

Épuisement professionnel, burn out

Alexandra Salembier-Trichard

Médecin du travail, Médecine du travail
du personnel hospitalier et pathologies
professionnelles, CHU de Lille
(Journée ASPP-HDF le 15 novembre 2018)

Résumé. Le syndrome d'épuisement professionnel, équivalent en français du terme anglais *burnout*, n'est pas reconnu comme une maladie dans les classifications de référence (CIM 11, DSM V).

L'apparition du syndrome s'organise autour de quatre étapes : l'enthousiasme, le surinvestissement, la désillusion et la dernière phase correspond au *burn out* proprement dit. L'individu perd tout intérêt pour son travail et pour son entourage professionnel, voire personnel. Il a brûlé toutes ses réserves et se sent totalement épuisé et découragé.

Ce syndrome peut se traduire par des manifestations variées de type émotionnelles, cognitives, comportementales, motivationnelles, voire physiques non spécifiques, d'installation progressive, en rupture avec l'état antérieur.

Au-delà du repérage individuel, le repérage collectif est possible par l'équipe santé travail qui va repérer l'ensemble des signaux liés au fonctionnement de la structure (absentéisme ou présentéisme, *turn-over* fréquent, mouvements du personnel, qualité de l'activité et des relations sociales) ou à la santé et à la sécurité des travailleurs (accidents du travail, maladies professionnelles, visites médicales spontanées, inaptitudes).

La prise en charge vise à traiter le trouble identifié ainsi qu'à agir sur le contexte socioprofessionnel à l'origine du trouble.

L'épuisement professionnel est une réalité mais pas une fatalité. Cette pathologie peut être reconnue, mais également prévenue en privilégiant les actions centrées sur la qualité de vie au travail

Mots clés : burn out, épuisement professionnel, psychologie du travail, risques psychosociaux, médecine du travail

Abstract. Burnout syndrome is not recognized as an illness in the reference classifications (ICD-11, DSM-5).

The emergence of the syndrome involves four stages : enthusiasm, overinvestment, disillusionment, and, finally, burnout in the proper sense. Individuals affected lose all interest in their work and their professional—and even personal—circle. They will have used up all their reserves and feel completely exhausted and demotivated.

This syndrome can translate into varied manifestations of the emotional, cognitive, behavioral, and motivational—or even non-specific physical—variety, characterized by a gradual onset, all of which is at odds with the individual's former state. Beyond personal identification, collective identification is made possible by the occupational health team, which will identify every sign that is linked to the functioning of the structure (absenteeism or presenteeism, high turnover, movement of staff, quality of work, and social relations) or the health and safety of workers (workplace accidents, work-related illnesses, spontaneous medical visits, inability to work).

The care process seeks to treat the identified problem, as well as to act on the socioprofessional context at the root of the problem. Burnout is a reality but not an inevitability. It is a pathology that can be identified, but also prevented, by focusing on actions related to the quality of working life.

Key words: burnout, psychology of work, psychosocial risks, occupational medicine

Resumen. Agotamiento profesional, burnout El síndrome de agotamiento profesional, equivalente en francés al término inglés *burnout*, no está reconocido como una enfermedad en las clasificaciones de referencia (CIM 11, DSM V).

La aparición del síndrome se organiza en torno a cuatro etapas : el entusiasmo, la sobreinversión, la desilusión y la última fase se corresponde con el *burnout* propiamente dicho. El individuo pierde todo interés por su trabajo y su entorno profesional cuando no personal. Ha quemado toda sus reservas y se siente totalmente agotado y descorazonado.

Este síndrome puede traducirse con manifestaciones diversas de tipo emocionales, cognitivas, comportamentales, motivacionales cuando no físicas no específicas, de instalación progresiva en ruptura con el estado anterior.

Más allá de la detección individual, es posible la detección colectiva por el equipo 'Sanidad trabajo' que va a detectar el conjunto de las señales relacionadas con el funcionamiento de la estructura (absentismo o presentismo laboral, *turn-over* frecuente, movimientos de la plantilla, cualidad de la actividad y de las relaciones

Correspondance : A. Salembier-Trichard
<alexandra.salembier@chru-lille.fr>

sociales,) o la salud y la seguridad de los trabajadores (accidentes laborales, enfermedades profesionales, visitas médicas espontáneas, ineptitudes). La atención pretende tratar el trastorno identificado así como actuar en el contexto socioprofesional en el origen del trastorno.

El agotamiento profesional es una realidad pero no una fatalidad. Esta patología puede ser reconocida, pero también prevenida privilegiando las actuaciones centradas en la cualidad de vida en el trabajo.

Palabras claves: agotamiento profesional, psicología del trabajo, riesgos psicosociales, medicina laboral

Les conditions et les organisations du travail évoluent depuis quelques dizaines d'années (mondialisation, nouvelles communications...).

Le syndrome d'épuisement professionnel n'est pas reconnu comme une maladie dans les classifications de référence (CIM 11, DSM V).

Le syndrome d'épuisement professionnel, équivalent en français du terme anglais burn out, se traduit par un « épuisement physique, émotionnel et mental qui résulte d'un investissement prolongé dans des situations de travail exigeantes sur le plan émotionnel » [1]. Les travaux de Christina Maslach [2] ont permis de concevoir le syndrome d'épuisement professionnel comme un processus de dégradation du rapport subjectif au travail à travers trois dimensions : l'épuisement émotionnel, le cynisme vis-à-vis du travail ou dépersonnalisation (déshumanisation, indifférence), la diminution de l'accomplissement personnel au travail ou réduction de l'efficacité professionnelle.

Le burn out se différencie de la dépression [3] : il s'exprime en premier lieu dans la sphère professionnelle avant éventuellement de déborder vers la sphère personnelle, la dépression.

Apparition du syndrome

Elle s'organise autour de quatre étapes.

L'enthousiasme

L'individu a un haut niveau d'énergie, il est ambitieux, il a des idéaux et des objectifs élevés. Il se consacre à son travail avec énergie même si celui-ci est très exigeant et si les conditions ne sont pas favorables. Il « réussit » ou, en tout cas, retire une certaine satisfaction de son travail.

Le surinvestissement

Dans cette deuxième phase, l'individu plafonne : il se rend compte que, malgré ses efforts constants, sa carrière n'évolue pas comme il voudrait, que sa satisfaction ne grandit pas ou que ses efforts ne sont pas reconnus. On exige toujours plus de lui, ou lui-même se fixe des objectifs toujours plus élevés. Il redouble d'ardeur, se met à travailler le soir et le week-end et, surtout, ne déconnecte jamais psychologiquement.

La désillusion

Fatigué et déçu, l'individu commence à perdre tout espoir. Ses efforts sont méconnus ou ne sont pas appréciés à la hauteur de ce qu'ils représentent. Les premiers signes cliniques apparaissent : impatience, irritabilité, cynisme, isolement, troubles somatiques.

Le burn out

La dernière phase correspond au burn out proprement dit. L'individu perd tout intérêt pour son travail et pour son entourage professionnel, voire personnel. Il a brûlé toutes ses réserves et se sent totalement épuisé et découragé. Il n'est tout simplement plus capable de travailler.

Manifestations d'installation progressive et souvent insidieuse

Le syndrome d'épuisement professionnel n'est pas une maladie caractérisée mais est considéré comme un ensemble syndromique.

Ce syndrome peut se traduire par des manifestations plus ou moins importantes, d'installation progressive et souvent insidieuse, en rupture avec l'état antérieur, notamment :

- émotionnelles : anxiété, tensions musculaires diffuses, tristesse de l'humeur ou manque d'entrain, irritabilité, hypersensibilité, absence d'émotion ;
- cognitives : troubles de la mémoire, de l'attention, de la concentration, des fonctions exécutives ;
- comportementales ou interpersonnelles : repli sur soi, isolement social, comportement agressif, parfois violent, diminution de l'empathie, ressentiment et hostilité à l'égard des collaborateurs ; comportements addictifs ;
- motivationnelles ou liées à l'attitude : désengagement progressif, baisse de motivation et du moral, effritement des valeurs associées au travail ; doutes sur ses propres compétences (remise en cause professionnelle, dévalorisation) ;
- physiques non spécifiques : asthénie, troubles du sommeil, troubles musculo-squelettiques (type lombalgies, cervicalgies, etc.), crampes, céphalées, vertiges, anorexie, troubles gastro-intestinaux.

Au-delà du repérage individuel, le repérage collectif est possible par l'équipe santé travail qui va repérer l'ensemble des signaux liés au fonctionnement de la structure (absentéisme ou présentéisme, turnover fréquent, mouvements du personnel, qualité de l'activité et des relations sociales) ou à la santé et à la sécurité des travailleurs (accidents du travail, maladies professionnelles, visites médicales spontanées, inaptitudes).

Recherche des facteurs de risques professionnels

Elle consiste en l'analyse des conditions de travail. Cette démarche est coordonnée par le médecin du travail avec l'appui de l'équipe pluridisciplinaire (ergonome, psychologue du travail, etc.).

Elle peut s'appuyer sur les six catégories de facteurs de risque psychosociaux tirées du rapport Gollac [4] :

- intensité et organisation du travail (surcharge de travail, imprécision des missions, objectifs irréalistes, etc.) ;
- exigences émotionnelles importantes avec confrontation à la souffrance, à la mort, dissonance émotionnelle ;
- autonomie et marge de manœuvre ;
- relations dans le travail (conflits interpersonnels, manque de soutien du collectif de travail, management délétère, etc.) ;
- conflits de valeurs ;
- insécurité de l'emploi.

L'existence de ressources dans le travail est protectrice (soutien social, stabilité du statut, collectif de travail vivant, moyens techniques, matériels et humains suffisants).

Plusieurs études rapportent des associations entre certaines caractéristiques personnelles (traits de personnalité) et le risque de développer un syndrome d'épuisement professionnel.

Les effets de l'âge et de l'expérience varient selon les études : faibles niveaux d'épuisement professionnel parmi les sujets jeunes avec une faible expérience professionnelle, ou au contraire parmi les sujets plus âgés avec une importante expérience [5]. Dans la littérature, la majorité des travaux ne prend pas en compte de façon exhaustive tous les modérateurs potentiels. Cela rend impossible l'attribution d'un lien de causalité, en l'état actuel des données scientifiques. L'analyse doit porter sur les antécédents personnels et familiaux, les événements de vie, la qualité du support social et le rapport au travail. Le risque de développer un syndrome d'épuisement professionnel peut être associé à des antécédents dépressifs, à certains traits de personnalité pouvant limiter les capacités d'adaptation [6].

Ces facteurs individuels ne peuvent servir qu'à préconiser une prévention renforcée, et ne sauraient bien sûr en aucun cas constituer un élément de sélection des

travailleurs, ni exonérer la responsabilité des facteurs de risque présents dans l'environnement de travail.

La notion de surengagement est tout de même souvent présente [7]. Le surengagement est un facteur risque individuel important dans l'épuisement professionnel. Il a lui-même des causes : faire de son travail le centre de sa vie, avoir des attentes élevées envers soi-même, faire preuve d'un idéalisme extrême sans se laisser la possibilité de transiger, négliger d'évacuer les tensions en ayant des activités non professionnelles, difficulté à déléguer, volonté d'être apprécié de tout le monde, faible estime de soi, confusion entre performance professionnelle et valeur personnelle...

Il serait erroné de faire du burn out le révélateur d'une faiblesse personnelle préexistante : c'est bien l'environnement dans lequel les individus travaillent – notamment l'organisation du travail – qui génère le burn out et non les personnes elles-mêmes – ou, plus exactement, leur incapacité supposée à assumer les exigences de leur emploi.

Selon certains auteurs, les facteurs personnels entrent en compte dans 40 % des causes de l'épuisement professionnel et les facteurs organisationnels dans 60 %. Parmi ces derniers, la qualité du management tient une place déterminante [8].

Prise en charge

La prise en charge vise à traiter le trouble identifié ainsi qu'à agir sur le contexte socioprofessionnel à l'origine du trouble.

La prescription d'un arrêt de travail est le plus souvent nécessaire. Sa durée sera adaptée à l'évolution du trouble et du contexte socioprofessionnel. C'est le médecin traitant qui coordonne la prise en charge. Il prescrit si nécessaire un traitement en s'appuyant sur la démarche diagnostique et adresse éventuellement le patient à un psychiatre. La prescription d'un traitement antidépresseur est uniquement recommandée dans le cadre de ses indications (troubles anxieux, troubles dépressifs).

Dans tous les cas, il est recommandé que le médecin traitant se mette, avec l'accord du patient, en contact avec son médecin du travail ou celui d'une consultation de pathologie professionnelle pour alerter et avoir un éclairage sur le lieu de travail.

La prise en charge non médicamenteuse est fondée sur des interventions psychothérapeutiques effectuées par un professionnel de santé ou un psychologue formé à ces techniques.

Plus les interventions sont ajustées au public cible, continues et répétées, plus elles sont efficaces, et ce, surtout si l'on combine différents types d'interventions.

Quel est le rôle du médecin du travail ?

La mission du médecin du travail est d'« éviter toute altération de la santé du salarié du fait de son

travail... ». Si le médecin du travail constate une dégradation nette de la santé mentale et physique du sujet, en lien avec ses conditions de travail, en vertu de l'article L. 241-10-1, il peut demander une mutation ou un aménagement de poste ou orienter vers le médecin traitant.

Si cette mobilisation collective échoue, alors la procédure d'inaptitude peut être envisagée.

Il s'agit d'une réponse médico-administrative pour arrêter l'exposition au risque de décompensation et faire sortir un salarié de l'entreprise, en préservant ses droits sociaux.

Cette réponse demande la participation active du salarié devenu acteur de sa situation et non victime.

Depuis le 1^{er} janvier 2017, une seule visite peut suffire à déclarer l'inaptitude du salarié.

Le médecin du travail ne peut constater l'inaptitude médicale du travailleur à son poste de travail que (R. 4624-42) :

- s'il a réalisé au moins un examen médical de l'intéressé, accompagné, le cas échéant, des examens complémentaires, permettant un échange sur les mesures d'aménagement, d'adaptation ou de mutation de poste ou la nécessité de proposer un changement de poste ;

- s'il a réalisé ou fait réaliser une étude de ce poste ;

- s'il a réalisé ou fait réaliser une étude des conditions de travail dans l'établissement et indiqué la date à laquelle la fiche d'entreprise a été actualisée ;

- s'il a procédé à un échange, par tout moyen, avec l'employeur.

Dans l'avis d'inaptitude, le médecin du travail peut mentionner que « tout maintien du salarié dans un emploi serait gravement préjudiciable à sa santé ou que l'état de santé du salarié fait obstacle à tout reclassement dans un emploi » (R. 4624-42), exonérant alors l'employeur de son obligation de reclassement (L. 1226-2-1 ou L. 1226-12).

Mais en priorité, avant d'envisager l'inaptitude, il faut privilégier la réinsertion professionnelle et le reclassement au sein de l'entreprise

Comment préparer le retour au travail ?

La visite de pré-reprise avec le médecin du travail le permet : à l'initiative du patient, du médecin traitant ou du médecin-conseil des organismes de Sécurité sociale, à tout moment pendant l'arrêt. Elle peut être répétée, est essentielle pour l'accompagnement de la réinsertion socioprofessionnelle et est obligatoire pour les salariés en arrêt de travail d'une durée de plus de 3 mois. À l'issue de la visite de pré-reprise, le médecin du travail peut recommander des aménagements ou adaptations du poste de travail, des pistes de reclassement ou des formations professionnelles qui pourraient être envisagées pour faciliter le reclassement du salarié ou sa réorientation professionnelle.

Le médecin du travail et l'équipe pluridisciplinaire, par leur connaissance du milieu et des conditions de travail, préparent et accompagnent lors de la reprise de l'emploi (suivi régulier indispensable), participent au maintien dans l'emploi du patient, en lien avec les professionnels et médecins spécialistes qui le suivent.

Il faut également un accompagnement de l'enca-drement, des ressources humaines et de l'employeur.

Lorsque le médecin du travail repère des méthodes de management à risque tels que des contrôles excessifs, un manque de respect de la communication verbale, des dysfonctionnements de prescriptions de la hiérarchie, une altération de la qualité de la relation au travail..., alors, il entre tout à fait dans son rôle de préventeur et d'alerte auprès de l'employeur : l'article L. 4121-1 du Code du travail prévoit que l'employeur prend les mesures nécessaires pour assurer la sécurité et protéger la santé physique et mentale des travailleurs. Autres obligation de l'employeur, la prévention du harcèlement moral : l'article L. 1152-4 du Code du travail dit : « L'employeur prend toutes dispositions nécessaires en vue de prévenir les agissements de harcèlement moral ». Cette obligation est une obligation de sécurité et de résultat, y compris en matière de harcèlement moral.

Autre axe de prévention : la lutte contre le « work-aholisme » [9] et le surinvestissement de l'activité professionnelle doivent faire partie intégrante de la démarche de prévention. Le service de santé au travail doit accompagner les entreprises dans leur réflexion visant à mettre en œuvre des actions de prévention primaire.

Reconnaissance d'une atteinte psychologique

La reconnaissance d'une atteinte psychologique en accident de travail nécessite un événement bien déterminé lié au travail.

Les maladies psychiques d'origine professionnelle peuvent être reconnues en maladies professionnelles indemnisables. En 2012, un groupe de travail de la commission des pathologies professionnelles du Conseil d'orientation sur les conditions de travail (COCT) a remis un rapport sur les pathologies psychiques d'origine professionnelle, visant à en faciliter la reconnaissance. Les critères de diagnostic et de gravité des troubles psychiques susceptibles d'être liés au travail ont été précisés, contribuant à harmoniser les pratiques des médecins conseils. Les pathologies concernées sont la dépression, l'anxiété généralisée et les états de stress post-traumatique [10].

Pour être reconnue comme « maladie professionnelle » et donner lieu à réparation, une pathologie doit soit figurer dans l'un des tableaux de maladies

professionnelles, soit être identifiée comme « essentiellement et directement causée par le travail habituel de la victime » (article L. 461-1 du code de la Sécurité sociale) par le système complémentaire de reconnaissance des maladies professionnelles : par enquête du Comité régional de reconnaissance de maladie professionnelle (CRRMP).

Les facteurs de risque professionnels considérés par le CRRMP sont :

- La charge de travail (élevée) : appréhendée dans le descriptif de l'activité et du poste de travail, la nature de la tâche et ses contraintes physiques et/ou psychologiques potentielles abordées par exemple en termes de descriptif des objectifs (production, cibles...) au regard des moyens alloués, ambiguïté des tâches, demandes contradictoires, pression du temps, interruption des tâches.

- La latitude décisionnelle (faible) : descriptif du cadre hiérarchique, des modalités de reporting, de l'autonomie dans la prise de décision, dans l'utilisation adéquate des qualifications exigées et la notion de travail varié avec une certaine créativité ou influence sur son propre travail.

- Le soutien social (faible) : le soutien de l'encadrement ainsi que le soutien des collègues, notion d'appartenance à une équipe. Sollicitations du CHSCT, préconisations de ce dernier suivies ou non d'effet.

- Diverses formes de violence et menace physiques (incivilités, agressions verbales, violences physiques) ou psychologiques (remarques méprisantes, rivalités, intimidation, persécutions, humiliations).

Pour se prononcer sur l'origine professionnelle d'une psychopathologie, ce comité doit mettre en évidence un lien direct ET essentiel entre la pathologie déclarée et l'exposition professionnelle. La mise en évidence du lien direct et essentiel repose sur la différenciation entre la réalité objectivable d'une situation de travail à travers les pièces du dossier constitué en amont de la séance et la perception subjective par le demandeur de cette même situation de travail recueillie dans son verbatim. C'est là aussi que les éléments médicaux seront importants (courriers de suivi médicaux, et notamment de médecins spécialistes psychiatres). Notamment, un diagnostic clairement posé (syndrome dépressif, anxiété généralisée...).

La présence d'antécédents psychiatriques ne présume pas systématiquement d'un avis défavorable du CRRMP. Plusieurs études rapportent des antécédents psychiatriques ou de trouble de personnalité chez les déclarants de ce type de pathologie professionnelle (de 16 à 37 %) [11-13].

Au total, l'épuisement professionnel est une réalité mais pas une fatalité. Cette pathologie peut être reconnue, mais également prévenue en privilégiant les actions centrées sur la qualité de vie au travail. Cette prévention est d'ailleurs l'un des objectifs du plan Santé au travail 2016-2020 [14] à travers l'amélioration de la qualité de vie au travail.

Liens d'intérêt L'auteur déclare ne pas avoir de lien d'intérêt en rapport avec cet article.

Références

1. Schaufeli WB, Greenglass ER. Introduction to special issue on burnout and health. *Psychol Health* 2001 ; 16 : 501-10.
2. Maslach C, Jackson SE. The measurement of experienced burnout. *Journal of organizational behavior* 1981 ; 2 : 99-113.
3. Bianchi R, Schonfeld IS, Laurent E. Burnout-depression overlap : A review. *Clinical Psychology Review* 2015 ; 36 : 28-41.
4. Gollac M. Collège d'expertise sur le suivi des risques psychosociaux au travail. Paris, 2011.
5. Brewer EW, Shapard L. Employee burnout : A meta-analysis of the relationship between age or years of experience. *Human Resource Development Review* 2004 ; 3 : 102-23.
6. Paulhan I. Le concept de coping. *L'année psychologique* 1992 ; 92 : 545-57.
7. Alarcon G, Eschleman KJ, Bowling NA. Relationships between Personality Variables and Burnout : a Meta-Analysis. *Work & Stress* 2009 ; 23 : 244-63.
8. Lee RT, Ashford BE. A meta-analytic examination of the correlates of the three dimensions of job burnout. *Journal of Applied Psychology* 1996 ; 81 : 123-33.
9. Clark MA, Michel JS, Zhdanova L, Pui SY, Baltes BB. All work and no play ? A meta-analytic examination of the correlates and outcomes of workaholism. *Journal of Management* 2014 ; 42 : 1836-73.
10. Ministère du travail, de l'emploi, de la formation professionnelle, et du dialogue social. Conseil d'orientation sur les conditions de travail (COCT). *Rapport final du groupe de travail sur les pathologies psychiques d'origine professionnelle*. 2012. http://www.travailler-mieux.gouv.fr/IMG/pdf/Rapportfinal_Pathopsy_Travailler-Mieux.pdf. (cité 15 mai 2017).
11. Chanson C, Leonard M, Thaon I, Penven E, Speyer E, Paris C. Reconnaissance des psychopathologies par les comités régionaux de reconnaissance des maladies professionnelles de Lorraine entre 2005 et 2011. *Archives des maladies professionnelles et de l'environnement* 2013 ; 74 : 279-88.
12. Raoult-Monestel M, Bouteloup B. *Analyse descriptive des demandes de reconnaissance en maladie professionnelle des psychopathologies soumises au Comité régional de reconnaissance des maladies professionnelles (CRRMP) des régions Haute et Basse-Normandie au cours de l'année 2014*. Université de Caen : UFR de médecine.
13. Viance P, Dardevet M. Réparation de la pathologie psychique en maladie professionnelle : élaboration d'une grille permettant d'optimiser l'instruction des dossiers en vue de leur présentation au Comité régional de reconnaissance des maladies professionnelles d'Aquitaine. *Médecine humaine et pathologie*, 2016. <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01367517/document>.
14. Ministère du Travail, de l'Emploi, de la Formation professionnelle et du Dialogue social, Direction générale du travail (DGT). *Plan santé au travail 2016-2020*. [Internet]. [cité 29 mars 2018]. Disponible sur : <http://travail-emploi.gouv.fr/IMG/pdf/pst3.pdf>.