



Burn out, épuisement,... cela n'arrive pas qu'aux autres

Thomas Bertoncello, Psychologue

Dr Valérie Melchior, Psychiatre

Quelques chiffres

Professionnels de la santé belges (2025) :

- 12,5% -> risque élevé de Burn out
- 41,4% -> mentalement ou physiquement épuisés par leur travail
- 68,6% -> travail impacte vie privée
- Les plus à risque : jeunes (25-44 ans) et médecins/infirmiers en formation



Définition du burn out

- Terme apparaît dans les années 70 (Freudenberger, 1974) : se consumer, brûler -> usure, épuisement, demande trop importante d'énergie et de ressources, fatigue de compassion
- Maslach (1981) : 3 dimensions au burn out : épuisement émotionnel, cynisme , diminution de l'accomplissement personnel
- CSS (2017)
 - Notion de processus multifactoriel
 - Exposition prolongée à un stress (min 6mois), déséquilibre exigences – ressources, déséquilibre attentes-réalité du travail vécue
 - Épuisement, irritabilité, colère, peurs, troubles cognitifs, cynisme
 - Adaptation inefficace face aux exigences auxquelles la personne ne sait plus faire face
 - Sentiment d'inefficacité professionnelle

- OMS – CIM-11 : phénomène lié au travail, pas classé parmi les maladies : stress chronique au travail qui n'a pas été correctement géré, 3 dimensions
- KUL : Schaufeli, De Witte et Desart (2019) : 4 symptômes
 - Épuisement physique et psychologique
 - Retrait mental / physique par rapport au travail
 - Troubles cognitifs
 - Perte de contrôle émotionnel
 - + humeur dépressive et plaintes psychosomatiques

Au niveau personnel

- Problématique de limites
- Perfectionnisme
- Idéalisation de la fonction
- Sur-valorisation de la sphère professionnelle
- Hyperactivité
- Intolérance au vide

Burn out du soignant

Facteurs spécifiques

- Grande disponibilité, tolérance, acceptation presque inconditionnelle de l'autre
- Passionné par son travail, enthousiasme idéaliste
- Sens aigu des responsabilités
- Impact et répétition des traumatismes (mort, maladie, souffrance...)
- La plupart des soignants : personnalités riches et généreuses, mauvais gestionnaires du temps et de l'argent -> ils s'oublient au profit de leurs patients
- Isolement physique et psychoaffectif : secret professionnel!
-> intérêt des supervisions



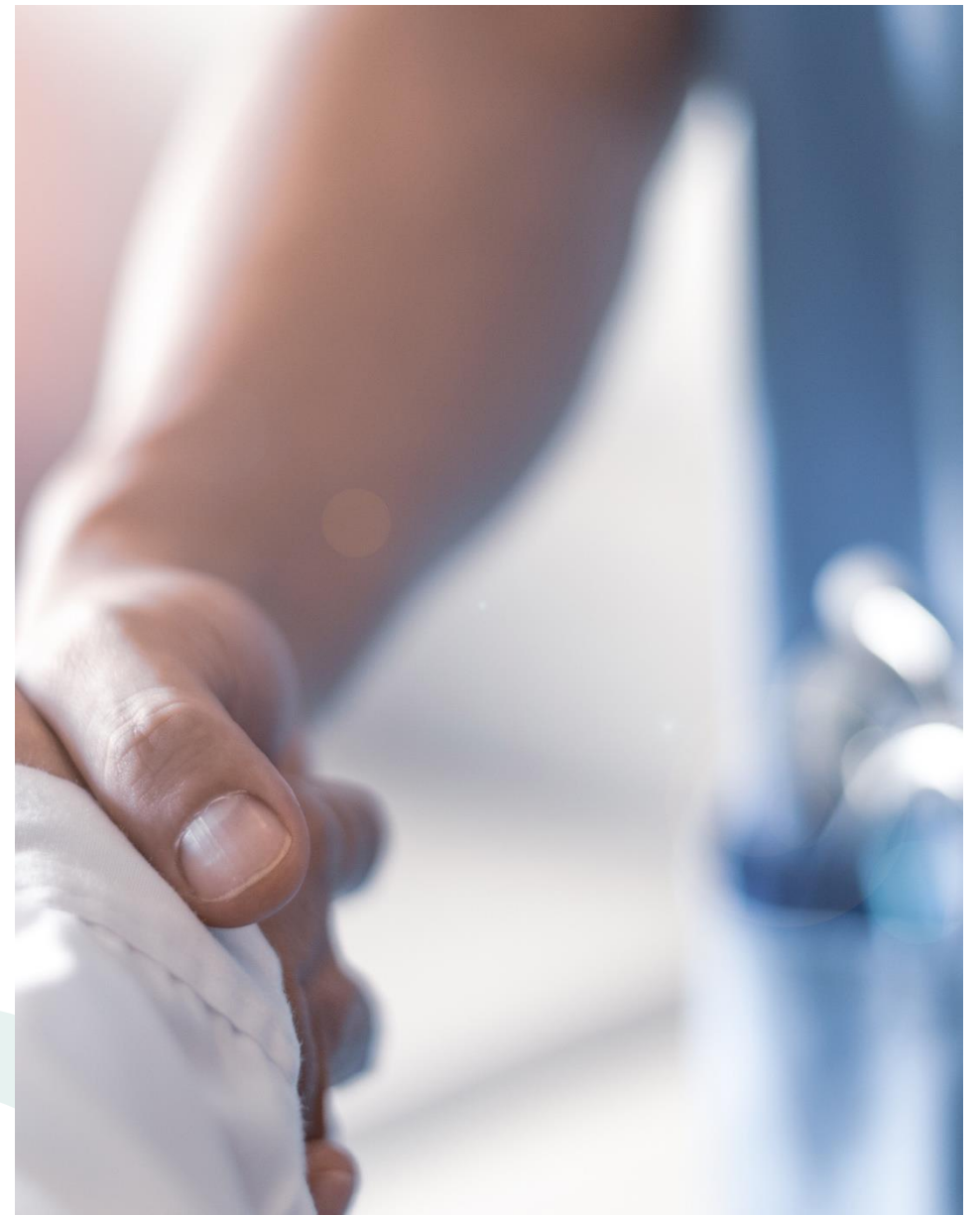
- -> dépense d'énergie excessive
- Tendance à prendre des décisions seul
- Perfectionnisme et désir d'être apprécié à hauteur de ses compétences
- Difficultés à déléguer
- Comportements de contrôle chronophages
- Dénier de la fatigue, refus de la maladie
- Honte, obstination, culpabilité
- Epuisement progressif
- Perte d'estime de soi, dévalorisation, découragement
- Présentation clinique d'épisode dépressif ou de pathologie organique (Burn out masqué)

Contraintes

- Multiplication des tâches administratives et des obligations avec réduction du temps de travail disponible pour la clinique
- Dévalorisation de la profession
- Manque de reconnaissance
- Déshumanisation de la relation et de l'acte intellectuel, survalorisation des actes techniques
- Evolution de la société
- Sentiment croissant d'insécurité
- Pénurie de soignants
- Exigences plus importantes des patients et de leur famille
- ...

Fatigue de compassion

- Perte de la capacité à ressentir de l'empathie
- Exposition prolongée à la souffrance d'autrui
- Colère, irritabilité, sentiment de surmenage, anxiété accrue, perte de motivation
- Personnes à risque : individus extrêmement empathiques et sensibles, jeunes praticiens (! empathie ne veut pas dire sympathie)

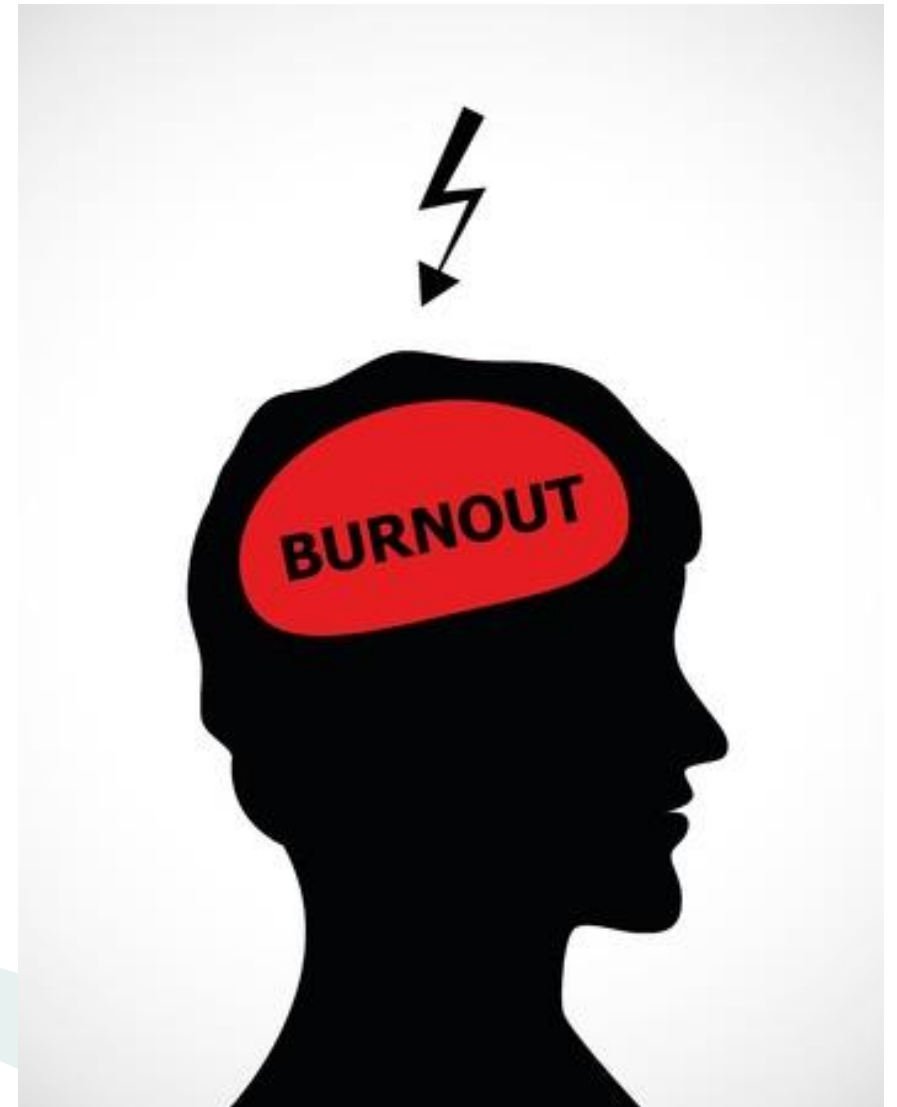


Souffrance éthique

- Malaise psychologique ressenti lorsqu'une personne est amenée à agir de manière contraire à ses convictions morales profondes (par exemple, des impératifs économiques versus des principes éthiques de soin)
- Opposition entre les valeurs personnelles et les exigences de l'environnement professionnel ou institutionnel
-> conséquences graves sur la santé mentale et physique des individus
- Trahison des règles du métier, mais aussi : trahison de soi, participation à des actes ou des pratiques que l'on réprouve
- -> Détresse morale, perte de sens

Dépistage

- MBI : tridimensionnel : épuisement, cynisme, manque d'accomplissement personnel
- OLBI : bidimensionnel : épuisement et désengagement
- BAT : 4 symptômes de base, épuisement physique et psychologique, distanciation mentale du travail, troubles cognitifs, perte de contrôle émotionnel + Symptômes de stress psychosomatiques et humeur dépressiv



Diagnostic différentiel

- Bilan médical : examen clinique, biologie, examens complémentaires
- Plaintes physiques mal définies : troubles du sommeil, fatigue, troubles gastro-intestinaux, douleurs dorsales, douleurs thoraciques.
- Plaintes psychiques : détachement, perte d'estime de soi, perte de confiance en soi, irritabilité, méfiance, cynisme, labilité de l'humeur
- Exclure pathologie psychiatrique, évaluer les symptômes anxieux et dépressifs souvent associés, évaluer le risque suicidaire

Approches thérapeutiques

- Prise en charge psycho-médico-sociale
- Acteurs multiples : MT, Médecin du travail, DRH, psychothérapeute, psychiatre...
- Arrêt de travail – repos
- Traitement médicamenteux ? : antidépresseur pas systématique, régulariser le sommeil
- Interventions psychothérapeutiques et psychocorporelles
- Projet – reprise du travail

Arrêt de travail : 3 temps

- Dénî, patient en arrêt car obligé : dualité, difficultés à accepter état (regard social, crainte du jugement, auto-dévalorisation), culpabilité : phase très délicate
- Colère : par rapport à l'environnement mais surtout par rapport à soi (ne pas avoir mis de limites), prise de conscience, énergie commence à revenir mais n'est pas canalisée
- Prise de distance, plus constructif: réfléchir à un projet. Bilan de compétences?



- ITT souvent longue, en moyenne 6 mois mais souvent plus : mise à distance du travail physiquement et émotionnellement
- Question de la légitimité se pose toujours pour le patient : légitimité des plaintes, légitimité de l'ITT
- Patient souvent réticent. Arrêt de travail = perte de tous les repères, vide
- ITT a un rôle : visée constructive à terme, construction de projet = tremplin
- *Et si le burn out était un cadeau?*

Approche psychothérapeutique

- Dans un premier temps, aider le patient à mettre des mots sur la situation
- Questionner : charge de travail, valeurs, sens du travail
- Identifier ce qui crée dysharmonie : au niveau personnel et au niveau contextuel
- Apprivoiser le vide et à partir du vide, définir ce qui est important, développer la notion de plaisir pour soi
- Se reconnecter aux "choses simples"
- Assertivité
- -> questionnement souvent profond, remise en cause du fonctionnement habituel

Envisager la reprise

- Se prépare plusieurs semaines à l'avance
- Collaboration : médecin traitant/psychiatre, psychologue, conseiller en prévention psychosocial, médecin conseil de la mutuelle, médecin du travail
- Reprise à temps partiel : Permet à la personne de tester et de reprendre plus tôt que si elle reprenait à temps plein. Le temps partiel oblige à questionner l'attribution des tâches
- Entretien avec la hiérarchie pour baliser la reprise : encourager le patient à amener des pistes
- Médecine du travail est souvent un relai (consultation spontanée ou entretien de pré-reprise)

Bibliographie

Freudenberger, H.J.(1974). Staff burn-out. Journal of Social Issues, 30, 159-165.

Maslach, C., Jackson, S.E. (1981). The measurement of experienced burnout. Journal of Occupational Behaviour, 2, 99-113.

Maslach, C., & Leiter, M. (2008). Early predictors of job burnout and engagement. Journal of Applied Psychology, 93, 498-512. doi: 10.1037/0021-9010.93.3.493

Conseil Supérieur de la Santé (septembre 2017). Burnout et Travail. Bruxelles : CSS. Avis n°9339.

Organisation Mondiale de la Santé [OMS]. Dans la Classification internationale des maladies, le burn-out, ou épuisement professionnel, est considéré comme un «phénomène lié au travail» Disponible sur: https://www.who.int/mental_health/evidence/burn-out. Dernière consultation le 18/02/21.

Schaufeli, W.B., De Witte, H. & Desart, S. (2019). Handleiding Burnout Assessment Tool (BAT). KU Leuven, België: Intern rapport.

HANSEZ, I, RUSU, D., FIRKET, P., & BRAECKMAN, L. (2019). Evolution 2010-2018 du burnout en Belgique et intérêt de l'utilisation conjointe de deux outils de diagnostic Rapport de recherche.

Reis, D., Xanthopoulou, D. & Tsaousis, I. (2015). Measuring job and academic burnout with the Oldenburg Burnout Inventory (OLBI): Factorial invariance across samples and countries. Burnout Research, 2, 8-18. doi : 10.1016/j.burn.2014.11.001

LVE – Landelijke Vereniging van Eerstelijnspsychologen. NHG – Nederlands huisartsen genootschap. NVAB – Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde. Eén lijn in de eerste lijn bij overspanning en burnout. Multidisciplinaire richtlijn overspanning en burnout voor eerstelijns professionals; 2011. Internet: https://www.nvab-online.nl/sites/default/files/bestanden-webpagina's/MDRL_Overspanning-Burnout.pdf.

Ahola, K., & Hakanen, J. (2007). Job strain, burnout, and depressive symptoms: A prospective study among dentists. Journal of affective disorders, 104(1-3), 103-110.

Weber, A., & Jaekel-Reinhard, A. (2000). Burnout syndrome: a disease of modern societies?. Occupational medicine, 50(7), 512-517.

DEJOURS C, GERNET I, Psychopathologie du travail, 2ème édition, Paris, Masson, 2016.

DELBROUCK M, Comment traiter le burn-out, Bruxelles, De Boeck, 2011.

Delbrouck, M. (2017). Le burn-out du médecin soignant. Sens-Dessous, 19(1), 5-18. <https://doi.org/10.3917/sdes.019.0005>.



Merci pour votre attention !



HÔPITAL DE LA CITADELLE

Journée Médicale

SAMEDI 22.11.25

