « chaque jour ». Les résultats se décomposent en trois parties, le patient obtenant un score d'épuisement professionnel (SEP) considéré comme faible si inférieur à 17 et élevé au-delà de 30, entre 18 et 29 il est modéré ; un score de dépersonnalisation, faible en dessous de 5 et élevé au-dessus de 12 ; et enfin un score d'accomplissement personnel. Pour cette dernière catégorie, le calcul du score est inversé par rapport aux autres, puisque les propositions sont tournées en positif, par exemple « j'ai l'impression, à travers mon travail, d'avoir une influence positive sur les gens », alors que pour la dépersonnalisation on lit des propositions telles que « je suis devenu plus insensible aux gens depuis que j'ai ce travail ». On parle de score faible en dessous de 33, modéré entre 34 et 39 et élevé (positif) pour un résultat supérieur à 40.

(b) Oldenburg Burnout Inventory

Développé en 2003 par Demerouti et Bakker (95) aux Pays-Bas, cette alternative au MBI a été proposée à la suite de recherches qui les ont amenés à considérer comme incontournables, deux dimensions seulement sur les trois proposées par Maslach et Jackson : il s'agit de l'épuisement et du désengagement vis-à-vis du travail. L'épuisement est ici appréhendé dans ses aspects à la fois physique, émotionnel et intellectuel ; le désengagement est décrit comme une distanciation vis-à-vis du travail dans son ensemble, concept proche de la dépersonnalisation (distanciation par rapport aux individus) mais aussi du cynisme (ici, perte d'intérêt pour le travail). Des études de validité interne et externe ont prouvé la solidité de ce test, composé de 16 propositions et fonctionnant par une échelle de Likert à 4 niveaux ; il comporte également des propositions inversées et le calcul final demande donc des ajustements.

(c) Burnout Measure Short version

Cette échelle proposée par Maslach et Pines (96) en 2005 a été validée en France (après traduction et évaluation) par les travaux de Lourel, Gueguen et Mouda (2007). C'est une version adaptée du Burnout Measure (BM), outil de mesure unidimensionnel à 21 items, édité (97) par Pines et Aronson en 1981 ; la version courte est cependant beaucoup plus utilisée que la version originale. Elle consiste également en un auto-questionnaire, et comprend 10 items volontairement courts : en langue anglaise, il ne s'agit en général que d'un mot ou d'une expression, ce qu'ont essayé de reproduire les chercheurs qui l'ont adapté en français. Le patient considère donc les propositions et remplit la grille en indiquant la fréquence à laquelle il a expérimenté l'émotion décrite, sur une échelle de Likert

composée de sept stades. Le calcul du score se fait par addition puis division par le nombre d'items, et les stades de gravité associés au résultat sont au nombre de cinq : « pas de burnout », « à risque de burnout », « burnout », « burnout grave » et « burnout majeur ». Le patient obtient donc, contrairement au MBI, un score unique.

(d) Copenhague Burnout Inventory

Le Copenhague Burnout Inventory ou CBI, a été développé en 2005 en Suède par Kristensen et al (98) au regard de certaines limites présentées par le MBI, à commencer par le quasi-monopole de son utilisation dans les études empiriques (plus de 90% selon Schaufeli et Enzmann, 1998). D'autre part, la plupart des items contenus dans la première version du MBI s'adressent majoritairement aux professionnels du soins, ce qui restreindrait la pathologie à ces seules professions, de manière circulaire par l'utilisation essentielle du MBI. Enfin, ils considèrent comme aberrant que le concept de burnout soit à la fois défini comme l'occurrence simultanée d'un score élevé aux trois dimensions du MBI, mais que celles-ci doivent être mesurées séparément ; et ajoutent qu'il n'a pas été écarté que ces dimensions puissent être précurseurs ou conséquences les unes des autres, ce qui complexifie encore les relations entre les scores obtenus et le diagnostic.

Ils ont donc créé et testé un questionnaire structuré en trois parties, le burnout correspondant au degré d'épuisement physique et psychologique ressenti : la première (6 items) mesure le burnout personnel, la seconde (7 items) le burnout lié au travail, et la dernière (6 items) le burnout lié à la relation d'aide. Ces trois parties sont indépendantes et les réponses sont mesurées sur une échelle de Likert à cinq niveaux. Le point central étudié dans ces propositions est l'épuisement, « noyau » du burnout pour ses auteurs. Une version française partielle a été éditée par Doppia et al (99) dans leur étude de 2011 sur l'épuisement professionnel en anesthésie-réanimation.

(e) Shirom-Melamed Burnout Measure

Créée par les psychologues israéliens Shirom et Melamed (100) en 2006, cet instrument de mesure repose sur la théorie de préservation des ressources de Hobfoll (cf. II.3.1). Il s'organise autour des trois dimensions qui constituent l'individu, par la mesure de la fatigue physique, de l'épuisement émotionnel et de la lassitude cognitive ; ainsi les principaux symptômes sont étudiés sans intégrer de dimensions pouvant être considérées comme relevant d'une stratégie de *coping* (adaptation),

comme la dépersonnalisation, analysent Sassi et Neveu (101), responsables de la traduction française de cet outil. En pratique, le SMBM est un auto-questionnaire comportant 14 propositions évaluées sur une échelle de fréquence de Likert graduée de 1 à 7 ; six items se rapportent à la fatigue physique, trois à l'épuisement émotionnel et cinq à la lassitude cognitive.

C. Remise en question des outils

La première grande critique émise à l'encontre des différents outils présentés ci-dessus est la suivante : ce sont en majorité des auto-questionnaires, soumis à la reconnaissance par le patient de ses propres symptômes, soulevant la problématique du déni. On retrouve cette critique en 2019 dans l'étude « Spécification Incrémentale d'un Système d'Aide au Diagnostic De l'Épuisement Professionnel » (102), qui mentionne également la barrière culturelle comme faisant souvent obstacle à l'obtention d'un score valide, malgré les efforts de traduction.

Le MBI en particulier a fait l'objet de plusieurs études, et les mêmes critiques reviennent. En premier lieu, comme le rappellent Schmid et al (6) dans leur article de 2021, ce questionnaire, bien que de bonne qualité sur le plan psychométrique, a été édité au moment de la définition des items du burnout et ne reposerait pas sur un modèle théorique solide. Ils considèrent également que les formulations différentes d'une dimension à l'autre (plutôt négatives pour l'épuisement et la dépersonnalisation, positives pour l'accomplissement personnel) sont un biais lors de la lecture et impactent les réponses. De plus, le calcul du score s'effectue séparément pour chaque item et il est incorrect de donner au patient un score global, ce qui est en pratique recherché par les professionnels. Les auteurs sont rejoints sur ce point par ceux du rapport (9) rendu en 2017 à la Commission des Affaires Sociales de l'Assemblée Nationale, qui rappelaient qu'il n'était pas pertinent d'additionner les trois scores, et questionnaient le conditionnement du diagnostic à l'obtention de trois scores significatifs. En effet, plusieurs travaux auraient fait état d'une moindre validité du dernier item en tant qu'axe clé du diagnostic. Les chercheurs eux-mêmes, à l'origine de ces outils, ont publié des réévaluations, participé à l'élaboration de nouveaux outils et remis en cause la vision de départ impliquant trois dimensions de même niveau d'importance. Ils émettent l'hypothèse d'une solution plutôt unidimensionnelle, arguant que la manifestation clinique majeure du burnout, qu'ils qualifient de « noyau dur »,

serait l'épuisement. Cette vision uniciste est partagée dans l'article de Schmid, qui promeut l'utilisation du SMBM en argumentant que ce questionnaire relie mieux les différentes dimensions jusqu'à leur donner la forme d'une entité unique, ceci en se concentrant sur des états, et en évitant l'implémentation des stratégies d'adaptation de l'individu.

D. Outils secondaires

Un grand nombre d'autres outils a vu le jour au fur et à mesure des différents travaux sur la qualité de vie au travail et le burnout. Nous en ferons une simple liste chronologique, car comparativement aux échelles présentées ci-dessus, leur utilisation reste limitée.

(a) Spécifiques au burnout

Burnout Questionary de Freudenberger et Richelson (1980)

Individual Burnout Symptomatic Questionary d'Appelbaum (1980)

Staff Burnout Scale de Jones (1980)

EmenerLuck Burnout Scale d'Emener, Luck et Gohs (1982)

Job Burnout Inventory de Ford, Murphy et Edwards (1983)

Meier Burnout Assessment de Meier (1984)

Spanish Burnout Inventory (SBI, 2011)

Cherniss Burnout Measure de Burke et Deszca (1986)

Teacher Burnout Scale de Seidman et Zager (1986-1987)

(b) Autres outils

Tedium Measure de Pines et Aronson (1981)

Energy Depletion Index de Garden (1985)

MSP : mesure de l'état personnel de stress, Tessier (1990)

Questionnaire de l'état de santé de Goldberg (GHQ, 1978), version française 1991-1992

WOCCQ (contrôle de la situation au travail) et échelle d'évaluation du stress perçu PNOSI (1996)

OSI : Occupational Stress Indicator, Cooper (1995) validation France par Steiler (2005-2009)

Brief Symptom Inventory, Derogatis (1994)

Brief COPE Carver (1997) validée en France par Muller (2003)

Coping checklist WCC, Folkman et Lazarus (1985) validée en France en 1998

II.3.5. Diagnostics différentiels

A. Un diagnostic d'élimination

A l'instar de nombreux troubles psychiques, le burnout doit être considéré lors de sa découverte comme un diagnostic d'élimination, d'une part en l'absence d'exams diagnostiques suffisamment fiables, mais aussi et surtout afin de ne pas méconnaître une autre pathologie pouvant nécessiter une prise en charge urgente ou spécialisée. Clumeck et al (16), auteurs de la première partie de l'article « Syndrome de Fatigue Professionnelle » intitulée « De l'identification par le médecin généraliste », listent trois axes à considérer en particulier, selon les symptômes présentés par le patient. Tout d'abord les maladies dites organiques, en particulier :

- Cardiovasculaires, qui peuvent se déclarer par des symptômes proches de ceux de l'anxiété,
- Endocriniennes notamment thyroïdiennes (promotrices de fatigue), découverte de diabète,
- Infectieuses d'apparition progressive, insidieuse ou chroniques (maladie de Lyme),
- Les pathologies type fibromyalgie ou fatigue chronique,
- Les atteintes neurologiques sources d'altération des fonctions cognitives.

Ensuite, sont présentées à part les atteintes du sommeil avec substrat somatique, que sont le syndrome d'apnées du sommeil (SAOS), une pathologie pneumologique fréquente ; mais également les myoclonies nocturnes, plus connues sous l'appellation « syndrome des jambes sans repos ».

Enfin les pathologies psychiatriques :

- La dépression, que nous développerons plus bas,
- Les troubles anxieux : crises de panique, trouble anxieux généralisé (TAG), trouble stress post-traumatique (TSPT),
- Les troubles addictifs : cannabis, cocaïne, médicaments (benzodiazépines, opiacés) ; attention : ceux-ci coexistent parfois avec le burnout.

Dans son ouvrage Comment traiter le Burnout (66), Michel Delbrouck proposait une liste plus exhaustive des pathologies organiques à dépister, arguant d'un diagnostic rendu parfois compliqué par le tableau de fatigue générale ; il liste ainsi l'hypertension artérielle, les maladies cardiovasculaires,

l'hyperthyroïdie, les hépatites, la mononucléose et les pathologies néoplasiques (cancers). Le médecin et psychothérapeute insiste dans le paragraphe suivant sur l'association entre burnout et pathologies organiques, notamment à un stade avancé d'épuisement, et incite au dépistage des atteintes cardiovasculaires et digestives, en particulier l'hypertension artérielle et l'ulcère gastrique, qu'il ne considère pas comme appartenant aux manifestations psychosomatiques. Cette association a notamment été démontrée dans une étude (103) publiée en 2020 par la revue Nature et intitulée « Relationship Between Job Burnout And Somatic Diseases » : celle-ci rapporte une association significative entre l'épuisement professionnel et l'hypertension artérielle mais également avec une catégorie « autres maladies chroniques », et une association également significative entre la diminution d'efficacité professionnelle et des maladies pulmonaires chroniques ; les auteurs parviennent ainsi à la conclusion que les différentes dimensions du burnout sont associées à un surrisque de développer une pathologie somatique.

Au sujet des pathologies psychiatriques en général, le Docteur Durand-Moreau, médecin du travail au CHU de Brest, rappelait dans un article (104) de 2019, appuyant les recommandations de la HAS (89), la nécessité de toujours rechercher la présence de ces troubles qui peuvent être associés, sous-jacents ou surajoutés à la symptomatologie de burnout ; il insiste sur ce point particulier en raison de la majoration du risque suicidaire induite.

B. Le cas de la dépression

(a) Définition et classification

La dépression, ou plus exactement l'épisode dépressif majeur, est un diagnostic psychiatrique défini dans le DSM-V par des critères cliniques précis. Il est également listé dans la CIM-10 sous le code F32 et précisé par des sous-entités (codes F320 à F329), et dans la future CIM-11 dans la section 6 « troubles de l'humeur ».

D'après le DSM (105), est considéré comme présentant un épisode dépressif un patient dont la symptomatologie évolue depuis au moins deux semaines, et comporte cinq ou plus des neuf symptômes d'une liste détaillée, dont au moins l'un des deux principaux (ou majeurs) : une humeur dépressive et/ou une anhédonie (perte d'intérêt ou de plaisir). Ces symptômes doivent être la cause d'une dé-

trousse significative ou d'une altération du fonctionnement et n'être pas la conséquence d'une pathologie générale, ni d'une prise de substances. Parmi les symptômes en question, on retrouve en particulier l'insomnie, la fatigue, la dévalorisation et des troubles cognitifs, évoqués précédemment comme faisant partie des manifestations du burnout.

(b) Controverse scientifique

Il existe un désaccord entre scientifiques sur le lien entre burnout et dépression. Dès le milieu des années 2000, Shirom et Toker (106) interrogent cette distinction. De leur point de vue, la différence entre ces deux entités réside tout d'abord dans le fait que le burnout possède un contexte unique, celui du travail, lorsque la dépression s'étend sur tous les aspects de la vie du patient.

Ils citent de nombreux travaux dont celui de Leiter et Durup (107), une étude de 1994. Ces derniers rapprochent des trois axes du burnout, trois dimensions de la symptomatologie dépressive : l'asthénie en parallèle de l'épuisement, le retrait social pour la dépersonnalisation et le sentiment d'échec pour la perte d'accomplissement personnel ; mais ils insistent à nouveau sur la différence de contexte. D'autre part, ils considèrent que les émotions négatives dans la situation de burnout ont pour objet un tiers (supérieur, patient, client) lorsque dans la dépression, ces émotions sont dirigées contre la personne elle-même. L'analyse factorielle qui suit, comparant les échelles de dépression et de burnout - le MBI, le BDI (Beck Depression Inventory) et le POMS (Profile Of Mood States) - dans une population d'employés d'hôpital, vont à l'encontre de la redondance de ces deux concepts.

On retrouve des résultats comparables dans une méta-analyse de 1998 (73), dont les résultats sont un rapport de 28% de variance entre l'épuisement émotionnel et la dépression, et des rapports respectifs encore plus faibles pour la dépersonnalisation et la diminution d'accomplissement personnel, de 13 et 9%. Leiter et Durup concluent par un avertissement : il y a un risque à réduire burnout et dépression dans un même diagnostic, celui de traiter de manière uniquement individuelle, un problème environnemental. Cependant, ils reconnaissent entre dépression et burnout des similitudes, notamment l'étiologie qu'ils considèrent commune : un stress chronique. Ils abordent également le concept de Big Five (108), développé en 1981 par L. Goldberg, psychologue spécialisé dans l'étude de la personnalité, modèle au sein duquel la symptomatologie dépressive est classée sous le trait de névrosisme, qui a été également rapproché du burnout dans une étude de 2000 (109).

Renzo Bianchi, docteur en Psychologie à l'Université de Neuchâtel et l'un de ses alter egos américains Irvin Sam Schonfeld sont à l'origine de plusieurs articles défendant la thèse selon laquelle le burnout n'est pas un diagnostic à part, mais une sous-entité de la dépression. Ils publient en 2019 (110) dans *Annals of Oncology*, l'article « Can we trust Burnout Research ? », dans lequel ils précisent la non-indication du MBI en tant qu'outil de diagnostic individuel et critiquent les tentatives d'estimation de prévalence au moyen de ce questionnaire.

En 2018 déjà, dans « Burnout Syndrome and Depression » (111), ils soutenaient que le manque de recherches valides au sujet du burnout avait pour explication l'absence de différence avec la dépression : ces deux phénomènes représenteraient un processus identique - de déséquilibre entre déficit d'expériences positives et excès d'expériences négatives - car ils considèrent la causalité (le lien au travail) comme indéfinissable ou du moins invérifiable, réfutent l'argument de l'opposition entre problème social et problème individuel, et considèrent la comparaison entre burnout et dépression faussée puisqu'opposant le plus souvent une symptomatologie « précoce » de burnout à une dépression « installée ».

Afin d'appuyer leur théorie, ils mettent au point une analyse factorielle, dont les résultats (112) présentés en 2020 sous le titre « A Five-Sample Confirmatory Factor Analytic Study Of Burnout-Depression Overlap » sont les suivants : comparant les scores obtenus par des employés au MBI à ceux obtenus à une échelle diagnostique de la dépression (PHQ-9), ils démontrent une plus grande corrélation entre les résultats à l'un ou l'autre des trois axes du MBI et le PHQ-9, qu'entre les différents scores de MBI. Ils concluent que la différence entre burnout et dépression est « artificielle ».

4) Prise en charge

Le cœur de sujet de ce travail étant le diagnostic, ce paragraphe sera volontairement synthétique ; il nous a cependant semblé nécessaire d'évoquer dans les grandes lignes, les principes de prise en charge du burnout.

II.4.1. Démarches et accompagnement

La HAS résume dans une fiche de 2017 (89) les points clés de la prise en charge du burnout : le recours à l'arrêt de travail est « le plus souvent nécessaire » et sa durée très variable, une prescription médicamenteuse (sous-entendu, anxiolytiques et/ou somnifères) peut être envisagée, tout en réservant la prescription d'antidépresseurs aux situations dans lesquels ils sont cliniquement recommandés (et ont l'Autorisation de Mise sur le Marché), à savoir les troubles anxieux et dépressifs. Enfin un accompagnement psychothérapeutique, par un professionnel formé, constitue la part non médicamenteuse mais primordiale de cette prise en charge. Il peut s'agir par exemple d'une TCC (Thérapie Cognitive-Comportementale), comme le proposent les médecins auteurs de l'article Syndrome de Fatigue Professionnelle, dans sa seconde partie (17) qui traite de la prise en charge ; ils citent les différentes phases du travail de thérapie que sont l'acceptation, la reconstruction et la question du sens et des valeurs, et font une proposition en parallèle : celle de l'implication d'un coach professionnel, à partir du stade de la reconstruction et jusqu'après la reprise, avec un objectif supplémentaire de prévention de la rechute.

II.4.2. Répartition des rôles

Dans la prise en charge du patient en burnout, plusieurs intervenants médicaux sont impliqués. Pour les auteurs de l'article Syndrome de Fatigue Professionnelle (17), le rôle central demeure celui du médecin généraliste traitant, en tant que premier contact et « chef d'orchestre ». Il a en effet la responsabilité du diagnostic du burnout, qui implique notamment l'évaluation de la gravité des symptômes, l'annonce et les réponses aux questionnements du patient, puis la gestion de la prise en charge décrite plus haut. Celle-ci peut comporter l'adressage à un autre professionnel, médical ou paramédical, dans un souci d'approche multidisciplinaire coordonnée et dans l'intérêt du patient, notamment au psychiatre en cas de signes de gravité initiaux ou d'aggravation secondaire.

Un autre intervenant majeur est le médecin du travail ; son rôle a été étudié par le Dr Clément Duret dans une fiche conseil à ses confrères (4). Deux cas de figure sont envisagés : d'une part, si le médecin du travail est amené à suspecter un diagnostic de burnout lors d'une visite systématique, il est tenu d'effectuer les démarches diagnostique dont le diagnostic de gravité, puis de se mettre en lien avec

le médecin traitant. D'autre part, même s'il n'est pas à l'origine du diagnostic, il a une mission d'accompagnement de la reprise, prenant en compte les caractéristiques de travail et les actions nécessaires à la prévention de la rechute. Pour l'auteur, ce suivi a une durée moyenne de six mois à un an. La HAS (89) rappelle également un rôle d'analyse et d'adaptation du poste, voire d'accompagnement du reclassement, le cas échéant, par des propositions de postes et de formations.

Le troisième acteur médical est le psychiatre. Pour la HAS (89), sa participation à la prise en charge est nécessaire en cas de difficultés à établir un diagnostic différentiel dans le domaine psychiatrique, ou en cas de sévérité nécessitant un avis spécialisé sur le plan thérapeutique. S. Korotoumou (113), auteur d'une thèse sur le sujet de la collaboration entre généralistes et psychiatres autour du patient en burnout, précise que cette intervention a souvent lieu lors de situations aiguës ; elle rapporte dans la littérature mais aussi dans les résultats de son travail, une fréquence de collaboration assez faible, mais précise cependant que la vision de la pathologie et des difficultés rencontrées est similaire, et que chacun estime trouver sa place dans cette prise en charge complexe.

II.4.3. Reconnaissance administrative

Actuellement en France, le burnout n'est pas au tableau des maladies professionnelles, c'est-à-dire qu'il n'existe pas de tableau dédié. Cependant, depuis la loi Rebsamen (62), une reconnaissance est possible à titre d'exception. Celle-ci nécessite une expertise et l'établissement d'un lien « direct et essentiel » entre les symptômes du patient et son activité professionnelle ; la loi fixe également un seuil de reconnaissance : une incapacité permanente partielle (IPP) supérieure ou égale à 25%.

L'expertise en est confiée aux Comités Régionaux De Reconnaissance des Maladies Professionnelles ou CRRMP, fondés en 1993. Un CRRMP, composé de trois experts, est saisi par une CPAM (caisse primaire d'assurance maladie) et sa décision s'impose à celle-ci et à l'employeur ; en effet la reconnaissance d'une maladie professionnelle entraîne le versement d'une indemnité de l'employeur au salarié, au prorata de son ancienneté.

III. Etude

1) Matériel et méthode

III.1.1. Bibliographie

Une première recherche bibliographique a été menée entre décembre 2020 et avril 2021, explorant les banques de données PubMed, Cairn, Elsevier, Semantic Scholar, Springer, Research Gate, les sites officiels dont ceux de la HAS et de l'OMS, les sites de recensement des travaux de thèse DUMAS et HAL, ainsi que de nombreux sites dédiés au burnout ; mais également les bibliothèques de l'UFR Médecine et Pharmacie de Nantes et du CHS de Blain.

Ces recherches ont ensuite été poursuivies et complétées tout au long du travail d'écriture.

III.1.2. Type d'étude

L'étude menée pour cette thèse est une étude qualitative descriptive, réalisée sous la forme de focus groups. Ce type d'entretien particulier, réalisé en groupe et animé par un modérateur, a pour intérêt de permettre, d'une part à chacun de s'exprimer, mais aussi de réagir aux propos des autres participants, entraînant une émulation souvent propice à l'émergence de données.

La trame d'entretien, rédigée au préalable (annexes 1 et 2), a été basée sur les recherches précédentes. En effet, le but de cette étude était d'explorer les pratiques cliniques des médecins généralistes au sujet du diagnostic du burnout chez leurs patients, afin de les comparer aux connaissances actuelles sur ce problème de santé. La trame a été préalablement testée par le Dr Anne Surault, rencontrée à l'occasion d'un enseignement qu'elle dispensait sur le burnout, dans le cadre des formations proposées par le SIMGO (Syndicat des Internes de Médecine Générale de l'Ouest).

III.1.3. Recrutement

Le recrutement des participants a eu lieu de manière informelle, par connaissance préalable. Sur les quatre cabinets envisagés et sollicités, trois ont répondu par l'affirmative, le quatrième n'avait pas de disponibilités.

Les différents médecins recrutés appartenant à des cabinets de groupe ou Maisons de Santé Pluri-professionnelles, les focus groups étaient constitués de participants familiers les uns des autres ; étant donné le principe de ce travail, cela m'a semblé un point positif, afin que le dialogue soit plus fluide. De plus, les médecins n'étaient pas impliqués personnellement, c'est-à-dire qu'ils étaient interrogés en tant que professionnels, évitant ainsi la difficulté du tabou parfois posée par l'évocation d'une expérience intime.

De plus, il a paru dans l'intérêt de l'étude, afin d'augmenter la variété des données, de recruter des cabinets de zones géographiques diverses. Etant donné les conditions sanitaires en vigueur durant la passation des entretiens, la taille des groupes inférieure à celle prévue lors de focus groups, qui est en général de six à huit personnes ; ainsi, le premier comporte trois participants et les suivants quatre chacun. D'autre part et pour les mêmes raisons, il n'a pas été possible d'ajouter un intervenant dans le rôle d'observateur, d'où le choix de l'utilisation d'une caméra vidéo afin de permettre de reVISIONNER les échanges, et ainsi retranscrire le plus justement possible les expressions et intentions des participants.

A. Comité d'éthique

Le consentement des participants a été recueilli oralement lors de chaque focus group, il portait sur leur participation ainsi que sur l'enregistrement audio et vidéo. L'anonymisation des données, la destruction des enregistrements après retranscription et l'impossibilité de remonter jusqu'aux médecins interrogés a rendu inutile une démarche auprès de la CNIL.

De même, cette étude étant hors du champ de la loi Jardé (loi relative aux recherches impliquant la personne humaine, entrée en vigueur en novembre 2016), il n'a pas été jugé utile de prendre l'avis du CPP (comité de protection des personnes).

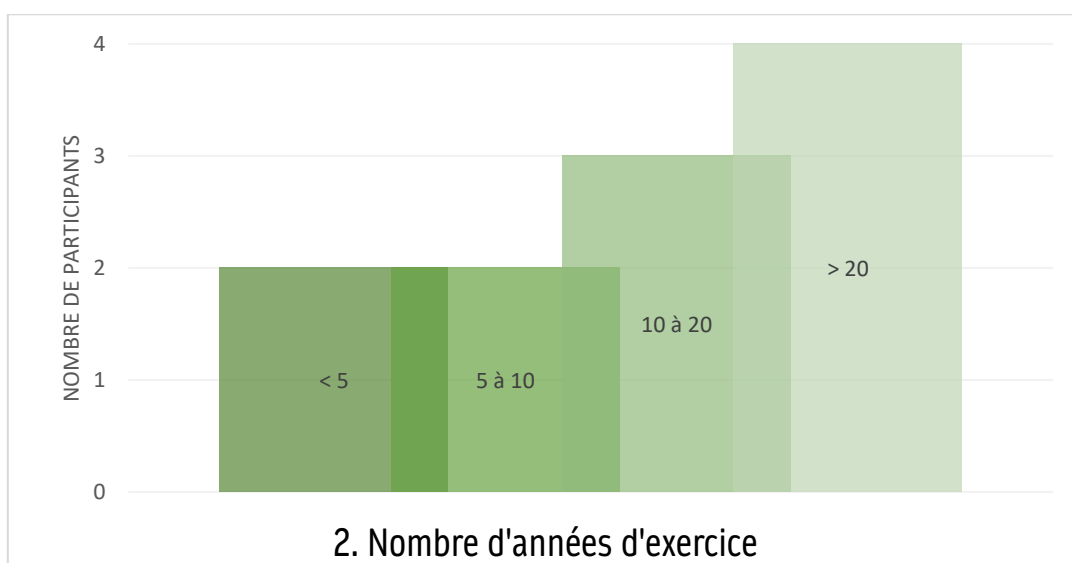
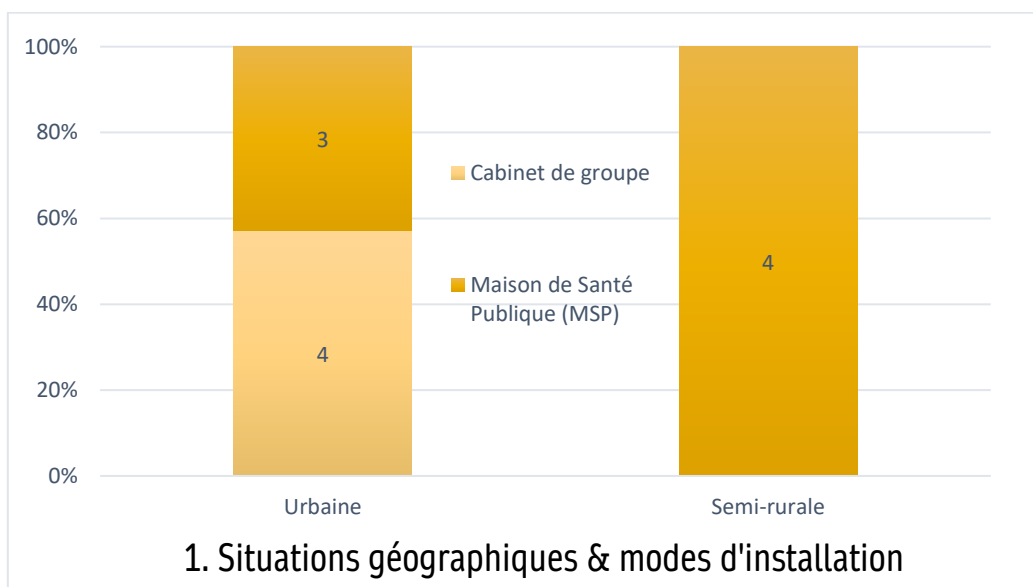
B. Taille de l'échantillon

Il était difficile de déterminer au préalable le nombre de médecins nécessaires à l'obtention d'une saturation des données, de par la nature qualitative de ce travail. Peu de travaux du même type ont été retrouvés, certains utilisaient des modes de recueils complémentaires au sein d'une même étude

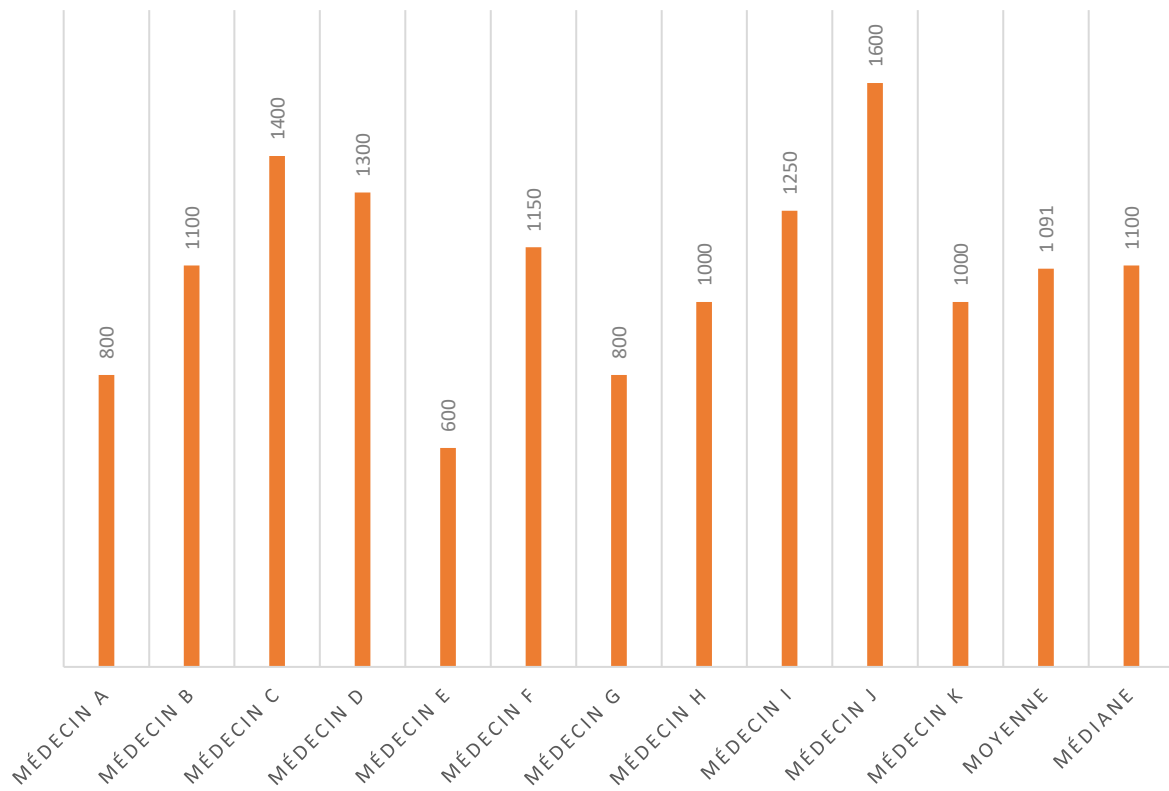
qualitative (questionnaires, entretiens individuels et entretiens de groupe). Leurs échantillons s'étendaient de huit à trente interrogés.

Nous avons estimé que la saturation de données pour cette étude, nécessiterait au minimum trois focus groups, espérant à ce stade qu'ils comporteraient chacun cinq participants. Les conditions sanitaires ont restreint le nombre général de participants, mais pas le nombre de groupes. A posteriori et en particulier après la modification de la trame d'entretien entre les deux derniers focus groups, il aurait pu être nécessaire d'ajouter un quatrième groupe pour approcher la saturation de données. Celle-ci a cependant été atteinte sur une partie des sujets abordés.

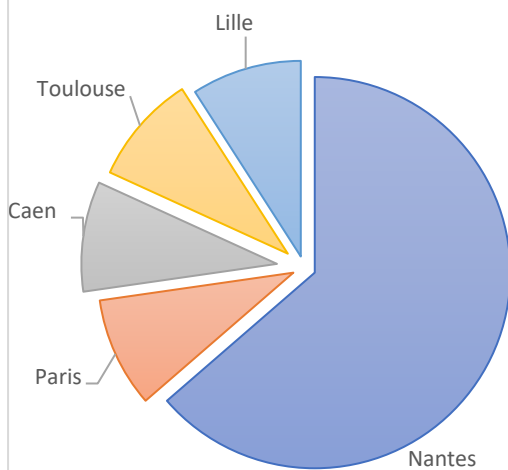
C. Caractéristiques des participants



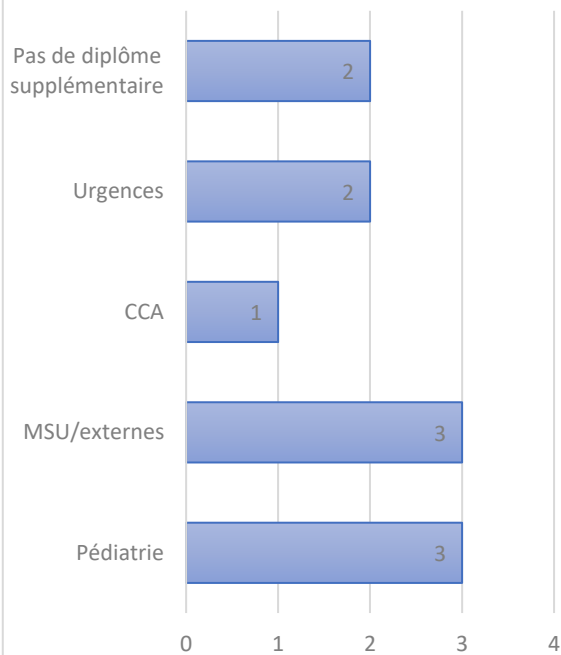
3. Taille des patientèles "médecin traitant"



4. Facultés formantes



5. Spécialisations



III.1.4. Entretiens

Les focus group ont eu lieu entre septembre et novembre 2021, dans les locaux des cabinets concernés, par souci de simplicité et de fluidité des entretiens ; en effet un environnement familier semblait propice au dialogue, notamment un environnement de travail puisque le sujet concernait les patients que ces professionnels côtoient au quotidien, dans leurs cabinets.

La durée moyenne des entretiens a été de 48 minutes, avec des extrêmes à 42 et 57 minutes.

Evolution du guide d'entretien

La retranscription du premier focus group ayant montré une tendance à l'apparition de données concernant la prise en charge thérapeutique, qui se voulait un sujet secondaire de ce travail centré sur le diagnostic. La première évolution, pour le second groupe, consista en une augmentation du temps imparti aux questions 1, 2 et 4.

Malgré cela, une saturation de données concernant la thérapeutique fut atteinte à l'issue de ce second groupe, entraînant une modification de la trame d'entretien (annexe 3) afin d'éviter une multiplication de ces données aux dépens d'autres, plus proches du sujet.

III.1.5. Analyse des données

Les focus groups ont été retranscrits mot pour mot à partir des enregistrements audio et vidéo, à l'aide d'une application de dictée vocale. Les noms des participants ont ensuite été anonymisés, utilisant un classement par pseudonyme alphabétique, de « Médecin A » à « Médecin K » dans l'ordre des entretiens et des prises de parole.

L'exploration des données a ensuite été faite grâce au logiciel NVivo® 12, spécialisé dans l'étude de données issues d'entretiens qualitatifs. Il permet tout d'abord l'importation de transcrits d'entretiens (figure 1), puis l'identification manuelle des citations pertinentes (figure 2), rangées par catégories qui sont identifiées au fur et à mesure des lectures successives. Après ces lectures et l'analyse des entretiens, les catégories identifiées se présentent sous la forme de nœuds successifs (figure 3), sous lesquels sont réunies toutes les citations appartenant à chacune des catégories.

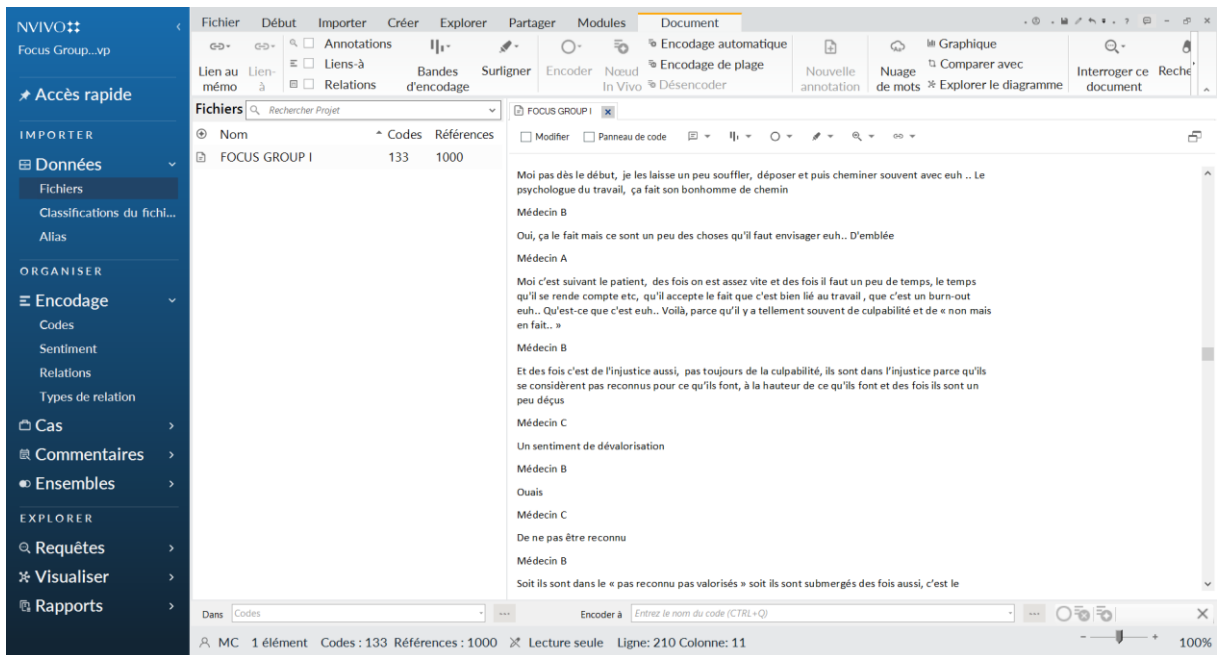


Figure 1 : Importation du transcrit d'entretien dans le logiciel Nvivo

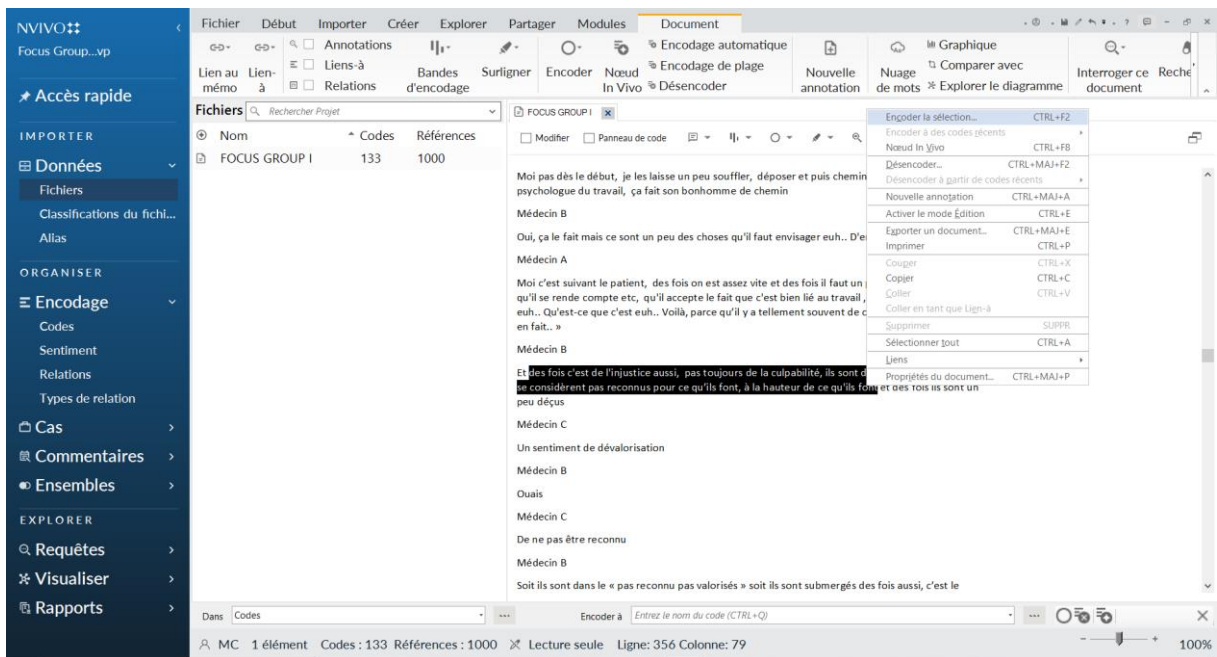


Figure 2 : Encodage des verbatims

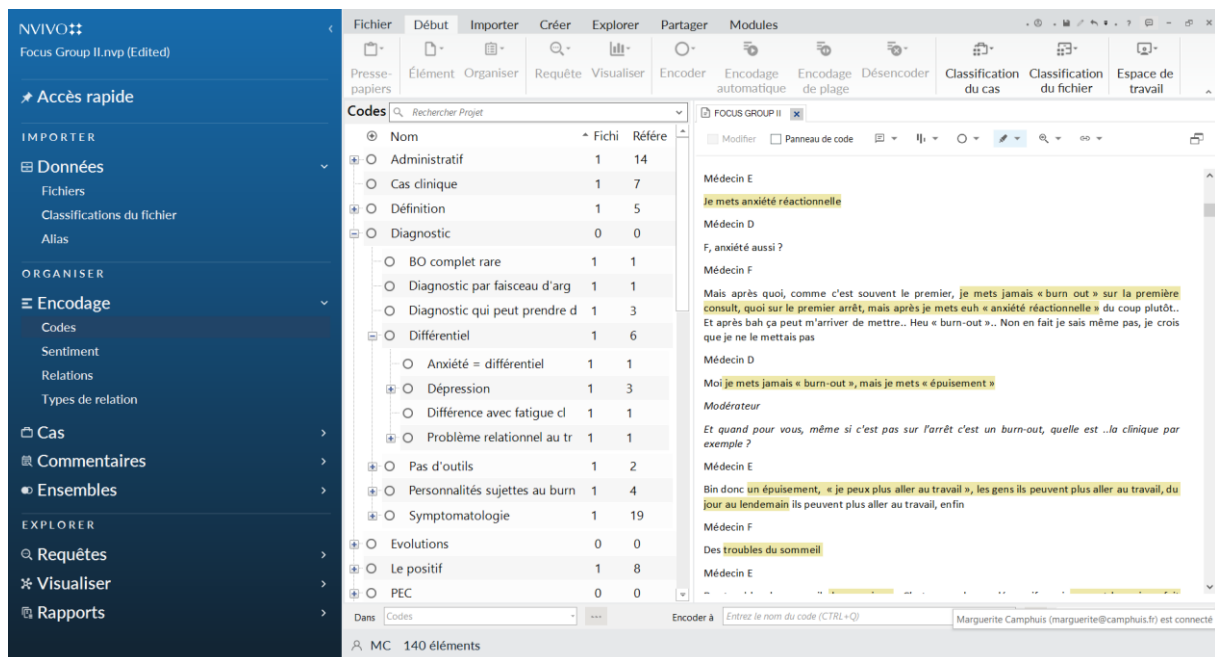


Figure 3 : Création de nœuds successifs regroupant les verbatims

2) Résultats

Les verbatims recueillis au cours des entretiens et analysés de la manière décrites plus haut, seront ici présentés par regroupement de sens et d'intention.

III.2.1. Définition

Dans les trois groupes, le terme burnout est tout d'abord défini par un épuisement dont la cause est identifiée : le travail.

Médecin A « l'épuisement physique, psychique dû au travail »

Médecin D « Le burnout c'est effectivement des gens qui en peuvent plus, c'est... ils sont épuisés »

Médecin G « Burnout ça veut dire... en fait « burn » c'est vraiment euh... « cramé » hein, donc quand les gens ils arrivent et qu'ils sont en burnout, ça veut dire que vraiment ils se sentent complètement cramés, épuisés, pas bien »

Médecin H « pour moi dans le burnout, c'est vraiment la personne toute seule qui se... qui s'auto consomme dans le travail, au point qu'elle finit dans une situation d'épuisement majeur »

Ils insistent ensuite sur le rôle majeur du temps dans l'instauration du phénomène de burnout.

Médecin H « du coup pour moi par définition, c'est une institution progressive le burnout, tu vois c'est à dire que c'est un phénomène qui aboutit à une situation de crise »

Médecin C « la définition c'est émotionnel, physique, psychique, sur une expérience prolongée »

On retrouve également une définition en négatif : le burnout préserve la sphère privée.

Médecin B « On pose la question, comment ça va à la maison ? comment euh... la vie « privée » se passe ? Généralement ça va » ; « on peut avoir une satisfaction dans la vie personnelle, sociale et une insatisfaction professionnelle »

Médecin I « une différence que je fais sur la définition, c'est des patients qui à la maison vont bien »

Cependant, un certain nombre des médecins interrogés n'utilise pas ou peu le terme burnout, pour plusieurs raisons : ils ne sont pas à l'aise avec ce terme nouveau et mal systématisé, ils ont peur des conséquences sur la vision du patient, ou tout simplement ils n'en ressentent pas le besoin.

Médecin D « ce n'est pas si clair, parce que la seule référence que j'ai c'est le « Maslia » [Maslach, référence au MBI] que j'ai un peu de mal à apprendre, donc comme je ne suis pas tout à fait sûre d'être dans tous les items, je dis « syndrome d'épuisement » [...] alors peut-être parce que, effectivement on n'est pas sûrs vraiment de... parce que ce syndrome, ou ce symptôme, n'est pas complètement « carré » (*trace un carré*) »

Médecin E « je pense que si on dit aux gens burnout, ça veut dire arrêt de travail long, déjà ça veut dire « je m'exclue du travail », et après nous on rame »

Médecin H « je me dis que souvent je fais un diagnostic de souffrance morale au travail, plus que de burnout parce... parce que je ne dois pas être super à l'aise pour qualifier systématiquement » ; « moi je n'éprouve pas le besoin de conclure à la fin nécessairement « burnout » en... en deux mots, des fois je crois que même si j'y pense je ne l'écris pas comme ça »

Mais ce même médecin remarque que cette « étiquette » est parfois nécessaire au patient, pour avancer dans la prise en charge.

Médecin H « et du coup les gens sont demandeurs de ça, d'abord pour parler avec leurs proches, il y a un besoin de mettre un mot sur ce qui leur arrive »

III.2.2. Clinique

Le tableau décrit est assez similaire d'un médecin et d'un groupe à l'autre : symptômes anxieux à l'évocation du travail, troubles du sommeil, troubles de l'attention et de la concentration, dévalorisation, perte de sens.

Médecin A « c'est vraiment l'anxiété qui domine, le sentiment de ne plus y arriver, de pas pouvoir faire face »

Médecin D « de l'anxiété à l'évocation du travail, c'est-à-dire une anxiété qui est quand même, assez ciblée »

Médecin C « Beaucoup de fatigue, d'angoisses et de troubles de sommeil »

Médecin E « un épuisement, [...] les gens ils peuvent plus aller au travail, du jour au lendemain »

Médecin G « dans les symptômes il y a la fatigue et les troubles somatiques, très fréquents, et qui sont très très souvent liés à l'angoisse ; l'irritabilité aussi, tout ce qui va être perte de patience même avec l'entourage.. [...] perte d'élan pour le travail, perte de sens »

Médecin D « Donc la fatigue euh et puis quand même assez vite, il y a quand même souvent un manque de sens dans... et d'ailleurs je pense que ça fait quand même partie des items du burnout : un manque de sens à ce qu'on fait, c'est-à-dire euh ne plus trouver de sens à l'activité qu'on devait mener »

Médecin J « typiquement, il y a surcharge de travail, dévalorisation systématiquement »

Médecin E « Ils peuvent plus se concentrer, ils mettent un temps fou à faire ce qu'ils faisaient habituellement »

Ils décrivent en parallèle des troubles somatiques peu spécifiques.

Médecin B « alors des fois ils viennent avec des symptômes un peu physiques, maux de ventre, palpitations »

Médecin D « On les a tellement en médecine, les symptômes somatiques » Médecin E « Les douleurs abdo, le syndrome du côlon irritable, céphalées » Médecin D « Pas plus, je n'ai pas l'impression qu'on en ait plus, ou des spécifiques »

Evoqué dans chacun des groupes comme une particularité du diagnostic de burnout, la fréquence du déni est mise en avant sous plusieurs formes : non reconnaissance, demande d'exams ou de traitements, refus de l'arrêt de travail.

Médecin K « Moi en général, ils ne me le disent pas non plus d'emblée, on est un peu obligés de creuser, je ne sais pas si c'est du déni » Médecin H « Oui, ils sont dans le déni, je suis d'accord »

Médecin H « certains ne sont peut-être pas du tout là-dedans, et c'est un peu la révélation, alors que ça paraît une évidence dans la façon dont ils en parlent... probablement malgré tout on se dit, ils doivent l'évoquer parce que c'est eux qui nous donnent quand même l'essentiel des mots »

Médecin I « elle est venue me le dire en fait, en disant « j'ai besoin d'un arrêt de travail, parce que j'ai quitté le boulot, j'ai claqué la porte », mais tu vois elle n'est pas venue me dire « je suis en burnout », alors que probablement c'est ce qui se passe quoi »

Médecin D « C'est vrai qu'il y en a quelques-uns pour lesquels c'est évident que c'est ça le problème, et pour d'autres ils y croient pas trop, ils te disent « mais non mais docteur faites- moi une prise de sang, je dois voir un petit truc qui va pas »

De plus, dans les deux derniers groupes, a été abordée l'existence de « profils » fréquemment retrouvés dans le contexte du burnout, de patients qui seraient potentiellement plus à risque. Il s'agit d'individus présentant une tendance perfectionniste et un investissement important dans leur travail, et/ou qui ont particulièrement besoin de reconnaissance.

Médecin G « Il y a des personnalités aussi, qui sont je pense aussi, un peu plus sujettes euh... je veux dire des personnalités qui sont eux euh très méticuleuses ou perfectionnistes, et qui ont un grand sens de l'investissement »

Médecin D « tout le temps qu'ils ont la reconnaissance à la limite ils fonctionnent, mais si un jour un supérieur, un collègue, leur dit « non mais ce que tu fais c'est n'importe quoi » ou... et qu'il y a des brimades qui arrivent, alors là il y a une incompréhension totale, et ça peut faire basculer dans l'épuisement »

Médecin D « Moi mes patients burnout ont quand même effectivement un trait de caractère, c'est ce que disait G, des gens qui... qui avaient presque une mission, pour lesquels le boulot avait quelque chose d'important, d'essentiel où ils s'investissent beaucoup »

Médecin H « c'est quand même les personnes qui... qui sont dans un... une difficulté dans leur rapport au travail, qui sont très très surinvesties dans le travail »

Médecin I « n'importe qui ne fait pas un burnout, je pense qu'il y a une prédisposition à mon avis, quand même de... de quelqu'un qui aime bien s'investir au travail, pour qui le travail est très important [...] je pense quand même qu'il y a une composante derrière de... de quelqu'un de consciencieux, qui est une personnalité peut-être »

III.2.3. Gravité

La mention de gravité est attribuée à plusieurs égards. Tout d'abord, les médecins ont évoqué les signes de gravité que sont les idées noires ou suicidaires ; celles-ci sont en général présentes lors de situations brutales, aiguës.

Médecin A « elle a eu ça, en fait c'est des flashes et là il faut être hyper prudent, c'est des flashes parce qu'elle voulait que ça s'arrête, c'était ça son mot principal »

Médecin J « moi j'en ai quand même un qui a fait un burnout pour moi qui est typique, qui avait des idées suicidaires carrément au début »

Pour d'autres la gravité désigne le moment où le patient commence à présenter des symptômes dépressifs. On a ici un tableau moins brutal, d'installation et d'aggravation progressives.

Médecin A « Tu as une espèce de seuil où après, oui tu passes dans la dépression, et c'est tellement allé loin au niveau psychique, que là tu commences à avoir des symptômes dépressifs »

Médecin E « Je pense que quand... ça commence par un burnout et quand ça devient une dépression, c'est un facteur de gravité pour moi »

Enfin, l'un des participants emploie le terme de gravité lorsque la situation devient tellement enkystée qu'elle paraît insolvable.

Médecin A « Bah la gravité si, c'est où ils sont rendus dans leur épuisement, et pour certains quand ils sont vraiment allés très très très très loin, tu en as que tu n'arrives jamais à remettre au travail »

III.2.4. Outils

La majorité des médecins interrogés n'utilisent pas les échelles propres au burnout, arguant soit qu'ils ne les connaissent pas, soit qu'ils n'en éprouvent pas la nécessité. Ils décrivent un diagnostic clinique, qui repose sur un interrogatoire complet et une écoute active de leur patient.

Médecin B « Non, des grilles d'évaluations, des choses comme ça ? Jamais »

Médecin J « Moi je savais pas que ça existait »

Médecin I « je trouve que c'est de l'interrogatoire » ; « la première consultation elle est suffisante, par contre selon c'est un rendez-vous un peu long mais si... enfin je pense que... alors le patient que tu connais, globalement si c'est un patient que tu n'as jamais vu, c'est peut-être plus compliqué, mais si c'est un patient qui fait partie de ta patientèle, je pense que c'est vite fait le diagnostic »

Médecin H « je suis pas trop en difficulté, disons de faire le lien avec le travail, dans les échanges »

En filigrane, on comprend que leur « outil » diagnostique le plus important est le temps

Médecin D « quand tu les revois, c'est là qu'ils sont plus asthéniques en fait quelques fois, certains sont sur la réserve déjà quand ils viennent te voir ; une fois que tu les as arrêtés, là les symptômes tu les as plus, quand même »

Médecin J « Moi je ne dirais pas que c'est dès le premier rendez-vous, le diagnostic de burnout, parce qu'après au fur et à mesure qu'on va les voir, on va reprendre les choses »

Médecin H « dans la durée ce sont quand même des choses qui vont évoluer dans la durée... et sur une échelle de plusieurs mois on ne va pas toujours travailler la même chose, à l'échelle du temps » ; « et le fait qu'on le dise... je crois, souvent avec le temps je me dis... c'est peut-être sur la consultation d'après aussi, ce phénomène de prise de conscience, un peu »

Ils mentionnent cependant l'utilisation d'autres échelles : celles de la dépression, en général dans un souci de diagnostic différentiel ou de recherche de gravité.

Médecin F « On peut, enfin... si, on fait un Hamilton »

Médecin G « c'est vrai que ça peut m'arriver dans les consult, de faire des test diagnostiques de dépression, pour voir les signes de gravité... ensuite pour le diagnostic en lui-même, pas plus non »

Médecin I « quand même globalement je prends mon petit tableau d'évaluation dépression » ; « la MADRS »

III.2.5. Différentiel

Le premier diagnostic différentiel est celui de troubles anxiodépressifs mineurs. Celui-ci est posé en général a posteriori, lorsqu'un arrêt de travail court permet l'apaisement des symptômes.

Médecin A « mais s'ils ont récupéré au bout d'une semaine... Bon c'est qu'il y avait un petit coup voilà, ils avaient besoin de vacances »

Médecin D « ceux dont on pense qu'ils sont fatigués, je leur donne un arrêt de travail de... de huit-dix jours, mais ceux pour lesquels on pense qu'il y a un burnout, on refixe le rendez-vous, et je pense que c'est thérapeutique »

L'un des médecins rapporte avoir été en situation de doute diagnostique, par rapport à une pathologie psychiatrique décompensée.

Médecin B « j'en ai vu un mais c'était un bipolaire qui était en phase maniaque, j'ai vu ça une fois mais ce n'était pas... pas tout à fait un burnout, c'était de la pathologie psychiatrique »

Cependant, le diagnostic différentiel unanimement mentionné est le syndrome dépressif majeur non lié au travail, et dont la prise en charge sera différente.

Médecin C « je ne vois pas quel autre diagnostic il pourrait y avoir, en dehors d'une dépression »

Médecin B « pour moi la dépression est un diagnostic différentiel du burnout, c'est ce qu'on disait ce n'est pas le même tableau »

La distinction entre ces deux diagnostics est parfois qualifiée de simple, notamment lorsque le lien au travail est central ; dans d'autres cas la frontière est plus mince, mais déterminée en particulier par l'attitude du patient une fois écarté de son environnement professionnel, et la préservation de la sphère privée.

Médecin G « en plus y aura l'anhédonie qui va avec la dépression, « envie de rien faire » alors que le burnout, les gens sont fatigués mais le fait de changer d'air, faire autre chose, ça leur fait du bien.

Alors que des gens qui vont vraiment être en dépression, ils vont même plus avoir envie de sortir »

Médecin D « c'est difficile la frontière je trouve, que c'est tu vois quand on... je pense qu'on se fait, enfin moi je me fais une petite grille, un peu comme toi « est-ce que ça touche la sphère privée ou pas ? », mais je pense que la frontière entre les deux, elle est quand même euh... très étroite »

Médecin H « tu vois moi, celui qui me dit que ça va nulle part, je conclus pas burnout au travail, je me dis « bah non, il a tout qui s'écroule en même temps » et... et il est plutôt dans le syndrome dépressif un peu multifactoriel » ; « ce qui fait beaucoup la différence, c'est le lien avec le travail qui est mis en avant de manière très très explicite, et un peu isolé »

Médecin I « moi je fais vraiment le distinguo avec la dépression, parce que quand ils sont chez eux la plupart du temps ils sont bien »

Enfin, pour les médecins des trois groupes, il existe une distinction claire entre le burnout et des situations de conflit ou troubles relationnels au travail, parfois qualifiés de « harcèlement ».

Médecin C « Si, je pense que ça peut arriver dans le cadre de conflits avec son employeur, d'être un peu en opposition et de venir en disant « je suis un burnout » [...] alors qu'il n'y a pas tous les éléments. C'est plus une histoire conflictuelle avec le manager qu'un vrai burnout »

Médecin D « C'est vrai que quelques fois dans... dans le diagnostic, ça pourrait arriver qu'on parle d'anxiété réactionnelle pour un problème avec une personne, un « clash » ; il y a quelquefois des problèmes de personnes, mais ça va pas être du burnout, ça va être de l'anxiété »

Médecin J « Moi j'ai l'impression qu'il y a deux tableaux un peu différents quand même : c'est vrai que... il y a la souffrance au travail, et après il y a plutôt burnout et conflit, deux tableaux un peu différents » ; « c'est plutôt vraiment un... une situation de conflit en fait avec la hiérarchie, du coup plus un harcèlement que... qu'un burnout, pour moi c'est pas tout à fait la même chose quand même le burnout, que le harcèlement »

III.2.6. Etiologies

Deux types d'étiologies sont rapportées ; la première, que nous pouvons qualifier d'externe, est représentée par la dégradation des conditions de travail : surcharge, informatisation (et augmentation conséquente des sollicitations), perte de contrôle. Pour les médecins interrogés, cette dégradation s'est accentuée dans les dernières décennies et années.

Médecin E « Peut-être aussi, enfin je ne sais pas, peut-être qu'avec la semaine de trente-cinq heures, les gens travaillent moins d'heures mais il faut en faire autant voire plus ? » ; « Les gens le disent, en fait, qu'ils reçoivent je ne sais combien de mails par jour au travail, il n'y avait pas tout ça avant... On a besoin d'une réponse « tout de suite maintenant »

Médecin I « enfin est-ce que c'est la réduction du temps de travail, avec l'augmentation des tâches, enfin il y a une corrélation qui ne s'est pas faite correctement » ; « peur d'être maltraitant, parce que les conditions de travail sont telles qu'ils ne peuvent plus faire ce qu'ils faisaient avant... [...] elle m'a dit « c'est pas que j'aime plus mon travail, mais j'ai l'impression de mal faire mon travail : j'ai peur d'être maltraitante avec les gens que je soigne, c'est insupportable » [...] il y a aussi l'image de soi-même et du travail qu'on aime faire, et qu'on ne peut plus faire »

Médecin H « il y a ceux qui ont beaucoup... qui mettent beaucoup de sens dans leur métier, mais qui n'ont pas les moyens de le faire » ; « ils ont des horaires décalés, ils travaillent le week-end... et au bout d'un moment, ça passe plus, quoi »

Certains nomment le récent essor du télétravail, sans pouvoir encore juger s'il est une amélioration ou un facteur de risque supplémentaire.

Médecin H « le rapport au temps qui a changé, avec le télétravail, historiquement avec le mail... et des difficultés pour différencier le temps de travail du temps personnel » ; « après là, moi je suis inquiet en ce moment de tout ce qui... enfin le télétravail aussi, amène des situations particulières par rapport à ça ; j'en ferai pas des conclusions euh... enfin je ne pourrais pas dire aujourd'hui de façon définitive, parce que les gens justement ont pas toujours pu... enfin ce sont des changements qui sont encore en cours »

Médecin J « comme beaucoup de burnout où ils sont complètement dans le multitâche, et là avec le télétravail encore plus, j'ai l'impression »

L'un estime qu'il existe une plus grande propension de certaines professions au burnout.

Médecin J « j'ai l'impression tu vois, par exemple les ouvriers : j'ai pas l'impression d'avoir de burnout comme dans d'autres... après c'est peut-être nous, notre pratique, comme on en voit moins... mais je sais pas, peut-être pour les administratifs ou cadres supérieurs, j'ai l'impression qu'eux ils sont plus à risque de burnout ; et les métiers de soignants aussi »

Un autre blâme l'augmentation du taux de chômage et de la précarité.

Médecin K « comme tu dis, il y a peut-être une sorte de pression aussi, comme tu as moins de facilité à trouver un autre travail, tu ne vas pas décrocher du travail actuel »

La seconde grande étiologie, que l'on peut rapprocher de la proposition de « profils à risque » faite plus haut, et qualifier ainsi d'interne, est celle d'une inadéquation entre l'individu et son travail, un problème d'adaptation à un certain stade.

Médecin C « Et puis une inadéquation entre les compétences de la personne, et les tâches qu'on lui demande qui sont d'une autre compétence, et du coup ça demande des fois une adaptation qui... qui n'est pas toujours possible, parce qu'ils sont pas formés en fait »

Médecin D « quelques fois la question qu'on pourrait se poser c'est est-ce que... est-ce que vraiment c'est le fonctionnement de l'institution qui les a mis mal, ou est-ce que c'est eux qui dysfonctionnent un petit peu dans leur travail ? » Médecin F « Oui mais est-ce que tu n'es pas quand même dans le burnout ? » Médecin D « C'est juste que le mécanisme n'est pas tout à fait le même »

Médecin A « est-ce qu'elle est submergée par les tâches ou c'est de l'inadaptation au travail ? Là tu vois, je pense que c'est plutôt parfois de l'inadaptation au travail, le fait d'être dans le petit confort de son poste »

III.2.7. Qualification administrative

Dans la grande majorité des cas, les participants prennent en charge le burnout au titre d'un arrêt maladie classique. Ils utilisent plusieurs termes différents, rarement celui de burnout.

Médecin E « Moi par exemple, je mets jamais *burnout* sur mon diagnostic d'arrêt de travail [...] Je mets *anxiété réactionnelle* »

Médecin D « Moi je mets jamais *burnout*, mais je mets *épuisement* »

Médecin J « en général je mets quand même *syndrome anxio-dépressif* sur le premier arrêt de travail et puis... je mets pas *burnout* d'emblée »

Médecin G « Ouais ben moi ça peut m'arriver de mettre *burnout*, si vraiment je vois que c'est... Mais souvent je commence déjà par *épuisement*, *asthénie* ou *trouble anxieux réactionnel*, et puis quand c'est vraiment typique et que ça fait des mois que ça dure, et que voilà, le travail avance, ça peut m'arriver de mettre *burnout* »

Médecin J « dans mon dossier je vais mettre *burnout* »

Sauf exception, ils ne font pas mention de l'origine professionnelle sur les papiers administratifs, par crainte de refus de prise en charge. En effet, la responsabilité du médecin traitant peut se trouver engagée pour ses écrits, avec des enjeux administratifs vis-à-vis du patient, de l'employeur et de la CPAM (Caisse Primaire d'Assurance Maladie).

Médecin A « C'est pas reconnu en tant que [maladie professionnelle], par contre dans l'arrêt moi je mets *lié au contexte professionnel* » Médecin B « moi je l'ai fait une fois et je me suis fait retoquer »

Médecin K « moi j'avais vu que nous on pouvait pas nous stipuler que c'est vraiment lié au travail, donc bah il ne fallait pas se mouiller dedans »

Médecin D « Je pense que ça m'est arrivé il y a très longtemps, et je sais que j'avais eu des alertes effectivement, de collègues qui avaient dit... qui étaient allés aux prud'hommes... oui, pour des accidents de travail... enfin pour des déclarations d'accident de travail où ils avaient marqué *burnout* ou *dépression liée au travail*, et c'est le médecin qui avait été condamné »

Ils sont presque tous au fait de l'existence d'une reconnaissance en maladie professionnelle à titre d'exception, mais un seul l'a déjà utilisé, sur le conseil de spécialistes.

Médecin D « après ça rentrerait plus dans « maladie professionnelle » mais je pense pas... je sais pas si c'est dans le tableau des maladies professionnelles, le burnout »

Médecin E « Parce que maladie professionnelle c'est pas très facile ; il y avait une demande, mais je ne sais pas si c'est passé... parce qu'il y avait une demande que ça passe, mais je ne crois pas que ce soit encore inscrit au tableau »

Médecin F « c'est le médecin du travail qui a demandé et en fait ça a été accepté, là j'ai deux patients [...] et là maintenant il est reconnu en maladie professionnelle »

Médecin B « Moi ma question c'est pourquoi c'est pas reconnu en pathologie professionnelle ? Ça devrait l'être » ; « Je pense que la sécu, le gouvernement et les employeurs ont peur que ce soit une porte ouverte, et que beaucoup de salariés se jette dedans »

Les autres regrettent la complexité des démarches et les considèrent souvent plus délétères pour les patients.

Médecin H « de là à le mettre en maladie professionnelle je trouve que, comme il y a un enjeu de qualification un peu... légale et tout, et je ne me sens pas forcément légitime... alors qu'à partir du moment... s'il y a un tableau, il faut qu'on le fasse tu vois, c'est important qu'on y pense »

Médecin K « Donc maladie professionnelle, des fois j'y pense, mais en fait il faut que ça corresponde à un tableau, c'est ça... qui n'existe pas [...] Et c'est chronophage, si en plus on fait ça pour rien... »

Médecin A « ça existe, mais franchement mon sentiment c'est que, quand tu vois déjà la difficulté » ;
« essayer de tenir sur un tableau, enfin sur une maladie pro hors tableau je pense qu'on va y perdre... Y avait, s'il y avait un vrai tableau, ça serait plus simple »

Cependant, plusieurs des médecins ont obtenu une autre qualification, notamment dans des contextes de crise, c'est-à-dire lorsque les symptômes apparaissent de manière brutale après un évènement précis : celle de l'accident de travail.

Médecin A « c'était passé non pas en maladie pro mais en accident du travail, c'était brutal »

Médecin E « Et donc il y a eu cet évènement, et c'est passé en accident de travail »

Médecin I « j'ai eu un accident de travail, pas maladie professionnelle mais accident de travail, oui ça m'est arrivé [...] ça a été pris en charge comme un accident de travail, une prolongation d'arrêt de travail... elle m'a dit « maladie professionnelle ça va être très difficile de... d'en faire une maladie professionnelle, mais ça restera un accident de travail, avec les soins etc. »

Médecin J « j'ai un gars qui m'a fait une crise de tétanie au travail, que j'ai déclaré en accident de travail »

III.2.8. Collaboration

La collaboration la plus fréquente est celle avec le psychologue, parfois spécialisé.

Médecin A « il y a un grand travail du côté de la psychologue du travail... sans, c'est super long »

Médecin B « avec la psychologue du travail qui reçoit les gens assez rapidement et de manière rapprochée »

Médecin F « Moi je les adresse, quoi... rapidement, à la psychologue du travail »

Médecin H « pour moi, souvent on va envoyer les gens chez le psychologue »

Le lien avec le médecin du travail est également primordial : c'est en effet lui qui a d'une part la vision « professionnelle », et d'autre part un rôle de recherche de solutions mais aussi d'enquête au sein de l'entreprise. Il est parfois moteur dans la reconnaissance en maladie professionnelle.

Médecin H « pour moi on s'attache à faire le lien avec la médecine du travail parce qu'on sait bien qu'il y a forcément un bout de la solution qui est de ce côté-là »

Médecin J « des fois ça m'arrive aussi d'essayer d'appeler la médecine du travail, avec le patient, pour voir un peu comment on peut fonctionner »

Médecin C « je dis aux gens « parlez-en avec le médecin du travail » parce qu'il y a peut-être plusieurs personnes qui sont dans le même cas »

Médecin I « ça peut être intéressant d'aller voir le médecin du travail, qui a peut-être entendu dire que effectivement, c'est une boîte pourrie, que tout le monde est malade, et que... peut-être que au bout d'un moment tu te rends compte qu'il y a des entreprises qui ont quand même une sacrée... de sacrés boulets qui traînent » ; « Ça dépend des médecins du travail.. [...] c'est personne-dépendant, mais globalement ça se passe bien »

Médecin A « et que les médecins du travail font des alertes »

Médecin F « j'ai plusieurs fois où le médecin du travail m'a dit « il faut le faire passer en accident de travail ou maladie professionnelle [...], parce que c'est quand même lié au travail, son arrêt de travail est bien en lien avec son... son mal-être au travail »

Enfin, plus rarement car uniquement dans les cas les plus sévères, certains font appel au psychiatre. Cela concerne en particulier les patients ayant des antécédents psychiatriques.

Médecin A « voire pour certains c'est même psychiatre derrière »

Médecin E « et donc elle a vu le psychiatre et tout »

III.2.9. Difficultés et points positifs

La première et principale difficulté, unanimement mentionnée, est l'augmentation de l'incidence du burnout par les participants. Certains parlent même d'un climat plus général de mal-être.

Médecin A « Alors sincèrement il y a quinze ans, il y en avait moins »

Médecin D « Y a pas de débat, il y a de plus en plus de burnout »

Médecin K « il y a une histoire de prévalence aussi... je ne sais pas combien ça représente de pourcentage, les patients qui font des burnout... enfin c'est en augmentation »

Médecin E « Ah oui il y en a plus... depuis que je suis installée... Je n'ai pas l'impression que j'en voyais du tout, ça n'existait pas, il y a vingt ans » Médecin F « Et même... même il y a dix ans » Médecin E « Je ne sais pas, ça fait... oui, quelques années, et on en voit de plus en plus et dans tous les domaines, c'est ce qui est vraiment... c'est dans tous les domaines »

Médecin I « En deux ans, la progression du mal-être général déjà, de toutes les populations : des gens âgés, les enfants, les ados, les étudiants... mais le mal-être au travail ! »

Autre écueil majeur, le décalage entre médecin et patient concernant la définition, car comme décrit plus haut le burnout se complique souvent de déni, ou a contrario, le terme peut être amené par un patient qui ne remplit pas les critères diagnostiques, entraînant des incompréhensions.

Médecin C « ils me disent ça, « j'ai fait un burnout », je suis toujours un peu perplexe... parce que c'est facile de dire « j'ai fait un burnout » parce que ça allait pas bien dans ma vie »

Médecin A « Je pense que les patients quand ils disent comme ça « j'ai fait un burnout » et c'est en fait parce qu'ils avaient vingt-cinq mille trucs à gérer en même temps, le décès de la grand-mère, enfin tu vois... et que du coup, ils ont l'impression à un moment d'être submergé, d'être fatiguée

donc ils utilisent le mot burnout » ; « Tu vois bien que ça ne correspond pas à ce que nous on appelle burnout, et qui est un tableau clinique typiquement lié au travail »

Médecin D « Peut-être que les quelques qui me l'ont amené, ils ne l'étaient pas vraiment »

Médecin I « j'ai pas en tête des patients qui me disent « je fais un burnout » Médecin J « Ou alors, c'est que ce n'est pas trop ça en fait » Médecin K « ..et du coup, tu n'as pas envie de les arrêter »

L'entourage est quelquefois un sujet de tension, lorsque le patient n'est pas compris.

Médecin J « par contre ils ne se sentent pas trop compris »

Médecin H « en fait on ne voit rien, et du coup l'entourage ne comprend pas »

Médecin G « que l'entourage comprenne un petit peu de ce qu'ils ressentent parfois, quand tu n'arrives pas à exprimer... voilà, ce qu'ils ressentent »

Les participants reconnaissent cependant des évolutions positives, au premier plan desquels une meilleure connaissance de l'existence du burnout et de ses causes par la population, permettant des diagnostics plus précoces, voire des actions de prévention au plan individuel.

Médecin A « Je pense qu'on en parle plus, les gens sont quand même plus... Ils sont un peu plus à l'écoute de ça » ; « Ils savent que ça existe... et que ça arrive à d'autres » Médecin B « ...et qu'on peut les prendre en charge... Oui c'est vrai, je trouve que c'est peut-être un peu mieux qu'il y a quinze ans »

Médecin F « les gens connaissent maintenant »

Médecin G « Après il y a de plus en plus, enfin moi je trouve, il y a beaucoup plus de patients qui ont des prises de conscience euh... ils font très attention au burnout... et qui adaptent leur quotidien pour éviter de se mettre dans du burnout »

Médecin D « il y a des prises de conscience, au niveau professionnel c'est sûr l'investissement professionnel et sans doute... moindre au niveau des... des jeunes salariés » Médecin F « Et même nous par rapport aux générations d'avant, qui travaillaient cinq ou six jours par semaine »

Médecin J « quand il y a déjà eu un burnout, tu es en général plus vigilant »

Presque tous déplorent leur manque de connaissance du monde du travail, d'où parfois un sentiment de ne pas être à leur place lorsqu'on leur demande de juger de son implication dans le mal-être du patient ou de trouver des solutions pour améliorer la situation professionnelle.

Médecin B « après nous on n'a pas la main aussi... sur le monde du travail, en fait »

Médecin C « moi je prends ça avec des pincettes, parce que c'est un milieu, un monde qu'on connaît pas et on n'a pas connaissance de ce qui s'y passe »

Médecin K « Déjà, c'est dur de déterminer nous si c'est vraiment lié au travail ou pas... enfin on n'est pas vraiment sur place »

Médecin E « C'est là où nous on est... mis en défaut en fait, parce que dire que c'est lié qu'au travail, moi je trouve que c'est compliqué... parce que le patient il nous dit ce qu'il veut »

Médecin G « et après on n'est pas non plus, enfin on a les dires du patient, ils vont me dire « voilà,

j'ai trop de travail » ou « j'ai trop de sollicitations » ou quelque chose lié à l'employeur.. Mais c'est pas... on n'est pas sur le lieu de travail non plus, donc on ne peut pas juger non plus des conditions de travail, on peut pas... on peut croire notre patient, mais on ne peut pas... être juge »

Médecin F « ce n'est pas forcément nous qui avons la solution non plus, leur travail on peut pas le réarranger, on peut pas le changer »

Médecin D « On est impactés parce qu'on est sur des choses dont on sait que ça va prendre du temps, on va avoir du mal à trouver une solution avec les patients.. »

Médecin H « ce que je trouve qui est difficile mais... c'est le lien avec les enjeux sociaux, financiers... enfin les gens parfois on leur dit direct « vous changez de travail, et puis vous arrêtez, vous donnez votre démission » [...] comme tu dis la façon de quitter le travail elle est un sujet, alors toi tu le dis, je pense, dans une perspective de construction, mais c'est aussi parfois je pense, dans une perspective opérationnelle, financière, d'accès aux droits, de... enfin il y a plein de choses qui se jouent derrière, et du coup, là, moi je trouve qu'on est pas les mieux placés, parce qu'on a justement... rien ne dépend de nous, quoi... ça c'est difficile, je trouve »

Certains pointent particulièrement le manque de formation sur le sujet.

Médecin D « Enfin il y a des choses très précises quand même dans le burnout, que voilà, je ne maîtrise pas assez, je pense »

Médecin K « moi je me forme sur le tas, mais bon je n'ai pas... je ne suis pas spécialiste de la psychothérapie »

En contrepartie, ces prises en charge peuvent l'occasion d'échanges d'expérience et d'outils entre collègues.

Médecin G « Il y a des vidéos, je pense, que j'avais partagées avec certaines »

Enfin, l'allongement des arrêts de travail dans certaines situations compliquées, voire bloquées, est un problème rapporté par plusieurs médecins. En effet, le paradoxe entre l'intérêt thérapeutique d'un arrêt de travail, parfois long, et la crainte d'un retour négatif de la CPAM sur cet arrêt est une difficulté à prendre en compte.

Médecin K « le retour au travail qui est à envisager, et qui parfois est un peu compliqué »

Médecin E « est-ce qu'on leur rend toujours service, au bout d'un moment, de les arrêter très longtemps ? »

Médecin I « moi je me suis dit « je vais me faire allumer par le médecin de la Caisse [d'Assurance Maladie] parce que les arrêts de travail longs, je sais plus comment... », tu te dis, c'est que si tu veux accompagner le patient, t'as pas le choix ; je me dis « il est encore en arrêt, là attends on va reprendre », parce qu'effectivement... et on se rend compte qu'il ne peut pas repartir, il va pas bien, il y arrivera pas, ça va durer on sait pas combien de temps »

L'un des participants pointe néanmoins le fait que pour lui, le burnout est une « maladie curable ».

Médecin B « moi j'ai pas le cas de gens qui soit resté dans le burnout... Après ça met plus ou moins de temps, mais ils en sont tous sortis »

Un autre décrit des occasions de discussions profondes avec ses patients.

Médecin H « c'est un cheminement plus long, enfin, qui interroge d'autres choses que strictement l'organisation quoi, c'est... c'est plus un rapport un peu à la vie et tout » ; « au bout d'un moment il y a quand même tout ce qui est plus les questions de choix de vie, tout ça, que les gens viennent partager avec nous »

III.2.10. Remarques par groupe

Dans le premier groupe, le burnout semble être une problématique, certes en augmentation, mais qui appartient désormais à la pratique quotidienne et est « managée » à l'instar d'autres pathologies fréquentes.

Médecin C « Non, parce qu'on est pragmatique, et qu'on se débrouille avec toutes les situations (*rires*) »

Médecin B « je trouve qu'avec le temps on a mis... Enfin moi j'ai mis en place un circuit avec lequel je suis content, ça marche bien »

Dans le second groupe, le sujet a résonné avec l'actualité récente, faisant évoquer une ambiance plus générale, d'augmentation de la souffrance, de la violence. Les participants ont insisté sur le coût émotionnel de ces consultations, en tant que médecin traitant.

Médecin D « Il y a plus de souffrance partout, au travail mais ailleurs aussi » Médecin E « On entend des choses mais c'est incroyable ! » Médecin D « Il y a de tout, de la souffrance à l'école, de la violence » Médecin E « De l'agressivité » Médecin G « On est dans le « quoi qu'il en coûte »

Médecin D « Et donc on en voit plus, et ce ne sont pas des consultations lambdas quoi, c'est... C'est sûr que sur une journée si tu fais vingt rhinos [-pharyngites] ou si tu fais trois burnout... Tu ne sors pas de la même façon de ta journée »

Le troisième focus group a plus particulièrement questionné la place du médecin traitant dans ces situations complexes, et les possibilités de prévention primaire et secondaire.

Médecin H « moi ça m'intéresserait de... d'être plus performant sur le repérage avant la première décompensation, c'est à dire avant le premier épisode de burnout »

Médecin H « c'est des signes d'alerte quoi, tout ceux qui nous sollicitent dans un contexte de travail alors même qu'ils ne sont pas en burnout, mais parce que ça va pas avec leur équilibre personnel... je serai pas étonné le jour où ça sera un peu plus marqué »

Médecin K « C'est du dopage, ils font du dopage, quoi, pour pouvoir tenir la cadence ! »

Médecin H « mais en faire [de la prévention primaire] pour le burnout... j'ai un doute sur le côté hyper productif, entre ceux qui n'y sont pas et ceux qui sont en situation, mais qui sont dans le déni »

IV. Discussion

1) Définition et épidémiologie

Si la littérature nous propose plusieurs définitions du phénomène de burnout, notamment articulées autour des trois dimensions de Maslach et Jackson, celle des participants de l'étude se distingue par sa base expérientielle et clinique, avec un symptôme majeur qu'est l'épuisement, et une cause unique, l'activité professionnelle ; ils insistent sur la nécessité d'explorer l'état des autres lieux de la vie du patient, en particulier l'entourage proche. En ce sens qui est le leur, il est possible définir le burnout comme un diagnostic d'élimination, sous-entendu : il nécessite l'élimination de troubles qui toucheraient ce qu'ils nomment la sphère privée. Cette distinction nécessite fréquemment du recul, du temps, et un traitement d'épreuve : l'arrêt de travail.

Les médecins interrogés soulèvent, en parallèle du manque de clarté autour de la définition du burnout, la problématique de son appropriation par le grand public ; ainsi il semble qu'à ce sujet comme régulièrement dans le monde médical - il suffit pour le réaliser d'effectuer quelques rapides recherches sur Internet - il existe un décalage entre professionnels et usagers dans l'utilisation des terminologies. Ici, les professionnels déplorent la banalisation du terme par une partie de la population mais aussi par les médias (probablement à l'origine du mésusage de leurs auditeurs), dans des cas de moindre gravité ou d'origine multifactorielle ; en effet, comme rappelé plus haut, ils considèrent l'étiologie du burnout comme majoritairement, voire uniquement, professionnelle. Zawieja propose dans son article (72) une explication à cette utilisation fréquente et peut-être plus facile, du terme burnout : une meilleure acceptation sociale par rapport à d'autres troubles de la santé mentale. Ainsi, il écrit « osons paraître iconoclaste : le succès social du burnout permet d'échapper à la stigmatisation dont souffre encore la dépression, car si le droit à la faiblesse nous est aujourd'hui plus facilement consenti, il s'accorde mal au culte de la performance », et ajoute pour étayer ses propos : « le burnout permet une externalisation de responsabilité, puisqu'il est socialement et médiatiquement véhiculé comme résultant du travail ». Se pose alors le problème de l'information correcte du grand public, afin de pouvoir communiquer avec les patients en se comprenant mutuellement.

En réaction à ce mésusage du terme possiblement, mais aussi de peur de mettre trop rapidement une « étiquette » alors que le diagnostic nécessite du recul, une partie des généralistes évite d'utiliser le terme burnout devant leurs patients. Ils se cantonnent à des expressions moins polémiques, plus générales, mais cependant justes sur le plan nosographique : « épuisement professionnel », « souffrance au travail ». D'autres au contraire sont plus à l'aise avec le mot burnout, et lui confèrent même un intérêt thérapeutique, probablement parce que le fait de nommer ainsi un ou des symptômes, permet d'en expliquer l'origine et d'aider à dépasser, entre autres, le déni. Les troubles cognitifs en particulier, ou l'irritabilité, peuvent être source d'anxiété, et leur attribution à un diagnostic décrit et surtout traitable, est un premier pas vers l'apaisement. Après des nouvelles générations et particulièrement à l'ère d'Internet, le médecin traitant se retrouve confronté à une patientèle à la fois avide d'explications et nourrie d'informations plus ou moins exactes ; cette situation peut lui conférer une véritable place d'équilibriste.

La vulgarisation du terme de burnout, dont l'origine se situe en France au milieu des années 2000 environ, n'a pas que des aspects négatifs, et les participants savent aussi reconnaître l'apport de cette diffusion du savoir : un recours plus précoce aux soins, une meilleure acceptation du diagnostic, parfois même une attitude préventive de certains patients, notamment chez les jeunes générations d'actifs. C'est une tendance que l'on retrouve effectivement en filigrane, par exemple en remarquant le nombre de thèses (21-25) écrites ces dernières années concernant le burnout, les enquêtes dont celle proposée en 2021 (114) par l'ISNAR et l'ISNI (syndicats d'étudiants, internes et assistants) sur la santé mentale des futurs médecins, et les campagnes de prévention (115) en résultant. Les jeunes seraient d'ailleurs « paradoxalement plus touchés que leurs aînés », d'après un article d'une revue de management parue en 2010 (116) : serait-ce dû à l'évolution du monde du travail, dans lequel ils entrent avec un objectif de carrière souvent ambitieux ? Ou ont-ils plus vite que leurs aînés, tendance à reconnaître leurs difficultés et à demander de l'aide ?

En termes de prévalence, les généralistes interrogés sont unanimes sur l'augmentation très importante dans les dernières années et décennies, avec pour certains la notion d'apparition du concept de burnout au cours de leur carrière. Même si les études d'incidence et de prévalence sont rares et limitées par les écueils de définition, cette tendance semble coïncider avec celle du baromètre de Santé Publique France (31).

Chronique du coronavirus

Le récent sujet du télétravail a été abordé à plusieurs reprises par les participants, en particulier à la lumière des confinements instaurés dans le cadre de l'épidémie de Covid-19, qui ont vu cette pratique se généraliser, de manière accélérée et parfois précipitée. Peu d'études ont été publiées au sujet de son implication dans la santé mentale des travailleurs, mais un certain nombre sont en cours. Les généralistes de nos focus groups ne sont pas non plus en mesure de donner encore leur pronostic sur cette situation, toutefois ils analysent que si pour une partie des patients, le travail du domicile permet d'éviter le stress des transports et de gérer leur temps de travail de manière plus souple, il présente un revers de médaille : l'effacement des frontières entre la sphère privée et le professionnel, sur le plan de l'espace mais surtout du temps.

2) Etiologies et sociologie

De manière globale, on reconnaît parmi les éléments pointés du doigt par les médecins, les étiologies mises en évidence par les études : surcharge de travail, horaires décalés, augmentation des sollicitations, manque d'autonomie ; ils incriminent en particulier l'augmentation récente et exponentielle de l'informatisation, qui malgré ses avantages évidents en termes d'accélération des échanges, présente un risque certain : l'alourdissement parallèle de la « charge mentale », expression populaire de plus en plus usitée.

Une analyse éclairante (117) de cette évolution de conditions et surtout des difficultés liées au travail a été faite par Yvan Barel, professeur d'économie et de management, dans un article de 2017 dans lequel il étudie la nouvelle « tendance » du bonheur au travail ; il décrit le changement, en l'espace de quelques années seulement, des enjeux des CHSCT : des difficultés de pénibilité des tâches et des risques liés à l'environnement physique, à la prépondérance actuelle des problèmes de bien-être au travail, avec l'apparition entre autres des termes RPS et QVT (cf. I.1.1). Selon Barel, cette mouvance, dont les buts affichés seraient la liberté et le bonheur au travail, appliquerait des procédures à double tranchant : en visant l'autonomisation et la flexibilité du cadre dans lequel évolue le salarié, elle place celui-ci dans une situation de management affaibli, obligeant continuellement l'individu à s'adapter

et à augmenter sa polyvalence. Il cite également Laurence Théry, inspectrice du travail et auteur de l'ouvrage « Le travail intenable » (118), et son confrère économiste Pierre-Yves Gomez, qui partagent l'avis qu'une partie des emplois ont progressivement été « réduits à une simple boîte noire », avec l'utilisation d'indicateurs de plus en plus nombreux et abstraits, aboutissant à la perte du contenu et du sens du travail. Pour ces auteurs qui ont profondément étudié la question, ainsi que pour le psychiatre Christophe Dejours (119), théoriste du concept de souffrance au travail, son augmentation n'est pas due à une faiblesse des travailleurs mais bien à ces modifications organisationnelles qui « cassent les métiers et isolent les individus ».

La problématique des profils, ou personnalités, plus susceptibles de développer un burnout, étudiée par Schaufeli et Enzmann (73), et retrouvée dans le modèle biopsychosocial circulaire de Delbrouck (66) dans la catégorie « hypothèses psychologiques », est également mise en avant dans la pratique de terrain. Ainsi, même si la personnalité de type A n'est pas mentionnée telle quelle, dans les trois focus groups sont rapportées des caractéristiques récurrentes chez les patients : tendance perfectionniste, investissement majeur dans le travail, parfois un important besoin de reconnaissance, qui semble fragiliser leur rapport à leur environnement de travail (hiérarchie, collègues). Si nous choisissons de suivre cette idée qu'il existerait une prédisposition au burnout, nous pourrions modifier légèrement l'affirmation de Nau dans son hypothèse de modèle explicatif de la genèse du burnout, en « rencontre d'un individu à risque, avec un environnement de travail dégradé ». Tarik Chakor, maître de conférences en sciences de gestion, analyse (120) cette situation délicate, avec une notion de différences à la fois inter et intra-individuelles menant à une inconstance d'apparition des symptômes, dans des circonstances comparables. En réponse, il propose de contrer l'approche générale des RPS, qu'il qualifie de restrictive - le risque est inéluctable dans toute activité professionnelle, il utilise le terme « fatalement » - au moyen d'une approche élargie, qui considère le risque comme d'origine majoritairement organisationnelle, et responsabilise ainsi l'entreprise, favorisant une politique de prévention.

Finalement, si les médecins généralistes déplorent leur connaissance approximative du monde du travail, on peut leur reconnaître dans le domaine du burnout, une bonne capacité d'identification des causes du mal-être de leurs patients, et ce malgré les disparités liées nécessairement à celles des professions exercées dans leur patientèle.

Le cas des conflits

D'une manière intéressante et imprévue en amont des entretiens, une grande partie des médecins interrogés n'inclue pas au sein du diagnostic de burnout, les symptomatologies ayant pour origine un conflit interpersonnel sur le lieu du travail ; l'un d'eux utilise le terme de « harcèlement », qui fut la source de nombreux débats.

Cela m'a interrogé, car j'ai eu le privilège d'assister dans le cadre de cette thèse à une séance du CRRMP des Pays de la Loire, et certains dossiers étudiés concernaient des individus dont la qualification en maladie professionnelle mettait en cause une personne clairement désignée, en général un supérieur. De plus, la littérature, avec notamment les travaux de Gil-Monte (53) et les retombées historiques (59) de l'affaire France Telecom (dans laquelle, si le système entier était en cause, la pression quotidienne était exercée par les managers de proximité), ne semble pas exclure ces situations de conflit, du tableau général de burnout.

Néanmoins, au regard des difficultés présentées pour séparer origine purement professionnelle et origine multifactorielle, on peut concevoir que dans le cas de problématiques interpersonnelles, le médecin traitant reste prudent. En effet, il ne s'agit pas nécessairement de situations relevant de la prise en charge médicale, et elles sont particulièrement dépendantes du ressenti individuel.

3) Clinique

Le découpage en symptômes physiques, psychiques et comportementaux est rapporté presque trait par trait par les participants décrivant leurs patients, en particulier les symptômes somatiques, l'anxiété marquée par des insomnies, les conduites d'évitement. On retrouve aussi chez certains une description similaire au tableau clinique décrit par Maslach et Jackson, composé des trois dimensions du MBI, avec chez les patients un triptyque épuisement, irritabilité, perte de sens ; cependant le tableau général le plus rapporté, en particulier dans les différents cas cliniques (annexe 4) est celui décrit par l'équipe de médecine du travail (4). La notion d'apparition progressive des symptômes,

bien qu'elle soit en partie abordée, notamment par son extrême que représentent les idées suicidaires, aurait peut-être mérité une question plus précise au sein du questionnaire, afin de vérifier avec plus de précision les approches de Burisch (90) et Zawieja (91).

De manière générale, le diagnostic clinique ne semble pas problématique pour les médecins interrogés ; une des difficultés apparaît cependant lorsqu'ils se heurtent à une attitude qu'ils définissent comme quasi-constante, et sur laquelle la littérature insiste pourtant peu : le déni. Si le tableau clinique « classique », décrit par Maslach et Jackson, Delbrouck mais aussi Burisch et Zawieja, semble l'impliquer par son évolution à l'allure inéluctable, le déni n'est réellement nommé que par l'équipe de Clément Duret, sans oublier les prémices existant dans les articles de Freudenberger (38). Une analyse intéressante en est également faite dans l'article Syndrome de Fatigue Professionnelle de la Revue Médicale de Liège (16), qui illustre assez justement la vision de certains participants : les auteurs comparent l'évolution du burnout à celle du processus de deuil, « du déni à l'acceptation » ; ils déroulent donc en parallèle les différentes phases que sont le déni, la révolte, la négociation, la victimisation, le découragement et enfin l'acceptation. Le stade de négociation apparaît également dans notre étude, lorsque les médecins traitants décrivent le refus répété d'arrêts de travail de la part du patient, ou les demandes d'examens complémentaires.

4) Un outil primordial : le temps

Les différents outils proposés par la littérature sont peu utilisés par les participants, et ce pour plusieurs raisons. D'une part est invoqué le manque de formations, initiales ou continues, dédiées au burnout et donc à la présentation de ces outils. D'autre part et en parallèle des critiques de la littérature, l'absence de seuil ou score permettant d'affirmer ou d'infirmer le diagnostic, rendent ces échelles peu efficaces en pratique clinique. Pourraient-elles avoir un intérêt dans le suivi, permettant d'évaluer l'évolution d'un patient ? Car s'il est un outil important dans le diagnostic, l'évolution et l'accompagnement des patients en burnout, il faut nommer le temps. Pour les chercheurs, il s'agit de l'installation progressive de la symptomatologie, avec pour certains une sorte de « route » toute tracée menant au tableau le plus grave, celui de l'individu suicidaire. Du côté des médecins interrogés,

le temps est utilisé tout d'abord dans un souci de diagnostic positif, ou différentiel : en effet, peu se disent capables d'affirmer dès la première consultation, que la cause exacte et certaine des symptômes présentés par un patient, est un burnout. Ils ont besoin tout d'abord de l'écouter, puis de le revoir, de manière rapprochée en général, afin d'évaluer l'effet de l'arrêt de travail voire de le prescrire, dans les cas où il a d'abord été refusé. Ensuite, l'évolution des symptômes, si elle reste propre à chaque individu, nécessite dans tous les cas un accompagnement régulier, comprenant plusieurs phases, comme décrites dans la Revue Médicale de Liège (17) : acceptation, reconstruction, question du sens.

Toutefois, on remarque dans les échanges que, si les outils en question ne sont pas utilisés formellement, il existe toujours une grille de lecture en arrière-plan dans la consultation, permettant d'aborder les différentes facettes du diagnostic suspecté, à travers une écoute active et parfois semi-dirigée. Les participants sont notamment tous conscients de l'importance de la recherche de signes de gravité (idées noires et suicidaires, sentiment d'impasse, de désespoir), de l'évaluation des facteurs de fragilité (isolement, antécédents dépressifs ou anxieux) ainsi que des facteurs de risque d'enkystement de la situation, parfois similaires. Les grandes lignes sont celles de l'analyse de tout problème de santé mentale : humeur, symptômes anxieux, sommeil, appétit, symptômes cognitifs, idées noires et suicidaires... ce qui explique finalement l'usage d'échelles type Hamilton ou MADRS, destinées originellement au diagnostic d'un trouble dépressif.

5) Dépression, différentiel et gravité

Prenant le contrepied des querelles scientifiques sur l'appartenance du burnout aux troubles dépressifs, la pratique quotidienne pose une distinction relativement claire entre burnout et dépression, en particulier via l'atteinte ou la préservation de la sphère privée, et la réaction à l'arrêt de travail. Quelques bémols cependant : le risque d'évolution vers un authentique syndrome dépressif en l'absence de prise en charge, notamment dans des cas de déni sévère dans une population (jeunes actifs et adultes en bonne santé) qui consulte peu ; et la possibilité de complications également de cet

ordre, chez des patients ayant des antécédents psychiatriques, en particulier s'ils ont déjà nécessité un traitement antidépresseur par le passé.

Nous avons donc ici entre burnout et dépression, à la fois une franche différence et un continuum ; ce paradoxe, alimenté par le fossé creusé entre une pathologie aux limites claires et à la symptomatologie définie presque mathématiquement par une classification (cf. II.3.5) – l'épisode dépressif – et un trouble d'origine professionnelle aux frontières imprécises ; est peut-être finalement celui dont parle Renzo Bianchi (111) lorsqu'il déplore la comparaison, entre une symptomatologie « précoce » de burnout et une dépression « avancée ». Pour autant, il semble extrême de conclure, dans son sillage, que dépression et burnout sont deux faces d'une même pathologie ; ce ne serait en tous cas pas l'avis des participants des focus groups.

Evoqué en tant que diagnostic différentiel, la symptomatologie dépressive n'est finalement que peu abordée dans la littérature, exception faite de Mattias Burisch (90), comme un diagnostic de gravité, ce que proposent ici les médecins généralistes. Le Dr Duret dans sa fiche pratique à l'usage des médecins du travail (4), fait mention de l'importance capitale d'explorer le risque suicidaire, notamment au moyen de la règle RUD (Risque/Urgence/Dangerosité), toutefois sans associer ce risque à un syndrome dépressif, qu'il cite directement comme différentiel ; la HAS dans sa fiche de recommandations (89), parle de pathologies psychiatriques « sous-jacentes » qu'il conviendra de dépister dans la même démarche que le risque suicidaire, sur lequel elle insiste aussi.

Au total, si elle mériterait une précision d'ordre scientifique, la relation entre burnout et dépression ne semble pas être source de dilemme diagnostique pour les médecins généralistes.

La HAS rappelle d'autre part, la nécessité d'un bilan somatique guidé par la symptomatologie. A ce sujet, les participants décrivent une grande disparité et un manque de spécificité des symptômes, ce qui est également rapporté par les auteurs de littérature scientifique. Ils évoquent toutefois des situations (annexe 4) dans lesquelles les symptômes physiques ont pu être le mode d'entrée dans la pathologie, ou plutôt le motif de consultation ; s'il est une évidence qui transparaît dans les échanges, c'est la méfiance envers ces symptômes somatiques persistants ou récurrents, en particulier lorsqu'ils ne sont pas spécifiques et même si les examens complémentaires restent négatifs ; c'est alors dans

le contexte plus général, notamment personnel et professionnel du patient, que se trouve habituellement leur déclencheur.

6) Les questions administratives

Comme abordé au début de cette discussion, malgré la proposition par la littérature de nombreuses définitions du burnout, la pratique quotidienne ne s'attache pas à faire la distinction sur le plan des détails ; cependant, même face à des patients présentant ces symptômes exacts, une partie des médecins évite le terme burnout. Est-ce dû à l'incapacité à considérer « officiellement » ce diagnostic, sur le plan administratif ? Les participants se servent le plus souvent des ressources à leur disposition, à savoir les arrêts maladie classiques, et donc des cotations proposées dans ce cadre, que sont « trouble anxio-dépressif mineur », « asthénie », « trouble anxieux » ou encore « syndrome anxio-dépressif », et pour certains seulement, « burnout ». Ce fonctionnement, s'il est efficient sur le plan personnel, et finalement assez proche de la réalité puisque ces différents diagnostics décrivent en pratique la symptomatologie traitée, ne permet cependant pas une analyse au niveau populationnel par étude des motifs d'arrêt de travail. La parution de la onzième version de la CIM (15), contenant un code spécifique pour le burnout (QD85), sera-t-elle l'occasion de l'entrée en vigueur d'une cotation « burnout » au sein des logiciels de la CPAM ?

Car l'implication du contexte professionnel en tant qu'étiologie, et donc comme unique cause, est un véritable dilemme pour certains participants : d'une part sur le plan administratif, et par conséquent celui de la prise en charge ; d'autre part et peut-être de manière plus concrète, sur le plan de leur rôle de médecin. En effet, s'ils ne sont pas en difficulté pour reconnaître le burnout chez leurs patients, la perspective de mettre officiellement en cause l'activité ou le contexte professionnel leur paraît un pas dans l'inconnu : celui du monde de l'entreprise qu'ils ne côtoient que peu, et auquel ils n'ont accès qu'à travers le regard et le jugement du patient impliqué ; on comprend de fait la complexité pour évaluer et juger de la causalité : est-ce finalement le rôle du généraliste ?

Interrogé à ce sujet, un médecin conseil de la CNAM 44 a clarifié plusieurs interrogations soulevées par les focus groups. D'une part, s'agissant de la branche maladie (en opposition à la branche AT-MP,

accident du travail et maladie professionnelle) de la Sécurité Sociale, un médecin est autorisé à utiliser les termes « burnout » et « épuisement professionnel » s'il estime qu'ils sont justifiés. Il sera alors possible, comme pour tout arrêt maladie, notamment s'il venait à durer, que le patient soit convoqué par un médecin de la CNAM, sans que la qualification de son arrêt ne puisse être remise en cause. D'autre part, au sujet de la déclaration, déjà effectuée par presque tous les médecins de notre étude, en accident de travail, il argumente (à raison) que le processus de burnout ne s'apparente absolument pas, dans son histoire naturelle, à un évènement brutal. Il conçoit cependant que cette branche puisse être parfois choisie par certains médecins, en cas d'évènement intercurrent qualifiable en accident. En effet, entre accident de travail et maladie professionnelle, les procédures diffèrent de manière très importante en termes de délai ; en cause, la présomption d'imputabilité, automatique dans le cadre de l'accident de travail, et qui n'existe pas dans le cadre de la demande de reconnaissance en maladie professionnelle : là, le patient doit apporter la preuve, au moyen d'un dossier, de l'implication de son activité professionnelle dans ses troubles, puis obtenir du CRRMP la validation de « seuil » des 25% d'IPP (cf. II.4.3).

A ce propos, le médecin conseil précise une modification récente des directives de la CNAM : auparavant, si un certificat médical initial (CMI) rédigé pour un dossier de demande de reconnaissance contenait le terme « burnout », il était conseillé au médecin dont émanait la demande, de remplacer ce terme par une terminologie compatible avec la CIM. De fait, la demande en elle-même impliquait la mise en cause du travail dans la pathologie, toutefois le burnout n'était pas (et n'est toujours pas) considéré comme une pathologie ; cette demande était donc faite au terme d'un syndrome anxieux, dépressif ou anxio-dépressif, ou d'un trouble de l'adaptation. Désormais et depuis environ un an, il est possible d'utiliser le mot burnout. Notre interlocuteur évoque comme cause de ce changement, la multiplication des publications qui accèdent le burnout comme « une pathologie à part entière ». Il émet cependant une réserve concernant les cas de conflit ou harcèlement, et conseille aux généralistes de ne pas utiliser certains termes à l'écrit et de ne jamais désigner de personnes (règles de rédaction des CMI, 121), n'étant pas en mesure de qualifier ce qui s'apparente à un délit : ceci sera de l'ordre de la justice, si le patient le décide. Il semblerait donc que des évolutions soient envisageables au sein de la Caisse d'Assurance Maladie, au vu des récentes publications sur le burnout et de leurs retombées en termes médicaux, médiatiques et financiers.

7) Rôle du médecin traitant et collaboration

Qualifiée de rôle central par la littérature, de « chef d'orchestre », la place du médecin traitant dans le diagnostic et la prise en charge du burnout est assumée comme telle par les participants de notre étude ; en effet on comprend au fil des échanges, en particulier à travers les nombreux cas cliniques (annexe 4), qu'il s'agit d'un phénomène auquel ils sont confrontés au quotidien. Il se dégage de leurs récits une atmosphère propre à l'exercice de la médecine générale, dont le sens premier est ce rôle de médecin traitant, qui s'inscrit dans la durée : le suivi sur le long terme et la connaissance personnelle du patient semblent être pour ces médecins des atouts majeurs dans le diagnostic positif du burnout. On retrouve le burnout en diagnostic d'élimination, comme proposé par la Revue Médicale de Liège (16), et une connaissance intime du patient, de son entourage, de son histoire et notamment de son parcours professionnel, permettent alors un meilleur ciblage de l'étiologie d'un épuisement ou de symptômes anxiodépressifs.

Sur certains points, notamment celui de l'implication du travail dans la symptomatologie, les participants décrivent comme utile voire primordiale, la collaboration avec le médecin du travail, afin d'obtenir une expertise et un regard plus global sur la situation dans l'entreprise en général, et parfois sur le fonctionnement du patient dans ce contexte qu'ils ne peuvent que se représenter. Ils évoquent également le relais avec le psychologue, incontournable, et parfois même avec le psychiatre, ce dernier surtout lorsqu'il s'agit d'un patient qu'il aurait déjà suivi et traité auparavant, ou bien devant des signes de gravité. Aucun n'a cependant mentionné de nécessité d'hospitalisation, bien qu'il existe des structures d'accueil (122) dédiées à la prise en charge des troubles engendrés par le travail, ainsi que des propositions dans des centres de cures thermales.

Enfin, l'un de participants a insisté sur une spécificité du burnout, à laquelle font également référence Mesters et al (17) dans un paragraphe sur la dernière étape de prise en charge, intitulée « question du sens et des valeurs » : sa propension à faire émerger chez les patients des questions existentielles quant à leur place dans la société, leurs objectifs, leurs valeurs et finalement leur vision et leur quête du bonheur. Le fait d'être témoin et de devoir accompagner ce questionnement est exigeant, mais c'est aussi un privilège.

V. Conclusion

Nous avons donc exploré ce que représente actuellement le diagnostic du burnout, sur le plan théorique puis sur le plan pratique, avant de comparer ces deux approches au sein de la discussion.

Nous avons ainsi pu révéler un phénomène décrit par les généralistes comme fréquent et en constante augmentation, malgré l'absence de données épidémiologiques suffisamment fiables pour le confirmer. De plus, si le burnout semble pouvoir représenter un réel problème de santé publique, sa prise en charge, à commencer par le diagnostic, s'avère nécessairement centrée sur l'individu.

Nous avons également appris qu'il se présentait le plus souvent par une symptomatologie typique et unanimement décrite, sans nécessiter en règle générale d'outils ni d'examens complémentaires, mais que son diagnostic avait fréquemment pour obstacle le déni du patient. Il requiert ensuite une analyse du contexte de travail, exigeante pour les intervenants de premier recours, peu familiers du monde professionnel, qui s'ajoute à celle du contexte personnel et familial, plus naturelle pour un médecin traitant ; les participants s'accordent avec la littérature pour insister sur l'importance de mesurer le risque suicidaire, témoin d'une forme grave.

D'autre part, dans les classifications de santé mentale, le burnout n'est officiellement pas reconnu comme une pathologie ; pourtant, s'il ne correspond pas à un tableau dépressif, en pratique il arrive qu'il évolue vers celui-ci, particulièrement s'il est négligé.

Au plan administratif, le burnout ne peut à ce jour être déclaré comme maladie professionnelle qu'au moyen d'un dossier d'exception, coûteux en temps et en énergie de l'avis des praticiens, ce qui aboutit en pratique à un amalgame avec d'autres diagnostics, moins précis et qui ne nomment pas l'étiologie professionnelle des troubles. Il est parfois à l'origine de déclarations en accident de travail, qualification pourtant peu adaptée à la chronologie du phénomène.

Enfin, le burnout est un authentique sujet de médecine générale, car il nécessite une prise en charge holistique, pluridisciplinaire et coordonnée, du diagnostic à la prévention secondaire, et un accompagnement individualisé et évolutif ; la position de médecin traitant semble offrir un réel avantage pour

un diagnostic précoce et une prise en charge efficiente et bienveillante. Cependant, si certains médecins l'ont facilement incorporé dans leur pratique quotidienne, il demeure encore un concept flou pour d'autres, qui déplorent un manque de formation et de communication, et en conséquence évitent d'utiliser le terme burnout.

Nous nous pouvons qu'espérer que les dernières modifications de la CIM et l'apparition dans la 11^{ème} version d'un code dédié au burnout (même s'il n'est pas classé parmi les pathologies), puissent permettre une évolution des pratiques et clore certains débats ; ceci notamment, en associant ce trouble avec une définition plus claire car médicale, en le reconnaissant au niveau individuel mais aussi administratif - et donc populationnel, et en permettant ainsi aux chercheurs de mener des études épidémiologiques sur des bases plus solides. Cette amélioration pourrait également entraîner une homogénéisation des pratiques cliniques, autant diagnostiques que thérapeutiques, et qui sait, l'émergence de propositions pour endiguer l'augmentation déplorée par les praticiens ? Toutefois, une communication efficace, autant à destination des professionnels concernés que du grand public, sera nécessaire pour tirer le maximum de cette évolution de classification.

VI. Annexes

ANNEXE 1 : TRAME D'ENTRETIEN SIMPLIFIEE (envoi préalable aux participants)

Veillez trouver ci-dessous la trame de questions qui vous sera proposée lors du focus group, lequel constitue le volet d'étude de ma thèse d'exercice.

Le sujet de cette thèse est le diagnostic du burnout en Médecine générale, et ces questions ont pour but d'analyser vos pratiques individuelles.

- Comment posez-vous un diagnostic de burnout ?
- Quelles démarches faites-vous à l'issue de la première consultation (durant laquelle vous avez diagnostiqué un burnout) ?
- Comment vous situez-vous en tant que praticien par rapport aux débats sur le burnout ?

Le principe du focus group : il s'agit d'un entretien de groupe, qui permet donc de recueillir vos différents témoignages et opinions, mais également de susciter des réactions et discussions entre vous.

Il n'existe pas de réponse attendue ou « juste », et l'objectif est celui de la variabilité maximale : la participation de chacun a donc toute son importance.

Il est d'usage de rappeler que les échanges auront lieu dans une ambiance de confraternité bienveillante, avec un souci de non jugement.

Je reste disponible pour toute interrogation ou précision.

Merci d'avance de votre participation !

Marguerite Camphuis
DES 3 Médecine Générale
marguerite@camphuis.fr

ANNEXE 2 : TRAME D'ENTRETIEN COMPLETE (version initiale)

- L'un de vous pourrait-il nous décrire en quelques phrases une consultation de son choix, durant laquelle il a diagnostiqué un burnout ?

- Comment posez-vous ce diagnostic ?
 - clinique, dont place des symptômes somatiques
 - utilisation d'outils, si oui lesquels ?
 - diagnostics différentiels

- Quelles démarches faites-vous à l'issue de la première consultation (durant laquelle vous diagnostiquez un burnout) ?
 - conseils, orientation, thérapeutique
 - sur le plan administratif

- Comment vous situez-vous en tant que praticien par rapport aux débats sur le burnout ?
 - définition et diagnostic controversés, épidémiologie, physiopathologie
 - recoupement avec la dépression
 - rôle du généraliste
 - reconnaissance en maladie professionnelle
 - sujet médiatique et de société

ANNEXE 3 : TRAME D'ENTRETIEN COMPLETE (version modifiée)

- L'un de vous pourrait-il nous décrire en quelques phrases une consultation de son choix, durant laquelle il a diagnostiqué un burnout ? Puis pour tous :
 - définition du burnout
 - étiologies

- Comment posez-vous un diagnostic de burn-out ?
 - clinique
 - processus diagnostique
 - utilisation des outils : oui/non, lesquels
 - signes de gravités
 - diagnostics différentiels

- Quelles démarches faites-vous dès la première consultation ?
 - administratif : arrêt maladie, accident de travail, maladie professionnelle
 - collaboration ou adressage : médecine du travail, psychiatrie

- Comment vous situez-vous en tant que praticien par rapport aux débats sur le burnout ?
 - définition et diagnostic controversés, épidémiologie, physiopathologie
 - évolution de la prévalence
 - recoupement avec la dépression
 - rôle du généraliste : responsabilité, prévention, dépistage
 - reconnaissance en maladie professionnelle
 - sujet médiatique et de société, utilisation du terme par les patients

ANNEXE 4 : CAS CLINIQUES

A défaut de pouvoir placer en annexe l'intégralité de la transcription des focus group, en voici des morceaux choisis, qui illustrent les différentes situations auxquelles peuvent être confrontés les participants dans le quotidien de leur exercice.

Médecin I – EFFONDREMENT

J'ai en tête une histoire très récente : un patient de cinquante ans environ, qui est arrivé en consultation et qui pendant cinq minutes est resté debout, de dos... alors je lui dis « qu'est-ce qu'il se passe ? qu'est-ce qui vous amène ? » ; il s'est retourné, il s'est mis à pleurer - je n'avais encore jamais vu ça ! - en disant « je craque, je craque » ; dans la salle d'attente il m'a dit bonjour, il y avait du monde, il m'a souri et là, je ferme la porte : terminé, épuisé, écroulé vraiment physiquement, à tel point que j'ai attendu un moment qu'il arrête de pleurer. Après il m'a dit « personne n'est au courant, ma femme ne sait pas, je viens parce que je n'en peux plus » et puis il continuait, il m'a dit « pour l'instant je ne peux pas m'asseoir » [...] Je le laisse tranquille, j'écoute, effectivement il est au bout, plus de concentration, il a des horaires pas possibles, il travaille à une heure de chez lui, et c'est quelqu'un qui a appris son métier un peu tout seul, qui est entré dans la boîte par le bas, et aujourd'hui il est cadre, il travaille avec des jeunes qui sont plus performants maintenant au niveau informatique etc.

Médecin E - EPUISEMENT

La dernière que j'ai eue, elle allait travailler, elle était dans sa voiture et elle ne pouvait pas sortir de sa voiture, elle a commencé à pleurer et elle n'arrivait pas à sortir ; après j'essaie toujours d'interroger ce qui se passe à la maison, et je ne trouvais rien d'autre...

Médecin B - SOMATIQUE

J'en ai une, y a quinze jours, que j'ai revue aujourd'hui pour un deuxième rendez-vous, que j'avais arrêtée, le symptôme principal c'était un mal de ventre, mais en fait elle faisait des crises d'angoisse... Alors le traitement anxiolytique a marché, et elle m'a dit « je me rends compte que les douleurs que j'avais, c'était lié à des crises d'angoisse, et pas à quelque chose de physique ».

Médecin K – CULPABILITE

J'ai vu une jeune qui travaille dans une thalassothérapie, qui se présentait avec un syndrome dépressif classique, avec tristesse de l'humeur, anxiété, crises d'angoisse... On a exploré forcément le côté travail, et elle m'a dit qu'il y avait pas mal de ses collègues, pour cause de covid, qui étaient en arrêt ou malades, et donc elle se sentait débordée par la charge de travail ; et bien que le métier lui plaise, elle commençait à se sentir débordée. En fait ce qui était compliqué pour elle c'est qu'elle ne voulait pas - et je pense que c'est un peu classique dans le burnout - elle ne voulait s'arrêter, enfin diminuer sa charge de travail pour ne pas léser ses collègues, pour ne pas que ça reproduise ce qu'elle vivait. J'ai discuté avec elle de l'intérêt de prendre de la distance par rapport au travail, pouvoir prendre du temps pour soi... et donc au final je l'ai arrêtée ; mais déjà elle ne m'a pas parlé d'emblée que c'était le travail, et elle ne voulait pas non plus forcément décrocher tout de suite.

Médecin I - DENI

Ça me fait penser à une patiente que j'ai vue cette semaine, je lui dis « qu'est-ce qui vous arrive ? », « je suis venue parce que je suis partie, je suis en faute professionnelle : je suis partie de mon boulot en claquant la porte, il me faut un arrêt de travail » donc je lui dis « expliquez-moi ce qui s'est passé » et puis alors la pschhht (*geste de larmes qui coulent*) ; et donc c'est une assistante dentaire qui travaille avec quelqu'un depuis vingt ans, et elle n'en peut plus parce qu'elle a un employeur qui est un grand malade, et là elle me dit « je ne peux plus, je suis arrivée au bout » mais elle est venue me le dire en fait, en disant « j'ai besoin d'un arrêt de travail, parce que j'ai quitté le boulot, j'ai claqué la porte », elle n'est pas venue me dire « je suis en burnout », alors que c'est probablement ce qui se passe.

Médecin D – PERTE DE SENS, TERRAIN DEPRESSIF

C'est un patient d'une cinquantaine d'années, qui a un poste de syndicaliste pour lequel il est payé, c'est à dire que ce n'est pas du bénévolat. En fait c'est quelqu'un qui travaillait dans le monde du spectacle, qui était au son et qui a toujours eu des convictions par rapport à la défense de ses collègues, et donc maintenant il travaille, je ne sais plus si c'est comme secrétaire ou directeur adjoint, dans le syndicat. Il est venu parce qu'il avait des différends avec ses supérieurs, il a un poste qui est basé sur Paris donc il fait beaucoup de navettes, il dort à l'hôtel, et quand il est sur place et il n'y a pas d'heures, il ne va pas avoir de loisirs ni rien, donc il se donne à fond, il a beaucoup de missions ; et il a aussi beaucoup de gens autour de lui qui sont en souffrance depuis environ un an, à cause du covid. Et ce patient est venu me voir parce qu'il avait une fatigue très importante, il avait perdu le sens de son travail, et il commençait à y avoir des angoisses à l'idée d'aller au travail [...] Et mon syndicaliste c'était ça aussi, c'est à dire qu'il était tellement submergé qu'il ne pouvait plus aider les gens, et donc, son métier n'avait plus de sens [...] Mais tu vois ce patient, qui avait un passif dépressif, il n'arrivait plus à sortir quand même de ce syndrome d'épuisement, donc je l'ai fait revoir au psy qui l'avait vu et qui l'a remis sous anti-dépresseurs, et ça l'a amélioré ; il n'a toujours pas repris le travail mais ça l'a amélioré sans doute, même s'il avait encore des angoisses, il était moins fatigué.

Médecin A – SURCHARGE, ALERTE

J'en ai une là, que j'ai commencé à voir à l'automne à l'automne dernier, et qui est venue... En fait du coup c'est son mari et ses enfants qui lui ont dit qu'il fallait venir me voir, que vraiment elle n'allait pas bien, fatiguée, je crois qu'elle pleurait déjà, et puis des nausées, je me souviens elle avait ce côté-là, envie de vomir, pas bien, vraiment pas bien et en fait... je ne sais plus si elle m'a parlé tout de suite du travail ou pas... Enfin quand même assez vite parce que je lui ai demandé, comment ça s'est passé avec le confinement, le télétravail ; en fait ce qui s'est passé, c'est qu'il y avait une procédure de licenciement pour cause économique qui était en cours, et son patron venait de lui dire que de toutes façons, elle, il la garderait. Et donc elle s'est rendu compte qu'elle était déjà exploitée, depuis plusieurs mois, puisque le patron déclarait du chômage technique et la faisait bosser autant que si elle n'était pas au chômage technique ; du coup avec le départ des autres pour motif économique, elle allait se retrouver encore avec de la charge de travail en plus... et en fait, elle était au bout du rouleau, elle n'arrivait plus à donner plus [...] Quand on l'a alerté en fait, elle a tout de suite situé, on lui a dit « non mais ça ne va pas du tout, va voir un médecin », et en fait elle je pense qu'on était vraiment au bord du précipice, et le fait de l'avoir mise en arrêt et tout, elle a pris tout de suite du recul et on n'a pas basculé en fait donc elle a compris ; là elle a quitté sa boîte, et elle va vite retourner

au boulot.. Mais parce qu'on l'a alerté ! [...] Typiquement, quand elle bosse comme une tarée et que l'employeur lui dit « non mais ça va reprendre, vous savez » ; elle travaillait dans le monde de l'événementiel, et donc son employeur lui disait « non, mais il faut tout faire ça, parce qu'au mois d'octobre on reprend à fond ». Je lui ai dit, et elle a réfléchi, elle s'est dit « en fait, il n'y avait que lui qui pensait ça en France, qu'au mois d'octobre le spectacle allait reprendre à fond ». Donc elle a bossé comme une tarée, il y avait du chômage technique, et au final il fait quand même un licenciement économique. [...] Cette patiente par exemple, elle n'est pas allée aux prud'hommes, mais elle a négocié un très bon départ, parce qu'elle les a menacés justement de dénoncer son temps de travail, avec le fait qu'il y ait du chômage technique [...] Si tu veux par rapport aux aides qu'il y a eu, elle avait des preuves, des horaires de connexion, donc elle a négocié sa sortie, très bien ; parce que l'employeur là il est mal, parce que tu vois, il a quand même reçu plein d'aides dans le cadre du chômage technique lié à la covid, et il a fait bosser ses gens autant, voire même plus. Donc ça s'est bien passé, mais quand elle a été prête et quand elle a senti que ça allait mieux, elle m'a dit « je suis OK pour telle date », on a validé une date butoir et elle a négocié son truc et elle m'a dit « je n'ai pas de boulot mais avec ce que j'ai négocié, c'est très bien » elle s'en fiche, là elle est couverte, et elle va vraiment pouvoir partir sur autre chose.

Médecin A - MANAGEMENT

J'en ai une qui change de boulot, parce que ça fait six mois qu'on lui dit qu'elle va passer en burnout : tous les dimanches soir elle faisait une crise d'angoisse, elle m'appelait pour savoir si il fallait qu'elle fasse un test PCR (covid), parce qu'elle avait des troubles respiratoires ; et en fait ils ont calculé que pour la remplacer, il fallait deux à trois personnes, parce qu'elle tenait trois postes, et ça fait un mois qu'elle écrit tout ce qu'elle fait comme tâches, un mois avant de quitter sa boîte, et elle n'aura pas fini mais ça y est, elle a décroché, et elle a dit non. Ils voulaient qu'elle appelle la nouvelle boîte et qu'elle décale son embauche pour qu'elle ait encore quinze jours dans l'ancienne boîte, tu vois là c'est un vrai problème de manager, qui a rajouté, rajouté...

Médecin A - EQUILIBRE

J'en ai eu un, son manager lui a dit « ta femme s'est barrée ? Ecoute, ce n'est pas grave, moi aussi, du coup j'ai donné encore deux fois plus à mon entreprise : je gagne deux fois plus » ; ça a été la réponse de son manager « t'inquiète, tu n'as qu'à bosser plus, tu oublieras ta femme », alors que là le départ de la femme manifestement, il y a autre chose, mais le travail a quand même contribué ; parce que la sonnette d'alarme, entre sa femme et moi, on la tirait peut-être depuis trois ans.

Médecin E - MEDECIN

J'ai vu une collègue samedi en formation qui a fait en burnout, je lui ai dit « comment ça... ? ». Et donc en fait, elle n'a pris que quinze jours d'arrêt de travail, parce qu'elle n'était pas indemnisée par sa prévoyance - voilà comme on est bien soutenus ! - et maintenant elle travaille à mi-temps, elle a diminué son temps de travail, donc elle a diminué ses revenus, et elle fait du yoga.

Médecin I - METIERS DU SOIN

J'ai en tête aussi des histoires de gens qui travaillent dans la santé, avec l'humain, qui ont peur d'être maltraitant, parce que les conditions de travail sont telles, qu'ils ne peuvent plus faire ce qu'ils faisaient avant. Une infirmière m'a dit « ce n'est pas que je n'aime plus mon travail, mais j'ai l'impression

de mal faire mon travail : j'ai peur d'être maltraitante avec les gens que je soigne, c'est insupportable » ; et ils changent, parce qu'ils se disent « je ne me vois plus faire ça ».

Médecin A - INADAPTATION, PROFIL

J'en ai une, ça n'allait pas du tout en fin d'année, parce que cela fait quinze ans qu'elle s'occupe des petites sections (de maternelle) et la nouvelle directrice l'a mise sur la grande section, et les derniers mois elle ne pouvait plus bosser, parce que c'était l'angoisse, il y avait plein de trucs qu'elle ne savait pas faire. Elle n'était pas dans le burnout, elle était juste inadaptée à un changement de poste, un peu « pas préparée ». Au final elle voulait changer de boulot, et elle s'est dit « c'est n'importe quoi, je vais reprendre les petites sections et puis ça ira bien ».

Médecin I - MALTRAITANCE

J'ai eu un malaise au travail, avec hospitalisation, la patiente était secrétaire, elle s'est faite incendier, insulter par son patron, le directeur ; elle s'est levée et puis elle s'est écroulée, SAMU, etc. donc accident de travail ; et ça été reconnu [...] C'est quelqu'un qui déjà n'en pouvait plus, qui était maltraitée au travail, c'était grave vraiment, je dirais... oui, de la maltraitance ; alors effectivement, elle faisait des heures pas possibles, mais elle était maltraitée au travail.

Médecin E - ACCIDENT DE TRAVAIL

J'ai eu le cas pour une cadre de l'hôpital, qui avant le début de l'année, en réunion, s'est faite incendier par le chef de service, qui lui a dit qu'elle était incapable de faire son travail et tout, devant tout le monde ; et donc moi au début je l'avais seulement arrêtée, elle a vu le psychiatre et il l'a faite passer en accident de travail parce qu'il y a eu un évènement assez brutal qui a déclenché... En fait après, elle m'a raconté que ça faisait des semaines et des semaines qu'il se passait des choses au travail, ce n'est pas arrivé comme ça ; et cet évènement a fait qu'elle a dit « je n'y retournerai plus », elle a été humiliée.

Médecin G - RECONVERSION

J'en ai un qui a changé de travail, et il va beaucoup mieux : il est passé de commercial, à faire de la route, des heures pas possibles en voiture... A un moment donné, il a monté sa propre entreprise de réflexologie plantaire : il est super content ! Il y en a un autre, surcharge parce que le patron en demande toujours plus, et là il a dit « non, là stop, je change d'employeur » et ensuite ça allait mieux.

Médecin H - CONFINEMENT

J'en avais qui travaillaient dans la banque, ils sont partis monter leurs petits trucs d'artisans, faire des bijoux et monter leur petite entreprise ; il y en a qui étaient à Paris, qui sont venus travailler ici, alors dans la même entreprise, mais sur un poste complètement différent [...] et j'en ai, notamment des enseignants, qui ne sont pas la profession la plus habituellement en burn-out, ils peuvent être en difficulté professionnelle mais pas authentiquement en burn-out. Avec le confinement, le fait d'avoir ce relationnel très particulier - on leur demandait toujours de faire de façon individualisée, et c'était sûrement beaucoup plus consommateur de temps ; ils ont développé un rapport au travail... ce surinvestissement, devoir rappeler les gens en soirée, les enfants, d'une façon ou d'une autre, ça a donné des situations...

Médecin B - RECIDIVE

Une patiente que j'ai vue, pareil, alors c'était plutôt un problème de management, changement de responsable avec gros chamboulement, et une pression au niveau des responsables ; une dame que j'avais vu il y a sept ou huit ans, pareil, pour un épuisement au travail - dans un autre contexte. Et puis ça s'était arrangé, depuis ça allait très bien, et là il a eu un changement de chef, et je pense qu'elle est venue tôt parce qu'elle a déjà vécu ça. Cette fois je l'ai vue tout de suite, elle me disait « voilà avec mon nouveau chef ça ne se passe pas bien » ; et il y a quelques années [...] elle était retournée travailler, mais là elle est venue plus vite et tout de suite elle a réalisé que ça n'allait pas, que c'était vraiment le travail, enfin elle voyait bien la problématique.

Médecin H - A RISQUE

C'est ça je dirais : un gars qui n'habitait pas loin de chez moi, qui avait son entreprise et il prenait des chantiers, des chantiers... il était dans le stress et tout, il ne savait plus par où le prendre ; pour moi ce n'est pas un burnout parce que d'abord il n'a jamais authentiquement décompensé, et puis il trouve de la satisfaction par ailleurs, même si... oui, c'est ça, plutôt dans l'esprit du dopage. Et un autre aussi, qui bossait pour des experts en assurances, et a priori chaque année il y avait des périodes comme ça c'était compliqué, alors tant que ça passait... mais depuis, ils ont changé de mode de vie, quand même. Ça s'est résolu je dirais, de soi-même ; moi je les identifiais comme « à risque », mais maintenant ils font autre chose.

Médecin J - PREVENTION SECONDAIRE

Je vais prendre un exemple : j'ai une jeune patiente qui avait fait un burnout, et à un moment ça avait été un peu limite, donc on avait repris contact avec la psychologue, sans arrêt maladie, et voilà ça s'est fait comme ça : généralement quand il y a déjà eu un burn-out, tu es plus vigilant.

VII. Bibliographie

1. Rotenstein LS, Torre M, Ramos MA, Rosales RC, Guille C, Sen S, et al. Prevalence of Burnout Among Physicians: A Systematic Review. JAMA. 18 sept 2018;320(11):1131-50.
2. Burn-out an « occupational phenomenon »: International Classification of Diseases [Internet]. [cité 10 févr 2022]. Disponible sur: <https://www.who.int/news/item/28-05-2019-burn-out-an-occupational-phenomenon-international-classification-of-diseases>
3. Rapport sur l'épuisement professionnel (burnout) - Actualité - INRS [Internet]. [cité 10 févr 2022]. Disponible sur: <https://www.inrs.fr/actualites/rapport-epuisement-professionnel.html>
4. Epuisement professionnel : fiche conseil d'orientation et de prise en charge pour le médecin du travail - Article de revue - INRS [Internet]. [cité 8 mars 2022]. Disponible sur: <https://www.inrs.fr/media.html?refINRS=TM%2049>
5. Cherniss C. Burnout: Two Ways of Defining It and Their Implications [Internet]. 1982 [cité 10 févr 2022]. Disponible sur: <https://eric.ed.gov/?id=ED226285>
6. Schmid F, Huyghebaert T, Bertrand A, Cartier M, Deleau K, Henry A, et al. Le burn-out est-il une entité nosographique distincte ? Psychologie Française. 1 sept 2021;66(3):241-57.
7. Constitution [Internet]. [cité 10 févr 2022]. Disponible sur <https://www.who.int/fr/about/governance/constitution>
8. Le temps est-il venu d'inclure le « burnout » dans la nosographie ? (1) [Internet]. Revue Medicale Suisse. [cité 10 févr 2022]. Disponible sur: <https://www.revmed.ch/revue-medicale-suisse/2016/revue-medicale-suisse-508/le-temps-est-il-venu-d-inclure-le-burnout-dans-la-nosographie-1>
9. N° 4487 - Rapport d'information de MM. Yves Censi et Gérard Sebaoun déposé en application de l'article 145 du règlement, par la commission des affaires sociales, en conclusion des travaux d'une mission d'information relative au syndrome d'épuisement professionnel (ou burn-out) [Internet]. [cité 10 févr 2022]. Disponible sur: <https://www.assemblee-nationale.fr/14/rap-info/i4487.asp>
10. STRESS : Définition de STRESS [Internet]. [cité 10 févr 2022]. Disponible sur: <https://www.cnrtl.fr/definition/stress>
11. L'origine de la notion de stress : le modèle de Hans Selye et le « syndrome général d'adaptation » [Internet]. Éditions Tissot. [cité 10 févr 2022]. Disponible sur: <https://www.editions-tissot.fr/actualite/sante-securite/l-origine-de-la-notion-de-stress-le-modele-de-hans-selye-et-le-syndrome-general-d-adaptation>
12. Bruchon-Schweitzer M, Boujut É. Les processus transactionnels : stress, contrôle, soutien social, et coping. Psycho Sup. 2014;433-523.
13. Accord national interprofessionnel du 19 juin 2013 « Qualité de vie au travail » | Agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail (Anact) [Internet]. [cité 10 févr 2022]. Disponible sur: <https://www.anact.fr/accord-national-interprofessionnel-du-19-juin-2013-relatif-la-qualite-de-vie-au-travail#>
14. Arrêté du 15 avril 2014 portant extension d'un accord national interprofessionnel vers une politique d'amélioration de la qualité de vie au travail et de l'égalité professionnelle.
15. ICD-11 [Internet]. [cité 10 févr 2022]. Disponible sur: <https://icd.who.int/fr>
16. Clumeck N, Delroisse S, Gozlan S, Mesters P, Pitchot W. SYNDROME DE FATIGUE PROFESSIONNELLE (BURNOUT). Rev Med Liege
17. Mesters P, Clumeck N, Delroisse S, Gozlan S, Polain ML. SYNDROME DE FATIGUE PROFESSIONNELLE (BURNOUT). Rev Med Liege
18. Z73.0 Surmenage Z730 - Code CIM 10 [Internet]. [cité 10 févr 2022]. Disponible sur: <https://www.aideaucodage.fr/cim-z730>
19. Crocq M-A, Guelfi J-D. DSM-5: manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. 5e éd. Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson; 2015.
20. CIM-10 Version:2008 [Internet]. [cité 10 févr 2022]. Disponible sur: <https://icd.who.int/browse10/2008/fr>
21. Berger B. Étude REPAR : Réévaluation de l'Épuisement Professionnel en Anesthésie-Réanimation en France par auto-questionnaire. 29 mai 2019;55.

22. Mani C. Étude des déterminants du syndrome d'épuisement professionnel chez les internes de médecine générale de la région PACA. 1 juin 2016;62.
23. Boisard C. Évolution du burnout chez les internes de médecine générale d'Île-de-France durant leurs trois années d'internat. 27 févr 2018;209.
24. Picquendar G. Burnout des médecins généralistes hauts-normands : prévalence et facteurs associés. 22 sept 2016;57.
25. Kansoun Z. Le burnout des médecins en France : Méta-analyse (2000-2017). 11 oct 2017;88.
26. Etude AMADEUS [Internet]. Ordre des médecins. 2021 [cité 10 févr 2022]. Disponible sur: <https://www.cdom95.org/accueil/etude-amadeus/>
27. Marchand A, Blanc M-E, Durand P. Genre, âge, catégorie professionnelle, secteur économique et santé mentale en milieu de travail: les résultats de l'étude SALVEO. Can J Public Health. 1 mai 2015;106(4):e223-9.
28. Broughton A. Work-related stress. 2010;51.
29. 2010 - Burnout au sein de la population active belge - Service public fédéral Emploi, Travail et Concertation sociale [Internet]. [cité 8 mars 2022]. Disponible sur: <https://emploi.belgique.be/fr/projets-de-recherche/2010-burnout-au-sein-de-la-population-active-belge>
30. Souffrance psychique et épuisement professionnel [Internet]. [cité 10 févr 2022]. Disponible sur: <https://www.sante-publiquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/maladies-liees-au-travail/souffrance-psychique-et-epuisement-professionnel>
31. Khiredine I. La souffrance psychique en lien avec le travail chez les salariés actifs en France entre 2007 et 2012, à partir du programme MCP. :8.
32. SPF. Surveillance des suicides en lien potentiel avec le travail. Définition des suicides en lien potentiel le travail ; Résultats de l'étude de faisabilité menée auprès de 8 Instituts de médecine légale.; Propositions pour le renforcement de la surveillance... [Internet]. [cité 10 févr 2022]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/import/surveillance-des-suicides-en-lien-potentiel-avec-le-travail.definition-des-suicides-en-lien-potentiel-le-travail-resultats-de-l-etude-de-faisabil>
33. Billiard I. Resumen. Travailler. 2001;5(1):175-88.
34. Veil C. Les états d'épuisement. Clinique du travail. 2012;175-86.
35. Légeron P. 3. Burn out [Internet]. Dunod; 2018 [cité 10 févr 2022]. Disponible sur: <https://www.cairn.info/risques-psycho-sociaux-et-qualite-de-vie-au-travail--9782100781447-page-15.htm>
36. Bradley HB. Community-based Treatment for Young Adult Offenders. Crime & Delinquency. 1 juill 1969;15(3):359-70.
37. Freudenberger HJ. The « Free Clinic » Concept. International Journal of Offender Therapy. 1 juin 1971;15(2):121-33.
38. Staff Burn-Out - Freudenberger - 1974 - Journal of Social Issues - Wiley Online Library [Internet]. [cité 10 févr 2022]. Disponible sur <https://spssi.onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1540-4560.1974.tb00706.x>
39. Samra R. Brief history of burnout. BMJ. 27 déc 2018;363:k5268.
40. deH C. Burned-Out. Human Behavior. 1 sept 1976;9:16-22.
41. Maslach C, Jackson S. The Measurement of Experienced Burnout. Journal of Organizational Behavior. 1 avr 1981;2:99-113.
42. Golembiewski RT, Munzenrider R, Carter D. Phases of progressive burnout and their work site covariants: critical issues in OD research and praxis. J Appl Behav Sci. 1983;19(4):461-81.
43. Folkman S. Stress: Appraisal and Coping. In: Gellman MD, Turner JR, éditeurs. Encyclopedia of Behavioral Medicine [Internet]. New York, NY: Springer; 2013 [cité 25 févr 2022]. p. 1913-5. Disponible sur: https://doi.org/10.1007/978-1-4419-1005-9_215
44. Hobfoll SE. Conservation of resources. A new attempt at conceptualizing stress. Am Psychol. mars 1989;44(3):513-24.
45. Pines AM. Burnout: An Existential Perspective. In: Professional Burnout. Routledge; 1993.

46. Doef M, Maes S. The Job Demand-Control (-Support) Model and psychological well-being: A review of 20 years of empirical research. 1999;
47. Karasek RA. Job Demands, Job Decision Latitude, and Mental Strain: Implications for Job Redesign. *Administrative Science Quarterly*. 1979;24(2):285-308.
48. Johnson JV, Hall EM. Job strain, work place social support, and cardiovascular disease: a cross-sectional study of a random sample of the Swedish working population. *Am J Public Health*. oct 1988;78(10):1336-42.
49. Siegrist J. Adverse health effects of high-effort/low-reward conditions. *J Occup Health Psychol*. janv 1996;1(1):27-41.
50. Lee RT, Ashforth BE. A meta-analytic examination of the correlates of the three dimensions of job burnout. *J Appl Psychol*. avr 1996;81(2):123-33.
51. Maslach C, Leiter MP. *The truth about burnout: How organizations cause personal stress and what to do about it*. San Francisco, CA, US: Jossey-Bass; 1997. xi, 186 p. (The truth about burnout: How organizations cause personal stress and what to do about it).
52. Demerouti E, Bakker AB, Nachreiner F, Schaufeli WB. The job demands-resources model of burnout. *J Appl Psychol*. juin 2001;86(3):499-512.
53. Olivares-Faúndez VE, R. Gil-Monte P, Mena L, Jélvez-Wilke C, Figueiredo-Ferraz H. Relationships between burnout and role ambiguity, role conflict and employee absenteeism among health workers. *Ter Psicol*. juill 2014;32(2):111-20.
54. Schaufeli WB. Burnout: A Short Socio-Cultural History. In: Neckel S, Schaffner AK, Wagner G, éditeurs. *Burnout, Fatigue, Exhaustion* [Internet]. Cham: Springer International Publishing; 2017 [cité 6 mars 2022]. p. 105-27. Disponible sur: http://link.springer.com/10.1007/978-3-319-52887-8_5
55. Accélération - Hartmut Rosa - Éditions La Découverte [Internet]. [cité 11 mars 2022]. Disponible sur: <https://www.editionsladecouverte.fr/acceleration-9782707154828>
56. Pathologies psychiques liées au travail : quelle reconnaissance en Europe ? | Actineo [Internet]. [cité 6 mars 2022]. Disponible sur: <https://www.actineo.fr/etude/pathologies-psychiques-liees-au-travail-quelle-reconnaissance-en-europe>
57. Le burn-out en Suède : trouble in paradise | Okamii [Internet]. [cité 6 mars 2022]. Disponible sur: <https://okamii.com/2020/05/14/le-burn-out-en-suede-trouble-in-paradise/>
58. Deneault A. Quand le management martyrise les salariés [Internet]. *Le Monde diplomatique*. 2018 [cité 11 mars 2022]. Disponible sur: <https://www.monde-diplomatique.fr/2018/11/DENEAULT/59210>
59. Le jour où France Télécom a lancé son « crash programme » [Internet]. *Santé & travail*. [cité 11 mars 2022]. Disponible sur: <https://www.sante-et-travail.fr/jour-ou-france-telecom-a-lance-son-crash-programme>
60. Nasse P, Légeron P, Bertrand X. Rapport sur la détermination, la mesure et le suivi des risques psychosociaux au travail. :94.
61. Framework Agreement on Work-Related Stress [Internet]. Etuc resources center. [cité 7 mars 2022]. Disponible sur: <https://resourcecentre.etuc.org/agreement/framework-agreement-work-related-stress>
62. LOI n° 2015-994 du 17 août 2015 relative au dialogue social et à l'emploi (1). 2015-994 août 17, 2015.
63. Proposition de loi no 516 sur le burnout visant à faire reconnaître comme maladies professionnelles les pathologies psychiques résultant de l'épuisement professionnel [Internet]. Assemblée nationale. [cité 7 mars 2022]. Disponible sur: https://www.assemblee-nationale.fr/dyn/15/textes/l15b0516_proposition-loi
64. Le burn-out – Académie nationale de médecine | Une institution dans son temps [Internet]. [cité 7 mars 2022]. Disponible sur: <https://www.academie-medecine.fr/le-burn-out/>
65. Askenazy P, Baudelot C, Brochard P, Brun J-P, Davezies P, Falissard B, et al. Mesurer les facteurs psychosociaux de risque au travail pour les maîtriser. :223.
66. Delbrouck M. Comment traiter le burn-out [Internet]. De Boeck Supérieur; 2011 [cité 7 sept 2021]. Disponible sur: <https://www.cairn.info/comment-traiter-le-burn-out--9782804163822.htm>
67. Gillet N, Fouquereau E, Huyghebaert T, Colombat P. Effets du soutien organisationnel perçu et des caractéristiques de l'emploi sur l'anxiété au travail et l'épuisement professionnel : le rôle médiateur de la satisfaction des besoins psychologiques. *Psychologie Française*. juin 2016;61(2):73-81

68. Deci EL, Ryan RM. Intrinsic Motivation and Self-Determination in Human Behavior [Internet]. Boston, MA: Springer US; 1985 [cité 11 mars 2022]. Disponible sur: <http://link.springer.com/10.1007/978-1-4899-2271-7>
69. Bouffard L, Ryan, R. M. et Deci, E. L. (2017). Self-determination theory. Basic psychological needs in motivation, development and wellness. New York, NY : Guilford Press. *Revue québécoise de psychologie*. 2017;38(3):231.
70. Büssing A, Glaser J. Four-stage process model of the core factors of burnout: The role of work stressors and work-related resources. *Work & Stress*. 1 oct 2000;14.
71. Savoie, A., Gilbert, M.-H., Brunet, L., Boudrias, J.-S., & Courcy, F. (2008). Modèle prévisionnel de la santé psychologique au travail, 5-12. In A. Balikdjian, C. Lemoine, N. Kridis & P. Salengros (Éds). *Santé psychologique, stress et harcèlement au travail*. Actes du 14e congrès de l'AIPTLF tenu à Hammamet, Tunisie en 2006. Vol. III. Lille: Éditions de l'AIPTLF.
72. Zawieja P., Le burn out [Internet]. [cité 11 mars 2022]. Disponible sur: <https://www.cairn.info/le-burn-out--9782130633563.htm>
73. Schaufeli W, Enzmann D. The Burnout Companion to Study and Practice: A Critical Analysis. In 1998.
74. Putri Z, Fatmadona R, Meilisya S. The Influence of Locus of Control on Burnout Among Nurses. In: *Enhancing Capacity of Healthcare Scholars and professionals in Responding to the Global Health Issues*. 2019. p. 79-84.
75. Fresco J-P. Chapitre 1 - Physiologie et physiopathologie du stress. Hors collection. 2012;7-30.
76. Segerstrom SC, Miller GE. Psychological stress and the human immune system: a meta-analytic study of 30 years of inquiry. *Psychol Bull*. juill 2004;130(4):601-30.
77. McEwen BS. Protection and damage from acute and chronic stress: allostasis and allostatic overload and relevance to the pathophysiology of psychiatric disorders. *Ann N Y Acad Sci*. déc 2004;1032:1-7
78. Stora J-B. Chapitre IV. Mécanismes neurobiologiques et maladies du stress. *Que sais-je?* 2 déc 2019;10:85-105.
79. Sonnenschein M, Mommersteeg PMC, Houtveen JH, Sorbi MJ, Schaufeli WB, van Doornen LJP. Exhaustion and endocrine functioning in clinical burnout: an in-depth study using the experience sampling method. *Biol Psychol*. mai 2007;75(2):176-84.
80. Bellingrath S, Weigl T, Kudielka BM. Cortisol dysregulation in school teachers in relation to burnout, vital exhaustion, and effort-reward-imbalance. *Biol Psychol*. avr 2008;78(1):104-13.
81. Toker S, Shirom A, Shapira I, Berliner S, Melamed S. The association between burnout, depression, anxiety, and inflammation biomarkers: C-reactive protein and fibrinogen in men and women. *J Occup Health Psychol*. oct 2005;10(4):344-62.
82. von Känel R, Hepp U, Kraemer B, Traber R, Keel M, Mica L, et al. Evidence for low-grade systemic proinflammatory activity in patients with posttraumatic stress disorder. *J Psychiatr Res*. nov 2007;41(9):744-52.
83. Grossi G, Perski A, Evengård B, Blomkvist V, Orth-Gomér K. Physiological correlates of burnout among women. *J Psychosom Res*. oct 2003;55(4):309-16.
84. Eriksson PS, Perfilieva E, Björk-Eriksson T, Alborn AM, Nordborg C, Peterson DA, et al. Neurogenesis in the adult human hippocampus. *Nat Med*. nov 1998;4(11):1313-7.
85. Onen Sertoz O, Tolga Binbay I, Koylu E, Noyan A, Yildirim E, Elbi Mete H. The role of BDNF and HPA axis in the neurobiology of burnout syndrome. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry*. 1 août 2008;32(6):1459-65.
86. Détection précoce du burnout : outil pour le médecin du travail - Service public fédéral Emploi, Travail et Concertation sociale [Internet]. [cité 8 mars 2022]. Disponible sur: <https://emploi.belgique.be/fr/publications/detection-precoce-du-burnout-outil-pour-le-medecin-du-travail>
87. McLeroy KR, Bibeau D, Steckler A, Glanz K. An ecological perspective on health promotion programs. *Health Educ Q*. 1988;15(4):351-77.
88. Kahill S. Symptoms of professional burnout: A review of the empirical evidence. *Canadian Psychology/Psychologie canadienne*. 1988;29(3):284-97.
89. Repérage et prise en charge cliniques du syndrome d'épuisement professionnel ou burnout [Internet]. Haute Autorité de Santé. [cité 8 mars 2022]. Disponible sur: https://has-sante.fr/jcms/c_2769318/fr/reperage-et-prise-en-charge

cliniques-du-syndrome-d-epuisement-professionnel-ou-burnout

90. Burisch M. Das Burnout-Syndrom. 2014.
91. Zawieja P. Le burnout, mal du siècle. *Sciences Humaines*. 22 mars 2017;N° 290(3):17-17.
92. Price RH. Healthy Work: Stress, Productivity, and the Reconstruction of Working Life. Robert Karasek , Töres Theorell. *The Quarterly Review of Biology*. déc 1991;66(4):525-6.
93. Job Content Questionnaire (JCQ). (Questionnaire dit de Karasek) - Article de revue - INRS [Internet]. [cité 8 mars 2022]. Disponible sur: <https://www.inrs.fr/media.html?refINRS=FRPS%202>
94. Déséquilibre « efforts/récompenses » (Questionnaire dit de Siegrist) - Article de revue - INRS [Internet]. [cité 8 mars 2022]. Disponible sur: <https://www.inrs.fr/media.html?refINRS=FRPS%203>
95. Bakker A. The Oldenburg Burnout Inventory: A good alternative to measure burnout and engagement. *Handbook of stress and burnout in health care* Hauppauge, NY: Nova Science [Internet]. 1 janv 2008 [cité 8 mars 2022]; Disponible sur: https://www.academia.edu/2796247/The_Oldenburg_Burnout_Inventory_A_good_alternative_to_measure_burnout_and_engagement
96. The Burnout Measure, Short Version. - PsycNET [Internet]. [cité 8 mars 2022]. Disponible sur: <https://doi.apa.org/doiLanding?doi=10.1037%2F1072-5245.12.1.78>
97. Pines, A. M., Aronson, E., & Kafry, D. (1981). Burnout: From Tedium to Personal Growth
98. Kristensen T, Borritz M, Villadsen E, Christensen K. The Copenhagen Burnout Inventory: A new tool for the assessment of burnout. *Work and Stress - WORK STRESS*. 1 juill 2005;19:192-207
99. Enquête comparative sur le syndrome d'épuisement professionnel chez les anesthésistes réanimateurs et les autres praticiens des hôpitaux publics en France (enquête SESMAT) [Internet]. [cité 8 mars 2022]. Disponible :https://www.researchgate.net/publication/251597799_Enquete_comparative_sur_le_syndrome_d%27epuisement_professionnel_chez_les_anesthesistes_reanimateurs_et_les_autres_praticiens_des_hopitaux_publics_en_France_enquete_SESMAT
100. A Comparison of the Construct Validity of Two Burnout Measures in Two Groups of Professionals | Semantic Scholar [Internet]. [cité 8 mars 2022]. Disponible sur: <https://www.semanticscholar.org/paper/A-Comparison-of-the-Construct-Validity-of-Two-in-of-Shirom-Melamed/e5e4c1d7c920b20524332cf3744c9744746830f0>
101. Traduction et validation d'une nouvelle mesure d'épuisement professionnel: le Shirom-Melamed Burnout Measure | Semantic Scholar [Internet]. [cité 8 mars 2022]. Disponible sur: <https://www.semanticscholar.org/paper/Traduction-et-validation-d%27une-nouvelle-mesure-le-Sassi-Neveu/11b31a7c8f0aff4b436cbb23dcf8724c37009aec>
102. Kissous M, Courbis A-L, Lambolais T, Dray G, Martin S. Spécification incrémentale d'un système d'aide au diagnostic de l'épuisement professionnel : problématique et revue de littérature. In: *AFADL - Approches Formelles dans l'Assistance au Développement de Logiciels* [Internet]. Toulouse, France: GDR-GPL (Groupement de Recherche Génie de la Programmation et du Logiciel - INS2I CNRS); 2019 [cité 8 mars 2022]. (Actes des 18e journées sur les Approches Formelles dans l'Assistance au Développement de Logiciels; vol. 18). Disponible sur: <https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-02162094>
103. von Känel R, Princip M, Holzgang SA, Fuchs WJ, van Nuffel M, Pazhenkottil AP, et al. Relationship between job burnout and somatic diseases: a network analysis. *Sci Rep*. 28 oct 2020;10(1):18438.
104. Durand-Moreau QV. Is burn-out finally a disease or not? *Occup Environ Med*. déc 2019;76(12):938.
105. Dépression: les critères diagnostiques [Internet]. Psychiatre Paris TCC, TIP, EMDR. [cité 8 mars 2022]. Disponible sur: <https://e-psychiatrie.fr/situations-ou-appeler-a-laide/depression-dossier-detaille/i-depression-les-criteres-diagnostiques/>
106. The Association Between Burnout, Depression, Anxiety, and Inflammation Biomarkers: C-Reactive Protein and Fibrinogen in Men and Women. - PsycNET [Internet]. [cité 8 mars 2022]. Disponible sur: <https://doi.apa.org/doiLanding?doi=10.1037%2F1076-8998.10.4.344>
107. Leiter M, Durup J. The discriminant validity of burnout and depression: A confirmatory factor analytic study. 1994;
108. Goldberg LR. An Alternative « Description of Personality »: The Big-Five Factor Structure. :14.

109. Burnout in Health Care: The Role of the Five Factors of Personality - Zellars - 2000 - Journal of Applied Social Psychology - Wiley Online Library [Internet]. [cité 8 mars 2022]. Disponible sur: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1559-1816.2000.tb02456.x>
110. Bianchi R, Schonfeld IS, Laurent E. Can we trust burnout research? *Annals of Oncology*. 1 sept 2017;28(9):2320-1.
111. Bianchi R, Schonfeld I, Laurent E. Burnout Syndrome and Depression. *Publications and Research* [Internet]. 1 janv 2018; Disponible sur: https://academicworks.cuny.edu/gc_pubs/473
112. Bianchi R, Schonfeld IS, Verkuilen J. A five-sample confirmatory factor analytic study of burnout-depression overlap. *J Clin Psychol*. avr 2020;76(4):801-21.
113. Korotoumou S. Collaboration entre médecins généralistes et psychiatres dans la prise en charge des patients en situation de burn out : pratiques et attentes des médecins généralistes et des psychiatres d'un secteur de psychiatrie de Loire-Atlantique. 2018. 1 vol. (62 p.).
114. Dépression, burnout... : la santé mentale des étudiants en médecine dans le rouge [Internet]. *Santé Mentale*. 2021 [cité 18 mars 2022]. Disponible sur: <https://www.santementale.fr/2021/10/depression-burnout-humiliations-harcelement-la-sante-mentale-des-etudiants-et-internes-en-medecine-dans-le-rouge/>
115. Guides pratiques pour les internes de médecine générale [Internet]. ISNAR-IMG. [cité 18 mars 2022]. Disponible sur: <https://www.isnar-img.com/guides-pratiques/>
116. Delaye Richard, Boudrandi Stéphane, « L'épuisement professionnel chez le manager de proximité : le rôle régulateur de l'entreprise dans la prévention du Burnout », *Management & Avenir*, 2010/2 (n° 32), p. 254-269. DOI : 10.3917/mav.032.0254. URL : <https://www.cairn.info/revue-management-et-avenir-2010-2-page-254.htm>
117. Barel Y. Le bonheur, simple mode managériale ? *La Revue des Sciences de Gestion*. 30 déc 2019;297298(3):103-12.
118. Le travail intenable - Laurence Théry - Éditions La Découverte [Internet]. [cité 18 mars 2022]. Disponible sur: https://www.editionsладecouverte.fr/le_travail_intenable-9782707164476
119. Christophe Dejourn [Internet]. Cairn.info. [cité 18 mars 2022]. Disponible sur: https://www.cairn.info/publications-de-Dejourn-Christophe--10012.htm?ora.z_ref=cairnSearchAutocomplete
120. Chakor T. Labellisation et pratiques des consultants en prévention des risques psychosociaux : de l'expert institutionnel à l'expert politique. *Revue internationale de psychosociologie et de gestion des comportements organisationnels*. 2019;(63):45-61.
121. Les certificats médicaux : règles de base de leur rédaction. Par Noëlle Tertrain, Avocat. [Internet]. *Village de la Justice*. 2013 [cité 21 mars 2022]. Disponible sur: <https://www.village-justice.com/articles/certificats-medicaux-regles-redaction,15411.html>
122. Séjourner à « Au temps pour toi » [Internet]. Au temps pour toi. [cité 22 mars 2022]. Disponible sur: <https://www.autempspourtoi.eu/sejourner-a-au-temps-pour-toi/>

NOM : CAMPHUIS

PRENOM : MARGUERITE

Titre de Thèse : Le diagnostic du burnout en médecine générale : au-delà des débats, quelle pratique ?

RESUME

Concept désormais omniprésent dans les médias et les discussions, le burnout reste cependant source de nombreux questionnements, autant auprès de la population que parmi les chercheurs : comment le définir et le classer, afin d'en évaluer l'incidence ? Comment le diagnostiquer correctement pour permettre une prise en charge efficace ? Quelle place pour les différents intervenants, et quelle qualification auprès des instances administratives ?

Composé en première partie d'un résumé de la littérature scientifique sur le sujet du burnout, ce travail a ensuite cherché à présenter la vision et les opinions de médecins généralistes au sujet du diagnostic du burnout chez leurs patients, au moyen d'une étude qualitative par focus groups. Il a permis de comparer leurs affirmations avec celles des scientifiques, montrant un accord sur les sujets de définition et de symptomatologie, certains parti pris des généralistes comme celui de considérer le burnout comme un diagnostic différentiel de la dépression ; mais également de souligner des aspects parfois méconnus de ce diagnostic : la difficulté du décalage sémantique avec le grand public, la prévalence du déni, le peu d'utilisation des outils, et la problématique de la qualification administrative. Des débats probablement amenés à évoluer, par l'entrée du burnout dans une classification officielle, la CIM-11.

MOTS-CLES

Burnout, épuisement professionnel, diagnostic, définition, classification, CIM-11, outils, dépression, focus group, Loire-Atlantique, médecine générale, médecin traitant