

Josef Hättenschwiler, Erich Seifritz, Edith Holsboer-Trachsler, Ulrich Michael Hemmeter, Martin E. Keck, Martin Preisig, Stefan Rennhard, SW Walitza, Jiri Modestin

# Burnout

Séminaire A3 lors du 13<sup>ème</sup> colloque de formation continue du Collège de Médecine de Premier Recours (CMPR), qui s'est tenu les 16 et 17 juin 2011 à Lucerne

Le terme «burnout» a été utilisé pour la première fois au milieu des années 70 par le psychanalyste américain Freudenberg pour décrire un état d'épuisement psychique et physique résultant spécifiquement d'une surcharge de travail chez les personnes œuvrant dans le domaine de la santé et des professions d'aide à la personne [1]. Depuis lors, le terme de burnout est devenu très populaire et il désigne entre-temps une série de conséquences générales non spécifiques du stress professionnel et interpersonnel chronique ne se limitant absolument plus aux personnes exerçant des professions d'aide à la personne. Alors que le burnout était initialement surtout perçu comme un problème sociétal et non pas individuel, ses causes étant plutôt considérées comme étant liées à l'environnement et particulièrement aux conditions de travail [2], ce point de vue se perd de plus en plus et la tendance à la personnalisation et finalement à la médicalisation du problème s'impose de plus en plus. Les psychiatres et les psychothérapeutes travaillant avec des patients victimes de burnout ne peuvent y échapper, et ce d'autant plus que le terme a acquis une grande acceptation au sein de la société et est également privilégié par de nombreux patients. Ce terme déculpabilise et n'est pas discriminatoire, bien au contraire: souffrir de burnout suggère une grande éthique du travail et un investissement professionnel intense ...

Au même titre que la littérature au sujet du burnout, les coûts économiques induits par le surmenage professionnel sont en constante croissance. Rien qu'en Suisse, les coûts engendrés par les problèmes de santé liés au stress s'élèvent chaque année à 4,2 milliards de francs [3]. Le burnout est soupçonné d'être responsable d'une grande partie de ces coûts. Toutefois, les cas de burnout ne sont pas précisément répertoriés car le burnout n'est pas reconnu comme un diagnostic clinique à part entière. Dans la CIM-10, il peut être classé dans la catégorie Z73 «Difficultés liées à l'orientation de son mode de vie».

## Comment survient et se manifeste un burnout?

Le burnout décrit un état d'épuisement attribuable à des facteurs externes. Une charge professionnelle croissante liée à des conditions de travail défavorables et un climat professionnel insatisfaisant, le travail posté, les longues durées de travail, les tensions ainsi que le travail physique pénible chez des personnes non entraînées sont à l'origine de stress et débouchent sur une charge psychosociale accrue. S'y ajoutent un manque d'organisation, des définitions confuses des rôles professionnels, des contradictions entre les responsabilités et les compétences, ainsi que des composantes psychologiques individuelles du sujet touché, parmi lesquelles figurent des traits de personnalité d'orientation vers la performance et la norme, d'idéalisme et de perfectionnisme, mais également de neuroticisme/sensibilité intrapsychique, comme il a

déjà été montré de manière empirique il y a plusieurs années [4]. Ainsi, les personnes très engagées sont souvent menacées de burnout. L'absence de gratitude et de reconnaissance vis-à-vis du travail accompli durant une période prolongée peut conduire à ce que les personnes touchées considèrent les échecs dans la vie professionnelle comme des défaites personnelles. Sur le plan de l'organisation interne à l'entreprise, la manière dont le salarié a l'impression que son travail est estimé et traité équitablement, ainsi que la crédibilité de la communication d'entreprise jouent dès lors un rôle majeur.

Dans le traitement du burnout, il est essentiel de s'orienter en fonction des limites physiques, psychiques et spirituelles individuelles du patient [5].

## Rapprochement avec une construction de psychologie professionnelle

Le burnout est une construction de psychologie professionnelle multidimensionnelle, qui est décrite à la fois comme un syndrome et un processus [6]. Il inclut un vaste spectre d'altérations indésirables des émotions, de la perception et du comportement [7]. Des facteurs environnementaux, et plus concrètement le stress chronique, semblent jouer un rôle plus important dans la survenue d'un burnout que les traits de personnalité ou les facteurs démographiques habituellement cités (sexe, âge) [4, 8, 9]. Un lien avec des facteurs génétiques n'a pour l'instant pas pu être identifié formellement mais des recherches à ce sujet sont en cours [10].

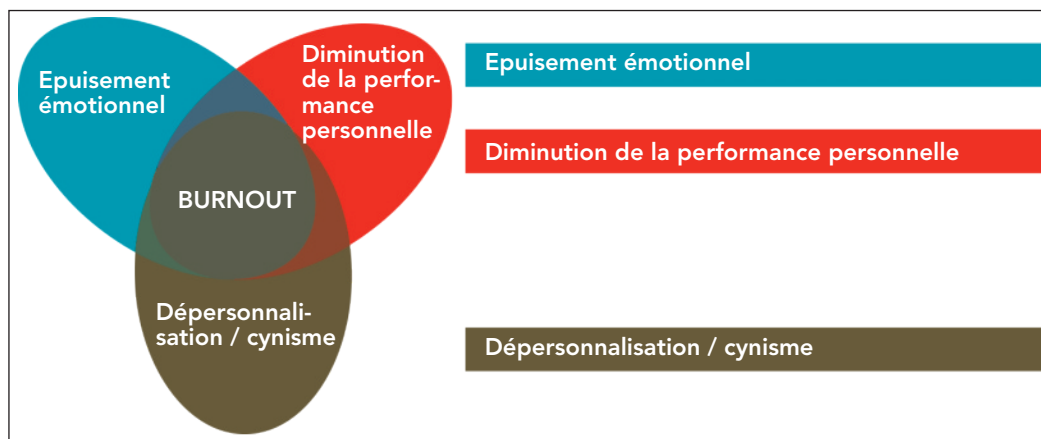
La définition du burnout la plus citée émane de Christina Maslach et Susan Jackson [11] (fig. 1). Elles décrivent le burnout comme un syndrome tridimensionnel, qui comprend (1) un épuisement émotionnel, (2) une diminution de la performance subjective et (3) dépersonnalisation. L'épuisement émotionnel est considéré comme l'aspect central du burnout et il s'accompagne de l'impression d'abattement émotionnel et physique. Il reflète avant tout l'aspect de stress chronique. La dépersonnalisation correspond à une réaction cynique, indifférente et émoussée face à des clients, comme

### Abréviations

ACTH:	Adrénocorticotrophine (hypophyse)
CBI:	Copenhagen Burnout Inventory
CRH:	Corticolibérine (hypothalamus)
HHS (axe):	(Axe) hypothalamo-hypophysio-surrénalien
IMAO:	Inhibiteurs de monoamine oxydase
IRSN:	Inhibiteur de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline
ISRS:	Inhibiteur sélectif de la recapture de la sérotonine
ISRSN:	Inhibiteur sélectif de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline
MBI:	Maslach Burnout Inventory
MBI-GS:	MBI General Survey

Figure 1

Les trois dimensions du burnout selon Maslach et Jackson [13]. Chacun des trois aspects clés suscite des comportements différents, qui aident tous à venir à bout du surmenage vécu.



par ex. des patients ou des élèves, et elle est interprétée comme une tentative de prise de distance. La diminution de la performance subjective décrit le sentiment d'échec et de perte de la confiance en ses propres capacités [11, 12].

**Instruments de mesure**

Plusieurs instruments ont été développés pour évaluer le burnout. Le Maslach Burnout Inventory (MBI) a été élaboré sur la base des symptômes clés mentionnés et il est encore aujourd'hui largement utilisé [13]. A l'origine, le MBI était conçu pour être utilisé uniquement dans le domaine de la santé. Plus tard, il a été élargi en MBI General Survey (MBI-GS), un instrument interprofessionnel. Le MBI-GS a été complété par le Copenhagen Burnout Inventory (CBI), qui fait la distinction entre l'environnement professionnel, l'environnement personnel et les contacts professionnels avec les clients [14]. Lors de l'analyse d'un état d'épuisement, le Oldenburg Burnout Inventory (OLBI) tient également compte d'aspects physiques et cognitifs [15]. Dans les grandes lignes, ces instruments sont similaires.

**Le burnout est toujours le résultat d'un stress excessif persistant de longue date**

Le burnout ne résulte pas de surcharges uniques, même si elles sont extrêmes. Il est bien plus le résultat d'une surcharge et d'un stress excessif persistants et chroniques [12, 16]. Le burnout est déclenché par le stress professionnel chronique et en cas de surcharge persistante, il évolue en différentes phases, qui peuvent finalement aboutir à un épisode dépressif (fig. 2). Le burnout peut être interprété comme une spirale négative dans laquelle les ressources psychiques et physiques s'épuisent lentement mais constamment.

**Phases du burnout**

En se basant sur le degré de sévérité des symptômes, Burisch [12] a subdivisé le développement graduel du burnout en six phases:

- Phase 1: Les premiers signaux d'alarme sont un investissement accru pour atteindre les objectifs professionnels, une augmentation des heures supplémentaires avec, en parallèle, un renoncement aux phases de récupération et une survalorisation du travail dans la vie globale (fig. 2).
- Phase 2: L'engagement professionnel accru est généralement suivi d'une phase d'épuisement, de retrait avec un point de vue négatif sur le travail (sentiment d'être exploité et d'un manque

de reconnaissance, travail à contrecœur). Ce retrait a souvent des répercussions sur la vie sociale.

- Phase 3: Lors de la progression du processus, il y a une augmentation des réactions émotionnelles comme l'irritabilité, l'impatience, l'amertume, la culpabilisation et l'abandon d'objectifs de vie jusqu'alors importants – le syndrome neurasthénique peut complètement dominer le tableau clinique.
- Phase 4: Les performances professionnelles en pâtissent et l'organisation du travail, la faculté de penser, la motivation et la flexibilité de la personne touchée sont limitées, ce qui aboutit à un minimalisme dans le travail et à une opposition aux changements.

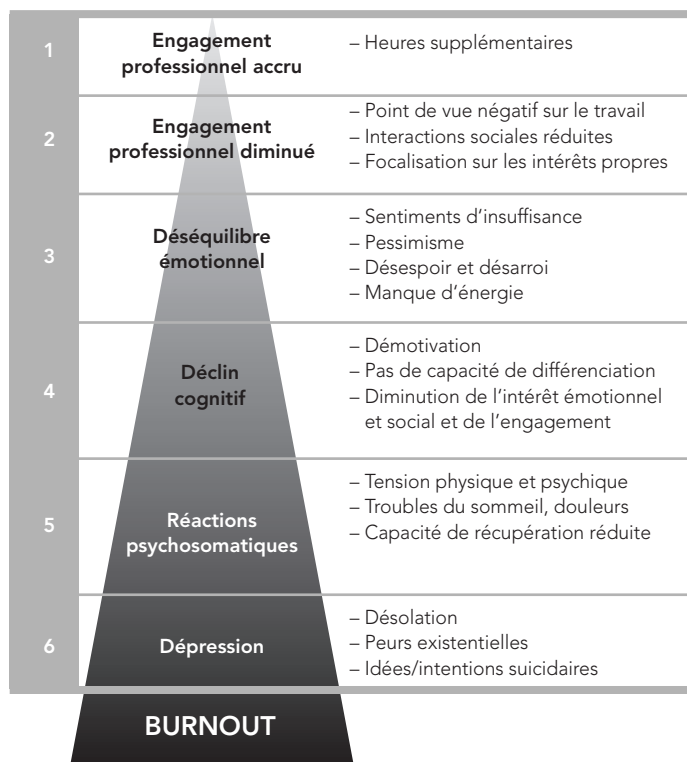
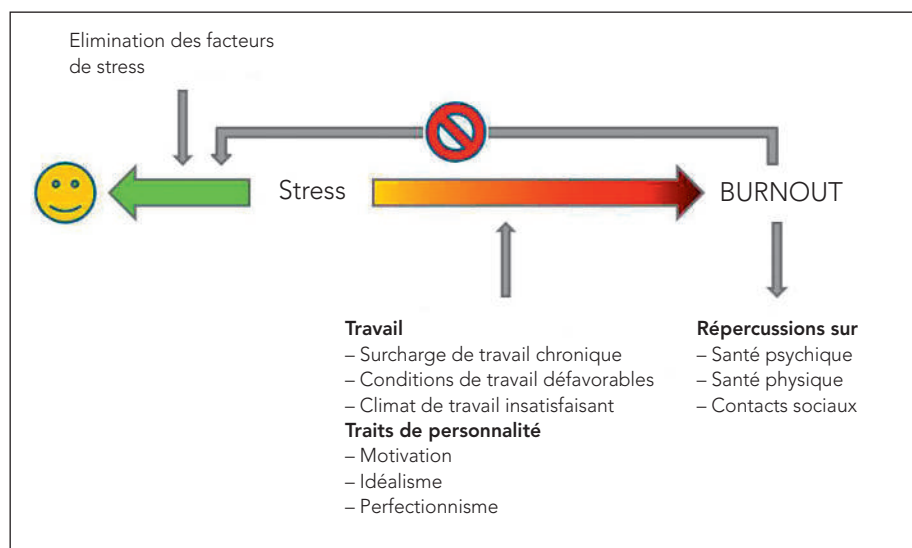


Figure 2 Différentes étapes se déroulant lors du développement d'un burnout en raison de stress professionnel chronique. Il convient de noter que le burnout n'est pas un diagnostic psychiatrique, même si d'après des résultats empiriques, les états de burnout sévère favorisent la survenue d'un épisode dépressif [6, 12, 16].



**Figure 3**

Différences entre stress et burnout. Les personnes stressées parviennent encore à s'imaginer qu'elles se sentiraient mieux lorsque le facteur de stress aura été supprimé. Les personnes victimes de burnout n'ont plus accès à ce sentiment. Elles se sentent vides, démunies et démotivées.

- Phase 5: En l'absence d'intervention, des symptômes psychosomatiques, comme des tensions, des douleurs, des troubles du sommeil, des problèmes cardiaques/circulatoires et des troubles digestifs, font leur apparition. Les personnes touchées ne sont alors plus capables de se détendre et d'exiger le repos nécessaire. Un affaiblissement du système immunitaire et un abus d'alcool et de drogues sont possibles.
- Phase 6: La spirale négative culmine en un syndrome dépressif. Bien que le burnout soit le résultat d'un stress persistant de longue date, il ne doit pas être assimilé au «stress» en soi. Les personnes stressées parviennent encore à s'imaginer qu'elles se sentiraient mieux dès que tout sera à nouveau sous contrôle. Les personnes victimes de burnout n'ont plus accès à ce sentiment. Elles se sentent vides, démunies et démotivées, et elles ne veulent plus participer au processus de travail et aux événements associés (fig. 3). En résumé, le burnout est le résultat psycho-psychique d'un stress excessif persistant de longue date.

### Aspects psychiques du burnout

Comme expliqué ci-dessus, la survenue d'un burnout est favorisée par certains traits de personnalité. En plus, très souvent, dans des situations de stress, les personnes concernées ont recours à des stratégies de coping, qui servent uniquement à pallier temporairement la situation de stress, mais qui peuvent néanmoins favoriser la survenue d'un burnout à long terme. Parmi ces stratégies figurent l'abus de substances, le retrait social, l'apitoiement sur soi-même et la fuite/l'évitement. Or, il serait plus pertinent d'analyser le problème, de recourir aux auto-instructions et à l'autorégulation, de supprimer la source de stress et de faire appel à l'humour [17, 18].

L'épuisement est considéré comme le symptôme central d'un burnout, mais il est aussi une caractéristique pertinente de la dépression. Toutefois, une différence majeure entre les deux troubles est que les symptômes de base de la dépression, comme la tristesse, le désespoir, les sentiments de nullité et les sentiments de culpabilité, ne sont pas nécessairement présents en cas de burnout [19], et ils n'ont pas la même pervasivité.

Quant au burnout, il dépend fortement de la charge à supporter sur le lieu de travail et de la qualité de l'environnement social. Il s'agit dès lors d'un trouble dépendant du contexte. En revanche, la dépression est un état qui touche tous les aspects de l'environnement personnel et pour lequel il n'y a pas de rapport contextuel impératif concret [10].

### Répercussions physiques

Un stress persistant a des répercussions sur l'état physique des personnes touchées. Comme déjà mentionné, le burnout se caractérise principalement par un épuisement chronique et excessif [20]. Le mécanisme physiologique à l'origine de cet épuisement n'a pour l'instant pas clairement été identifié. Un rapport entre le burnout et l'axe hypothalamo-hypophysé-surrénalien (HHS) est plausible car le stress chronique est le principal facteur impliqué dans la survenue du burnout [21]. L'axe HHS, en tant que système neuroendocrinien central produisant les hormones du stress, inclut des réactions neuroendocri-

niennes de la corticolibérine (corticotropin-releasing hormone – CRH, hypothalamus), de l'adrénocorticotrophine (ACTH, hypophyse) et du cortisol (corticosurrénale). L'axe HHS est responsable du rétablissement de l'hémostase après une surcharge liée au stress et il permet de maintenir les fonctions physiques et psychiques de l'organisme.

Toutefois, l'état des données concernant un dérèglement de l'axe HHS en cas de burnout est pour l'instant inconsistant [22]. Langeleen et al. [23] ont pu montrer que rien que l'anticipation du stress avant un jour de travail avait déjà des répercussions significatives sur la réponse du cortisol tôt le matin. Mommersteg et al. [24] ont émis l'hypothèse que le dérèglement de l'axe HHS jouait un rôle au cours de la survenue d'un burnout, mais qu'il perdait de l'importance après la manifestation du burnout. Il est soupçonné [22, 25] que le stress chronique génère tout d'abord une hyperactivité de l'axe HHS, qui se transforme toutefois en hypoactivité après épuisement de la capacité de réserve adaptative et est ainsi en corrélation avec un burnout. Néanmoins, le stress chronique est également responsable d'une augmentation de l'activité du système sympathique et d'une sécrétion accrue d'adrénaline. Cette suractivation durable peut être à l'origine d'altérations supplémentaires de la régulation métabolique, qui peuvent aboutir à des maladies comme l'infarctus du myocarde, l'accident vasculaire cérébral, l'ostéoporose ou le diabète. Les répercussions du burnout sur la survenue d'autres maladies font actuellement l'objet de recherches [23–27].

### Troubles du sommeil

Les troubles du sommeil s'observent fréquemment dans le burnout [21, 28]. Ils sont favorisés par de mauvaises conditions de travail et surviennent avec la dépression indépendamment d'une éventuelle comorbidité [7]. C'est ainsi que le cercle vicieux se clôt par un épuisement et une récupération insuffisante, car la récupération naturelle par le sommeil n'a pas lieu. Les troubles du sommeil, comme les difficultés d'endormissement, une qualité insatisfaisante du sommeil et les réveils prématurés, sont corrélés à l'intensité du burnout [29–31] et la récupération insuffisante est à

l'origine d'une somnolence diurne et de fatigue [21]. De leurs côtés, les troubles du sommeil contribuent à une activation de l'axe HHS [32] et ils font partie des facteurs de risque de dépression tout en étant le principal symptôme de la dépression [33].

### Diagnostic du burnout

Certains patients posent eux-mêmes le diagnostic de burnout, qui n'est le plus souvent pas vécu comme discriminatoire. Toutefois, bon nombre d'entre eux souffrent d'autres troubles psychiques identifiables, qu'il convient de reconnaître et de traiter dans les règles de l'art. Le diagnostic de burnout se pose en présence de symptômes neurasthéniques et/ou dépressifs et d'attributs d'une situation professionnelle accablante. Le diagnostic de burnout n'a pas de légitimité en l'absence d'un contexte professionnel. Toutefois, toute surcharge professionnelle n'est pas synonyme de burnout; la dynamique de cisaillement entre l'engagement élevé et la récompense (généralement non matérielle) insuffisante est décisive. La confirmation du diagnostic requiert un examen psychiatrique minutieux, mais également un examen médical général et en cas de besoin, un examen de médecine du sommeil [6]. Après exclusion de troubles physiques et d'autres troubles psychiatriques, un traitement adapté au degré de sévérité du burnout est initié (fig. 4).

### Traitement

Un traitement du burnout s'impose lorsque la problématique a acquis une dimension pathologique, c.-à-d. en présence d'une souffrance subjective pertinente et/ou d'une altération cliniquement pertinente de domaines importants de la vie. Un burnout a toujours des causes multifactorielles. En conséquence, les approches thérapeutiques dépendent des facteurs à l'origine de chaque cas individuel de burnout. Trois angles d'attaque sont privilégiés (fig. 5) [18]:

- situation psychique y compris stratégies de coping et traits de personnalité défavorables;
- processus physiologiques y compris axe HHS et sommeil;
- situation professionnelle défavorable.

Le traitement est adapté en fonction des besoins individuels du patient et il tient compte du degré de sévérité des symptômes. D'une manière générale, il est en première ligne fait appel aux thérapies par la parole, aux pharmacothérapies adaptées en fonction des symptômes, aux exercices de relaxation et aux thérapies créatives. Le patient doit apprendre qu'il ne s'agit pas d'un échec personnel et qu'il peut même arriver au plus fort de décompenser.

**Le diagnostic de burnout n'a pas de légitimité en l'absence d'un contexte professionnel**

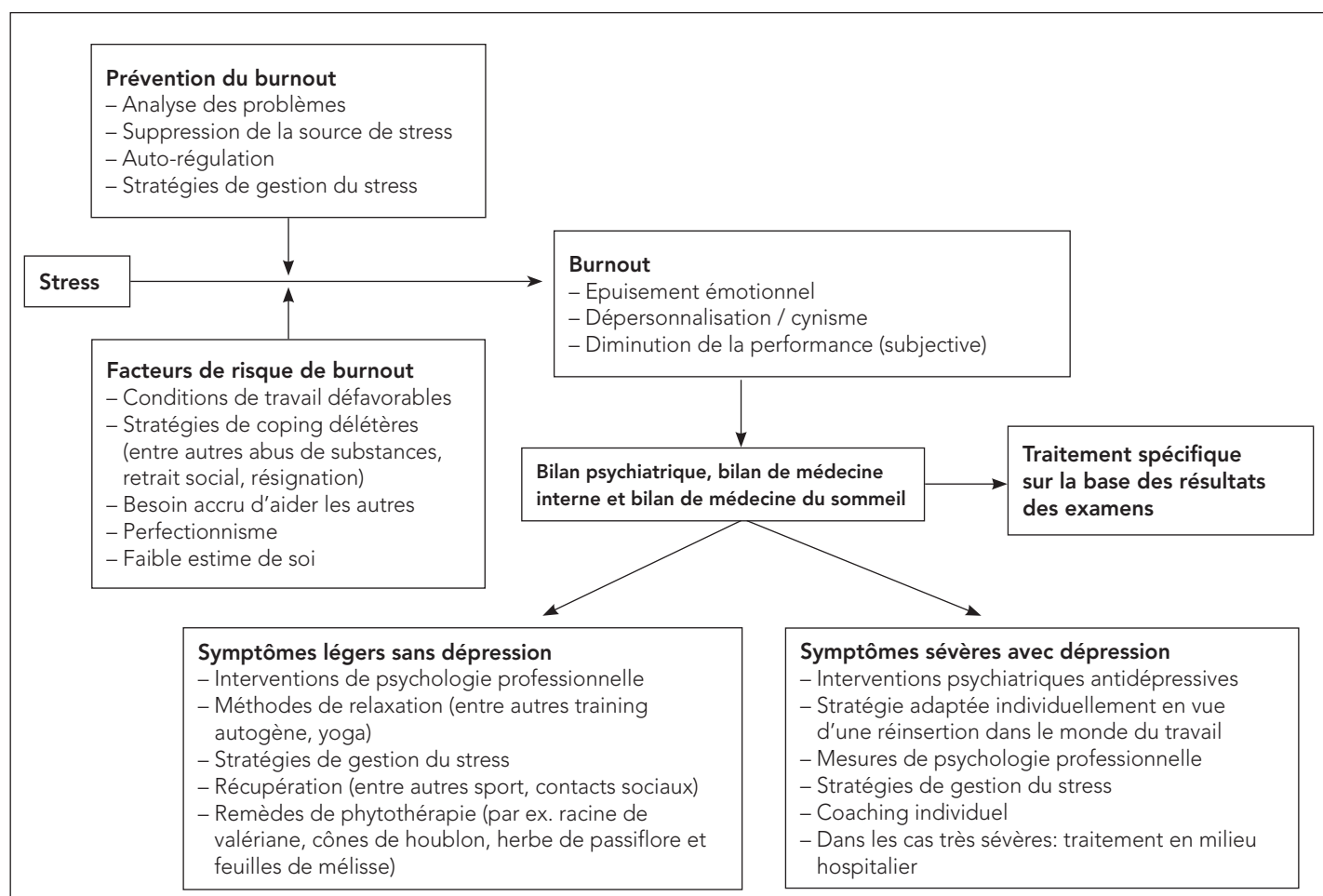
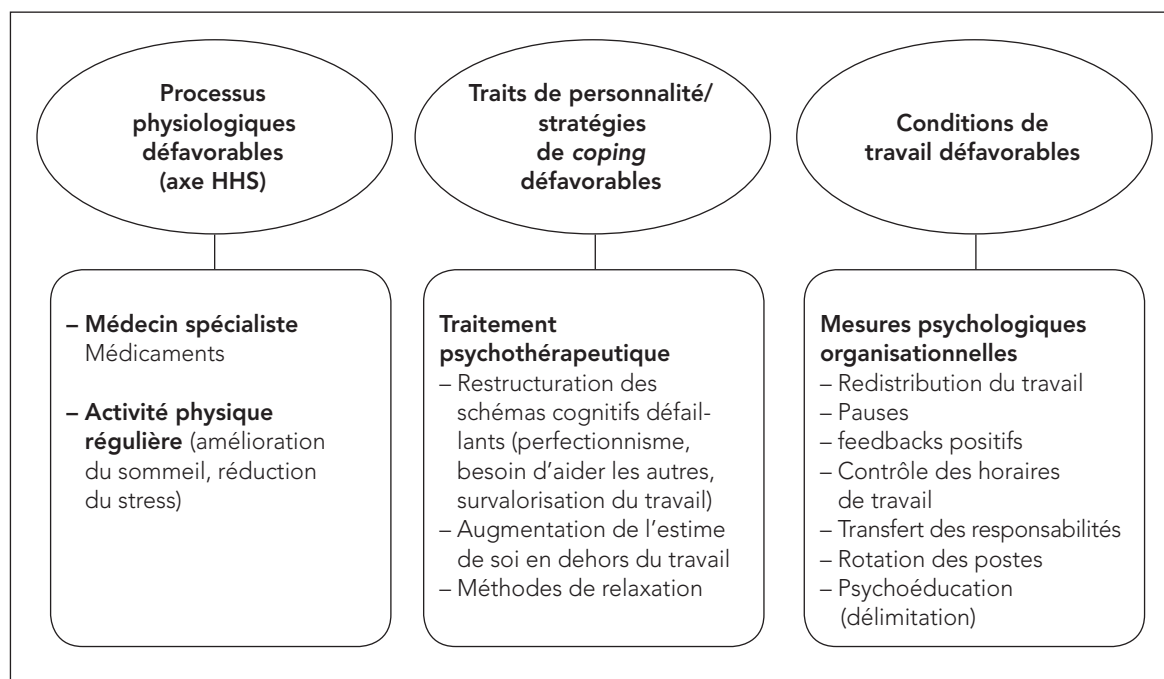


Figure 4

Démarche thérapeutique dans le traitement des patients atteints de burnout (d'après [6, 18, 43]).

Figure 5

Approches thérapeutiques dans le burnout. Le burnout est un problème multidimensionnel avec des symptômes à la fois physiques et psychiques provoqués par des conditions de travail défavorables (stress professionnel). Une stratégie thérapeutique complète doit dès lors comprendre trois niveaux (d'après [18]).



L'établissement d'un équilibre entre l'investissement et la récompense constitue l'objectif primaire des psychothérapies. A cet égard, il serait également essentiel de recourir à des interventions organisationnelles, mais de telles interventions sont loin d'être faisables dans tous les cas: optimisation des processus de travail, feedback positif du supérieur hiérarchique et du salarié, ainsi que modification de la répartition du travail en cas de travail posté. La thérapie cognitivo-comportementale et les exercices à orientation professionnelle sont réservés aux spécialistes.

Awa et al. [38] ont évalué 25 études ayant porté sur l'efficacité de programmes d'intervention dans le burnout. Parmi les études incluses, 68% concernaient des programmes orientés vers la personne, 8% concernaient des programmes orientés vers l'organisation et 24% concernaient des programmes orientés vers les deux aspects. Dans l'ensemble, 80% des stratégies interventionnelles ont conduit à une diminution significative du syndrome de burnout, ce qui peut être considéré

**En plus des mesures thérapeutiques aiguës, il convient de combattre la nature chronique du burnout.**

comme une preuve empirique de l'efficacité de telles stratégies interventionnelles. Les interventions orientées vers la personne ont été à l'origine d'une amélioration de courte durée (6 mois ou moins) et la combinaison de méthodes orientées à la fois vers la personne et l'organisation ont résulté en un effet positif plus durable (12 mois et plus). Dans tous les cas, les effets positifs de l'intervention ont néanmoins décliné après un certain temps.

Dans les formes modérées et dans les formes modérées à sévères de burnout avec suicidalité, le patient devrait être orienté vers un psychiatre. En cas de déroulement difficile du traitement, une consultation chez un spécialiste peut également s'avérer judicieuse.

Dans les formes modérées et dans les formes modérées à sévères de burnout avec suicidalité, le patient devrait être orienté vers un psychiatre. En cas de déroulement difficile du traitement, une consultation chez un spécialiste peut également s'avérer judicieuse.

### Traitement adapté en fonction du degré de sévérité

Des troubles du sommeil s'observent même dans le burnout de moindre intensité, avant qu'une composante dépressive ou anxieuse ne fasse son apparition. La première étape thérapeutique consiste souvent à remédier à ces troubles du sommeil. Pour ce faire, mise à part une optimisation de l'hygiène du sommeil, il convient également d'adopter des modifications du mode de vie, comme la pratique d'une activité physique modérée (promenades, natation, bicyclette), des mesures de relaxation (yoga, training autogène, relaxation musculaire progressive) et une alimentation saine. En cas de besoin, il est possible de recourir à des remèdes de phytothérapie (par ex. préparations à base de racine de valé-

Tableau 1

Critères diagnostiques cliniques pour le choix d'un antidépresseur (d'après [38]).

Syndrome/diagnostic	Antidépresseur possible
Dépression avec symptômes douloureux	IRSN
Dépression anxieuse	ISRS, IRSN
Dépression atypique	IMAO, ISRS
Trouble dysphorique prémenstruel	ISRS, IRSN
Dépression légère	Millepertuis, ISRS
Dépression sévère («mélancolique»)	TZA, IRSN
Dépression délirante	Antidépresseur + antipsychotique, trimipramine
Dysthymie	ISRS
Dépression bipolaire	ISRS + stabilisateurs de l'humeur
Trouble obsessionnel compulsif	TZA (clomipramine), ISRS
Troubles paniques avec/sans agoraphobie	ISRS, IRSN, TZA
Trouble anxieux généralisé	IRSN, ISRS
Phobie sociale/trouble anxieux social	ISRS, IRSN
Trouble de stress post-traumatique	ISRS



Tableau 2

Critères syndromiques cliniques pour le choix d'un antidépresseur. DA: dopamine, NA: noradrénaline, 5-HT: sérotonine (d'après [38]).

Symptômes	Effets pharmacologiques pertinents	Exemples de nouveaux antidépresseurs appropriés
Angoisse, agitation	Blocage des récepteurs 5-HT <sub>2A</sub>	Mirtazapine, trazodone, agomélatine
Inhibition, manque d'entrain	Activation DA/NA/5-HT	ISRS, ISRSN, bupropione
Troubles du sommeil	Blocage des récepteurs 5-HT <sub>2A</sub>	Mirtazapine, trazodone, agomélatine
Angoisse, phobie, avec crises de panique	Activation 5-HT Activation 5-HT/NA	ISRS, ISRSN
Avec symptômes compulsifs	Activation 5-HT	ISRS
Avec troubles cognitifs	Activation 5-HT <sub>1A</sub> Activation NA/DA	ISRS, IRSN
Avec boulimie	Activation 5-HT	ISRS
Avec douleurs	Activation 5-HT/NA	Duloxétine, venlafaxine, mirtazapine
Avec troubles sexuels	Blocage des récepteurs 5-HT <sub>2A</sub>	Mirtazapine, trazodone, agomélatine

riane, de cônes de houblon, d'herbe de passiflore et de feuilles de mélisse) [34] ou – en cas de troubles du sommeil plus prononcés – à des benzodiazépines pour une courte durée. Il convient de faire la distinction entre les troubles de l'endormissement et les troubles du maintien du sommeil et de choisir en conséquence une préparation à courte, moyenne ou longue durée d'action (tenir compte des demi-vies). Si les symptômes nécessitent un traitement médicamenteux de plus longue durée, il convient plutôt de se tourner vers des antidépresseurs favorisant et normalisant le sommeil (voir ci-dessous [34]).

En présence d'un burnout avec des symptômes dépressifs ou anxieux significatifs, le traitement doit faire appel à des antidépresseurs en plus des interventions citées [6]. Le traitement doit être adapté conformément aux recommandations thérapeutiques en vigueur pour la dépression et les troubles anxieux (tab. 1 et 2) [35–38].

En plus des mesures thérapeutiques aiguës, il convient de combattre la nature chronique du burnout. Il a été montré qu'avoir un bon réseau social composé d'amis et de membres de la famille avait certes un effet positif, mais que l'ampleur de cet effet était limitée. La mesure la plus efficace pour la prévention et la prophylaxie des récurrences de burnout repose sur le soutien social sur le lieu de travail, sur le soutien par les collègues de travail et sur la compréhension de la part du supérieur hiérarchique [39].

### Remise en question critique du burnout

Sur la base des résultats empiriques démontrant un chevauchement clair entre le burnout sévère et la dépression, le burnout n'est pour l'instant pas considéré comme une entité médicale à part entière [6, 40]. Contrairement à la plupart des autres maladies psychiques, le burnout n'est pas principalement défini de manière descriptive, mais par une imbrication de symptômes et d'explications étiologiques. Par ailleurs, le burnout peut être décrit en combinant les caractéristiques de troubles reconnus et mieux définis comme la dépression, le stress, l'anxiété ou le neuroticisme [41].

En raison de la corrélation élevée entre les symptômes du burnout et ceux de maladies «classiques», il est difficile de définir de manière isolée le burnout. De plus, la distinction par rapport à la norme pose des problèmes: le principal point critique dans la ribambelle de questionnaires et d'aides diagnostiques pour le burnout qui inondent le marché est qu'il n'existe pas de normes perti-

nentes [41]. Hillert et Marwitz [46] critiquent en plus le fait que le MBI mesure principalement des traits de personnalité stables (avant tout émotionnalité) et moins des paramètres de burnout à proprement parler.

Pour ces raisons, le concept populaire de burnout est parfois aussi remis en question de manière critique, comme en témoigne la déclaration: «[...] les salariés en Suisse n'ont jamais travaillé aussi peu. Le burnout souvent évoqué pourrait avant tout être une maladie de la prospérité» (F. Schwab dans le journal *Weltwoche* du 2.2.2012). Cette déclaration suggère d'une part que le caractère et l'intensité du travail ont profondément changé et d'autre part, l'invocation de la prospérité actuelle est loin d'être infondée. Le monde du travail moderne dépersonnalisé se heurte à une exigence accrue de bien-être psychique et physique (également sur le lieu de travail), ce qui peut mener à un sentiment de déficit et créer une souffrance psychologique individuelle [41, 42]. Désigner par le terme de «burnout» les problèmes qui en résultent et prendre le burnout comme sujet de discussion peut aider les personnes touchées à communiquer leur souffrance [43], sans qu'elles ne soient victimes de stigmatisation, contrairement à d'autres maladies psychiques. Ainsi, des bienfaits sont également attribués à la construction «burnout» dans la littérature spécialisée, dans le sens où ce concept facilite l'acceptation par les personnes touchées et la connotation positive relative peut permettre d'abaisser le seuil d'inhibition empêchant de demander de l'aide [41–43].

En ce sens, le burnout est une construction de psychologie professionnelle et de psychiatrie qui est utile pour détecter et traiter des situations de stress accablantes durables d'origine professionnelle ayant débouché sur des états d'épuisement.

### Références

La liste complète des références est publiée sur le site internet de PrimaryCare: [www.primary-care.ch](http://www.primary-care.ch) > Archives > Numéro 18/2012

### Correspondance:

Dr. med. Josef Hättenschwiler  
 Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH  
 Zentrum für Angst- und Depressionsbehandlung Zürich ZADZ  
 Dufourstrasse 161  
 8008 Zürich  
 Jhaettenschwiler[at]zadz.ch