

Le traitement cognitivo-comportemental du burn-out

Jacques Van Rillaer

Le concept de burn-out connaît un succès considérable, avec raison. N'étant pas repris dans les classifications internationales des troubles (CIM-10, DSM-5), ses définitions varient selon les auteurs. Il désigne le plus souvent un syndrome d'épuisement professionnel, caractérisé par la perte du sens du travail, l'émoussement affectif (indifférence, cynisme), la perte d'efficacité et d'adaptabilité, l'irritabilité, l'épuisement, des troubles somatiques (tensions musculaires, céphalées, etc.).

Ce concept a été promu par Herbert Freudenberger dans les années 1970 pour désigner l'épuisement du personnel qu'il observait dans une « free clinic »¹. De formation freudienne (il a été analysé par Theodor Reik), il a insisté sur des facteurs personnels. Dans son principal ouvrage, *Burnout : The High Cost of High Achievement*², il a développé l'idée qu'un idéal et des attentes irréalistes sont des causes essentielles. Il associait cet état à la dépression, une conception très discutable car, si le burn-out peut certes mener à la dépression, il se caractérise d'abord par la fatigue plutôt que par une profonde tristesse et l'anhédonie, des aspects typiques des dépressions.

Les recherches rigoureuses les plus célèbres sont de Christina Maslach. Ce professeur de psychologie à l'université Berkeley a étudié le burn-out chez des soignants, mais aussi chez d'autres travailleurs. Elle a mis l'accent sur les conditions du travail : charge des tâches, insuffisance de gratifications, conflits de valeurs, conflits interpersonnels, etc. Le titre de son principal ouvrage est explicite : *The Truth About Burnout : How Organizations Cause Personal Stress and What to Do About It*³. Il a été récemment traduit en français⁴.

Le traitement cognitivo-comportemental envisage toujours à la fois les dimensions environnementales et personnelles. En principe, il tient compte des résultats des recherches, par exemple : le principe d'équité ou de réciprocité joue un rôle capital dans le développement du burn-out, autrement dit : la personne a le sentiment de donner nettement plus qu'elle ne reçoit (de ses patients, de l'institution, des citoyens qu'elle protège, etc.)⁵ ; ceux qui résistent le mieux au burn-out s'octroient régulièrement des « routines de décompression » (relaxation, méditation, lecture, jogging, etc.) ; ils communiquent avec des personnes auxquelles ils sont attachés (conjoint, collègue, ami) de façon à « digérer » les événements stressants de la vie de travail⁶.

¹ Staff Burn Out. *Journal of Social Issue*, 1974, 30 : 159-165.

² Co-écrit avec G. Richelson. New York : Doubleday, 1980.

³ Jossey-Bass, 2000, 200 p.

⁴ Co-écrit avec M. Leiter : *Burn-out. Le syndrome d'épuisement professionnel*. Paris : Les Arènes, 2011, 270 p.

⁵ Geurts, S. *et al.* (1999). Absenteeism, turnover intention and inequity in the employment relationship. *Work & Stress*, 13, 253-267. — Bakker, A. *et al.*, (2000). Patient demands, lack of reciprocity, and burnout : A five-year longitudinal study among general practitioners. *Journal of Organizational Behaviour*, 21 : 425-441.

⁶ Maslach, C. (1982) *Burnout : The cost of caring*. Prentice-Hall.

Les TCC se caractérisent par une approche individualisée ⁷, débutant par des (auto)observations méthodiques, leur analyse et seulement ensuite un traitement multimodal. Citons, parmi les procédures classiques généralement utiles en cas de burn-out :

- l'apprentissage méthodique de la relaxation et de la pacification de la respiration de manière à pouvoir rapidement diminuer la tension corporelle dans des situations stressantes ;
- la modification de croyances dysfonctionnelles et de schémas de pensée (par exemple, remplacer « je dois *absolument* être estimé par tous ceux pour qui je travaille » par « c'est agréable et souhaitable d'être estimé par les personnes qu'on estime, mais on ne peut pas plaire à tout le monde ; vouloir être apprécié de tous, c'est se nuire inévitablement ») ;
- le développement du « réflexe » de démarche de résolution de problème pour remplacer des réactions impulsives ;
- l'apprentissage de la limitation des périodes de rumination mentale ;
- le développement de l'habileté à communiquer ; une meilleure assertivité (apprendre à refuser certaines tâches, demander de l'aide) ;
- une meilleure gestion du temps, permettant notamment des activités de loisir ;
- une activité physique modérée quotidienne ;
- l'amélioration de la qualité du sommeil, quand bien même le stress quotidien n'est pas réduit ⁸ ;
- éventuellement un accompagnement pour modifier les conditions du travail ou pour changer de travail ;
- s'il y a lieu, traiter des troubles mentaux non directement causés par le travail (obsession-compulsions, anxiété sociale, dépression, etc.).

⁷ Voir p.ex. d'un des principaux artisans des TCC : J. Wolpe (1986) Individualization : the categorical imperative of behavior therapy practice. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 17: 145-153.

⁸ Voir p.ex. Charles Morin (2009) *Vaincre les ennemis du sommeil*. Les Éditions de l'Homme, 283 p.