

Recommandations thérapeutiques du Réseau suisse d'experts sur le burnout (SEB)

Le traitement du burnout, partie 2: recommandations pratiques

Barbara Hochstrasser^{a,1}, Toni Brühlmann^{b,2}, Katja Cattapan^{c,1}, Josef Hättenschwiler^{d,2}, Edith Holsboer-Trachsler^{e,1}, Wolfram Kawohl^{f,1}, Beate Schulze^{g,1}, Erich Seifritz^{h,2}, Wilmar Schaufeli^{i,1}, Andi Zemp^{j,1}, Martin E. Keck^{k,1/2}

^a Clinique privée de Meiringen, Meiringen; ^b Clinique privée de Hohenegg, Meilen am Zürichsee; ^c Sanatorium Kilchberg, Kilchberg, et clinique universitaire de psychiatrie et de psychothérapie, Berne; ^d Centre de traitement de l'anxiété et de la dépression, Zurich; ^e Cliniques psychiatriques universitaires (CPU), Bâle;

^f Clinique de psychiatrie, de psychothérapie et de psychosomatique, clinique universitaire psychiatrique, Zurich; ^g Schulze Resource Consulting, Zurich et Genève, ainsi que l'université de Leipzig, Institut de médecine sociale, de médecine du travail et de santé publique, Leipzig, Allemagne; ^h Clinique de

psychiatrie, de psychothérapie et de psychosomatique, clinique universitaire psychiatrique, Zurich; ⁱ Université d'Utrecht, Pays-Bas, et KU Leuven, Belgique;

^j Privatklinik Wyss, Münchenbuchsee; ^k Institut Max-Planck de psychiatrie, Munich, Allemagne

¹ Réseau suisse d'experts sur le burnout (SEB)

² Société suisse des troubles anxieux et de la dépression (SSAD)

Sur mandat de la commission permanente de la qualité des membres des sociétés FMPP/SSPP Daniel Bielinski et Anouk Gehret.

Les articles de la rubrique «Recommandations» ne reflètent pas forcément l'opinion de la rédaction. Les contenus relèvent de la responsabilité rédactionnelle de la société de discipline médicale ou du groupe de travail signataire.

D'un point de vue psychiatrique, le burnout n'est pas une maladie au sens strict et il n'est mentionné ni dans la classification internationale des maladies ICD-10 [1] ni dans le manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux DSM-5 comme faisant l'objet d'un diagnostic psychiatrique à proprement parler (voir à ce sujet les recommandations thérapeutiques «Le traitement du burnout, partie 1: principes fondamentaux», FMS 25/2016). Le burnout constitue plutôt un état de risque, pouvant engendrer des maladies secondaires psychiatriques et somatiques dans le cas de la chronicisation d'un état de stress continu. Il n'existe actuellement guère d'essais consacrés au traitement du burnout, ayant été randomisés (exécutés après l'attribution aléatoire d'un traitement) contre placebo en double aveugle d'après les critères de la médecine reposant sur des données probantes. En raison de l'ample chevauchement entre les symptômes du burnout et de la dépression, des troubles anxieux, addictifs et du sommeil comorbides (associés) et d'autres troubles psychiatriques [2], les recommandations thérapeutiques ici décrites se composent de la bibliographie portant sur les différentes maladies ainsi que sur la pratique clinique et l'expérience des auteurs. Les présentes recommandations thérapeutiques ont été établies sur mandat de la Société suisse de psychiatrie et de psychothérapie (SSPP) du Réseau suisse d'experts sur le burnout (SEB) avec le concours de la Société suisse des troubles anxieux et de la dépression (SSAD).

Présentation clinique

La présentation clinique du burnout est caractérisée par un épuisement prononcé permanent en concomitance

avec une capacité de récupération altérée s'accompagnant des symptômes d'un état de stress tels que la forte sensibilité aux stimuli, l'agressivité, la labilité émotionnelle, les troubles de l'attention, de multiples symptômes végétatifs, des troubles du sommeil et des performances moindres. Le burnout est causé par un état de stress chronique, surtout lié au travail mais pas uniquement. Variables d'un cas à l'autre, les symptômes peuvent être divisés en quatre catégories selon la nature de leurs manifestations (tab. 1).

Tableau 1: Symptômes en cas de burnout.

Symptômes psychiques	Epuisement émotionnel Labilité (instabilité) émotionnelle Irritabilité Agressivité Incertitude Anxiété, panique Dépression Démotivation
Symptômes corporels	Fatigue Incapacité de se reposer et récupérer Troubles du sommeil Symptômes végétatifs (troubles digestifs, maux multiples de ventre, de dos, de nuque, de dents, de tête) Vulnérabilité accrue aux infections
Symptômes cognitifs	Troubles de l'attention Troubles de la concentration Troubles de la mémoire Indécision Flexibilité intellectuelle réduite
Changements de comportement	Activité accrue ou moindre Repliement social Comportement de dépendance Diminution des performances Absence au travail Tendance à avoir des accidents Moindre résistance au stress

Tableau 2: Modèle simplifié des phases du processus du burnout.

Stade	Principaux symptômes
Stade 1 Stress accru	Nervosité, irritabilité, troubles de l'attention, hyperactivité, symptômes végétatifs, troubles du sommeil irréguliers, symptômes réversibles dans le cas d'une phase de récupération prolongée
Stade 2 Burnout léger ou moyennement grave	Épuisement, troubles du sommeil réguliers (troubles de l'endormissement et de la continuité du sommeil, activité réduite, repliement social, labilité émotionnelle, lassitude, démotivation, capacité de récupération réduite, symptômes végétatifs durables, douleurs multiples, symptômes cognitifs (troubles de la concentration et de la mémoire), dépression, préservation de l'intérêt et de la capacité de se réjouir
Stade 3 Burnout grave avec dépression clinique	Épuisement prononcé, capacité de récupération réduite, insomnies, réveil précoce, manque d'intérêt et de joie, dépressivité, réduction de l'appétit et de la libido, symptômes cognitifs prononcés, symptômes végétatifs durables, douleurs multiples, désespérance, tendance suicidaire, le cas échéant

Tableau 3: Sélection de diagnostics différentiels médicaux.

Spécialité médicale	Principaux diagnostics différentiels
Interne	Par ex. anémie grave, carence en vitamine D ₃ , syndrome métabolique, pathologies hypothalamo-hypophysaires
Neurologique	Par ex. apnée du sommeil, jambes sans repos, syndrome de Pickwick, myopathies, encéphalites, crises convulsives, état après un traumatisme crânio-cérébral, sclérose en plaques, myasthénie grave (paralysie bulbo-spinale), maladie de Parkinson, borréliose du système nerveux central (SNC)
Endocrinienne	Par ex. insuffisance hypophysaire (également après un traumatisme crânio-cérébral mineur), hypothyroïdie, diabète, syndrome de Cushing (obésité ostéoporotique), maladie d'Addison (bronzée)
Infectieuse	Par ex. borréliose, maladie du sommeil, tuberculose chronique, SIDA, virus d'Epstein-Barr, malaria
Oncologique	Par ex. crâniopharyngiome, syndrome de Lambert-Eaton, tumeurs/paranéoplasies en tout genre
Médicamenteuse	Par ex. antihypertenseurs, sédatifs, benzodiazépine, antidépresseurs sédatifs, antipsychotiques

Tableau 4: Principaux diagnostics différentiels psychiatriques du burnout.

Trouble psychique	Caractéristiques à prendre en compte
Troubles dépressifs	Humeur dépressive, manque d'intérêt, réveil précoce, troubles cognitifs prononcés, psychomotricité altérée, tendance suicidaire, Attention: dépression bipolaire avec des phases de manie
Troubles anxieux	Crises de panique classiques, anxiété d'anticipation, phobies spécifiques
Neurasthénie	Réduction chronique et durable de la résistance au stress et tendance à l'épuisement dans le cas de légères sollicitations intellectuelles ou physiques
Addiction (alcool, sédatifs)	Anamnèse de la prise prolongée ne pouvant plus être interrompue, symptômes de sevrage éventuels
Syndrome d'hyperactivité	Nervosité, troubles de la concentration, hyperactivité, sautes d'humeur, mentionnés dans l'anamnèse depuis l'enfance
Troubles d'adaptation	Altérations brèves ou longues de l'humeur et du comportement suite à des événements, ne caractérisant aucun autre trouble
Trouble obsessionnel compulsif	Pensées obsessionnelles et rituels ayant un effet nettement néfaste et ayant déjà existé avant l'état de stress
Accentuation de la personnalité, troubles de la personnalité	Facultés cognitives et modèle de comportement correspondants, surtout empreints de narcissisme, de dépendance ou d'un manque de confiance en soi

Vu que le burnout doit être conçu comme un processus évoluant le plus souvent d'un état de stress de plus en plus chronique vers une dépression avec une résistance nettement insuffisante au stress, les symptômes sont fonction du stade d'évolution du burnout. Le modèle simplifié des phases d'évolution du burnout décrit trois stades (tab. 2).

Diagnostic

Evaluation et diagnostic différentiel

En cas de burnout, l'épuisement et d'autres symptômes ne sont pas spécifiques de ce syndrome, si bien qu'un diagnostic différentiel approfondi des maladies psychiatriques, internes et, le cas échéant, neurologiques doit être établi à l'aide d'une première évaluation. Il s'agit alors de clarifier des pathologies physiques ou psychiques primaires d'une part, mais aussi de cerner les troubles comorbides survenant avec le burnout d'autre part.

Examen interne et neurologique

D'un point de vue interne et neurologique, une série de diagnostics différentiels pouvant aussi aller de pair avec un épuisement chronique doivent être exclus. En plus des troubles endocriniens et neurologiques, les maladies infectieuses, oncologiques et auto-immunes méritent une attention particulière. En outre, les affections cardiovasculaires, le syndrome métabolique, le diabète, l'adiposité et les insomnies sont associés au burnout [3, 4]. Des diagnostics différentiels somatiques pertinents sont spécifiés dans le tableau 3.

Examen psychiatrique

Il faut impérativement apprécier d'un point de vue psychiatrique, dans quelle mesure l'un des diagnostics évoqués dans le tableau 4 existe. Ils peuvent apparaître sous la forme de maladies secondaires du burnout, ou en être indépendants et être mal interprétés comme constituant un burnout. Il convient donc de les démarquer par un diagnostic différentiel. En présence d'une maladie secondaire psychiatrique découlant du développement d'un burnout, une composante d'épuisement prononcée peut être observée la plupart du temps. Concernant l'évaluation psychiatrique et le diagnostic différentiel, des questionnaires (d'auto-évaluation et d'évaluation par un tiers) s'avèrent précieux en plus des critères cliniques. Il est particulièrement recommandable d'utiliser des échelles pour apprécier le burnout (voir tab. 5), sachant que le questionnaire «Shirom-Melamed Burnout Measure» (SMBM) est plus facilement disponible et plus simple à interpréter (accessible sur

Internet à l'adresse http://www.fzkwp.uzh.ch/services/Stressmgmt/ZEP-1/Fragebogen_fr.html). Des échelles validées (d'auto-évaluation et d'évaluation par un tiers) servent à prendre en compte la dépression. En outre, les autres diagnostics différentiels importants peuvent être étayés par une échelle d'anxiété, par une échelle d'hypomanie (DD: dépression bipolaire), par des échelles permettant de saisir des symptômes psychosomatiques et par un questionnaire relatif à la somnolence diurne. Ceux-ci figurent en caractères gras dans le tableau 5.

Traitement

Les objectifs de la thérapie du burnout visent à la rémission stable d'un trouble dépressif comorbide, à la régénération de la vitalité et de la capacité de récupération, au rétablissement de la résistance au stress eu égard à des fonctions sociales et professionnelles ainsi qu'au renforcement de stratégies d'adaptation constructives. En plus des symptômes dépressifs sur le plan physiologique et psychopathologique, notamment des fonctions cognitives et la prise en compte d'une composante neurasthénique jouent alors aussi un rôle central. Si le burnout existe comme un état à risque, le traitement ambulatoire s'avère souvent fructueux à cette fin. Dans le cas d'une dépression d'épuisement prononcée (attention: tendance suicidaire), le traitement se déroule à l'hôpital. Pour parvenir à une amélioration durable, il

est de règle de relativiser les facteurs de risque psychologiques, de réaliser une auto-prise en charge durable et d'acquérir des compétences accrues dans la gestion du stress, la résolution de conflits et l'interaction sociale. Le but prioritaire doit consister à rendre les intéressés de nouveau aptes à prendre la maîtrise de leur vie et à constituer les ressources et les compétences primordiales pour leur projet de vie et leur identité. Une réorientation quant aux valeurs et aux objectifs fait partie intégrante de cette réflexion. En raison de la complexité du tableau clinique, une seule stratégie d'intervention semble inappropriée pour traiter tous les niveaux de burnout [5]. Comme toute intervention psychiatrique et psychothérapeutique, le traitement a lieu selon une approche multidimensionnelle. Les dimensions ici mentionnées se rapportent aux aspects thérapeutiques prévalant respectifs. Elles se sont révélées judicieuses dans la pratique, mais il n'y a aucune étude contrôlée à ce sujet.

Accompagnement du patient

Un patient souffrant de burnout exige du praticien chargé de son cas qu'il le gère et l'accompagne activement. Des personnes surtout habituées au succès et axées sur les performances sont détachées dans un état affaibli dysfonctionnel et elles ne peuvent recourir à leurs ressources usuelles. Elles désespèrent parfois de cette situation, perdant tout espoir et se sentant impuissantes. Une tendance suicidaire risque même de survenir, nécessitant une vigilance particulière. L'élaboration d'un modèle expliquant le trouble existant et ses causes sert à les secourir dans leur impuissance, leur désespoir et les reproches qu'elles se font. La psychoéducation sur le stress, le burnout et la dépression ainsi que sur la justification des diverses stratégies thérapeutiques forme un élément essentiel du traitement. Etant donné que le processus de guérison prend un certain temps, le praticien doit sans cesse encourager le patient à faire preuve de patience et de confiance, tout en lui exposant le déroulement progressif du traitement et du rétablissement. Une attention particulière doit être alors dévolue à la «surveillance de l'énergie»: trois fois par jour, le patient est convié à enregistrer respectivement l'humeur, l'énergie et la tension perçues subjectivement sur une échelle analogique visuelle de 0–10 depuis le début du traitement jusqu'à la fin de la phase de réadaptation, et d'y noter ses activités (fig. 1). Il constate ainsi quelles activités ou quels événements sollicitent quelle dépense d'énergie, sont source d'épuisement ou de tension nerveuse, si bien qu'il apprend à répartir son énergie et à prévoir les pauses nécessaires à la régénération. La stabilisation et l'amélioration durable de l'état énergétique peuvent ainsi s'opérer.

Tableau 5: Echelles d'évaluation et diagnostic différentiel dans le cas d'une suspicion d'un syndrome de burnout.

Etat mental mesuré	Echelle	Informations clarifiant:
Burnout	MBI (auto-évaluation) SMBM (auto-évaluation)	L'ampleur des symptômes de burnout
Dépression	HAMD-17 ou MADRS (évaluation par un tiers) BDI (auto-évaluation) HCL-32 (auto-évaluation)	Une dépression majeure La dépressivité Une dépression bipolaire
Anxiété	HAMA (évaluation par un tiers) STAI (auto-évaluation)	L'anxiété, une tendance anxieuse
Somnolence diurne	EPSS (auto-évaluation)	L'ampleur de la somnolence Des troubles du sommeil primaires éventuels (apnée du sommeil, jambes sans repos)

Abréviations:

MBI	Maslach Burnout Inventory [19, 20]
SMBM	Shirom-Melamed Burnout Measure [21], http://www.fzkwp.uzh.ch/services/Stressmgmt/ZEP-1/Fragebogen_fr.html
HAMD	Hamilton Depression Scale [22, 23]
MADRS	Montgomery-Asberg Depression Rating Scale [24]
BDI	Beck Depression Inventory [25, 26]
HAMA	Hamilton Anxiety Rating Scale [27]
HCL-32	Hypomania Check List [28]
STAI	State-Trait Anxiety Inventory [29]
EPSS	Epsworth Sleepiness Scale [30]

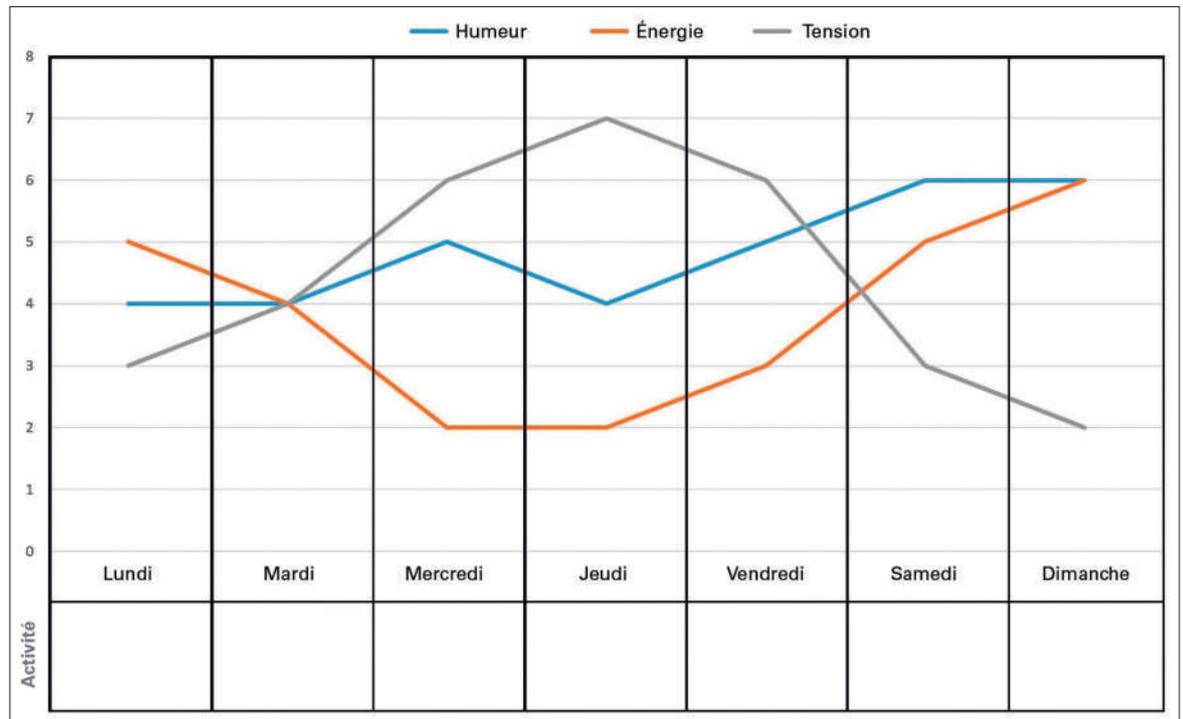


Figure 1: Surveillance de l'énergie.

Dimension biomédicale

Au vu des mécanismes neurobiologiques pouvant provoquer un burnout et une dépression en cas de stress, une pharmacothérapie adéquate au moyen d'antidépresseurs est indiquée en présence d'un trouble dépressif [6, 7]. Tous les antidépresseurs recommandés pour traiter des dépressions de légères à graves sont alors utilisables. Les patients atteints d'un syndrome de burnout présentent souvent une labilité végétative. La pharmacothérapie doit donc être administrée par doses progressives, le praticien devant veiller à ce que le patient tolère les effets secondaires. Une attention particulière doit être accordée à l'hygiène du sommeil et au traitement des insomnies existantes. Des antidépresseurs sédatifs ou de petites doses de neuroleptiques atypiques peuvent être employés en l'occurrence avec un effet bénéfique. La thérapie antidépressive doit se dérouler «lege artis», c'est-à-dire dans les règles de l'art ou conformément aux directives [6]. Certains patients se montrant sceptiques à l'égard d'un antidépresseur classique se laissent convaincre par une préparation à base de millepertuis. Il n'est pas rare que celle-ci fasse office de médication initiale reposant sur des données probantes dans le cas de tableaux cliniques dépressifs légers voire modérés et elle peut être remplacée par une substance synthétique si son action s'avère insuffisante. En général, il peut être observé dans le cas d'un burnout que la disposition dépressive réagit beaucoup plus rapidement voire qu'elle aboutit à une rémission complète, avant que l'épuisement et la

concentration ou d'autres troubles cognitifs soient améliorés. Cela met en évidence la composante neurasthénique de la dépression liée au stress et requiert la gestion structurée de l'énergie du patient (voir ci-dessus). Il incombe toutefois au praticien chargé du traitement d'apprécier dans quelle mesure cet épuisement et les pertes cognitives représentent encore un résidu dépressif et exigent une optimisation ultérieure de la pharmacothérapie, ou qu'elles expriment plutôt une composante neurasthénique. Des pertes neuropsychologiques souvent marquées telles que de moindres capacités de concentration, de compréhension, d'attention et une perte de mémoire accrue doivent être circonscrites en étant soumises à des tests minutieux, traitées (par ex. un entraînement neuropsychologique assisté par ordinateur) et observées au cours de leur évolution. Il arrive souvent qu'elles fassent échouer une réintégration professionnelle et qu'elles persistent, alors que les autres symptômes se trouvent déjà en rémission.

Mesures complémentaires

Sport

En cas de burnout, une activité sportive modérée, adaptée aux capacités physiques constitue un élément constitutif pertinent du traitement. Elle contribue à réduire le stress, elle sert d'adjuvant aux antidépresseurs et elle permet de structurer la journée. Il est conseillé d'évaluer les capacités à l'aide d'un test physiologico-

sportif de condition et de donner des instructions d'exercice en tenant compte. Un entraînement journalier activant légèrement la circulation sanguine devrait être alors recherché.

Relaxation et thérapies corporelles

Des exercices réguliers de décontraction et des thérapies corporelles sont également des éléments thérapeutiques pertinents, étant donné qu'ils favorisent la relaxation profonde, qu'ils promeuvent la perception du corps (ou conscience corporelle), le plus souvent réduite en cas de stress, et qu'ils intensifient ainsi le processus d'une nouvelle prise de conscience de soi-même et des propres ressources. Ils exercent de ce fait une action psychothérapeutique supplémentaire. Pour servir d'exercices de décontraction, divers procédés peuvent être mis en œuvre comme la relaxation musculaire progressive, l'entraînement autogène (autorelaxation), le qi gong ou le yoga. De même, différentes méthodes de thérapie corporelle conviennent, sachant qu'il est préférable de se limiter à quelques-unes dûment éprouvées.

Exercices d'attention

La pratique d'exercices d'attention réguliers [8] concourt à la relaxation, à la réduction durable du stress, au développement d'une plus grande sérénité et d'une meilleure acceptation de soi. Elle peut ainsi soutenir des processus psychothérapeutiques. Il est conseillé d'inciter les sujets souffrant d'un burnout à faire régulièrement des exercices d'attention en groupe pouvant être complétés par des exercices individuels. Simple à transmettre, peu exigeante et efficace, la méthode MBSR de réduction du stress fondée sur la pleine conscience («Mindfulness-based Stress Reduction») [9, 10] se prête très bien à cet usage.

Psychothérapie

La psychothérapie se focalise de préférence sur la mise en adéquation de l'exigence de performance avec les ressources disponibles (dimension objective à l'image d'un déséquilibre), sur la correction d'attitudes et de conduites dysfonctionnelles comme un comportement fortement axé sur les besoins d'autrui ou un manque d'estime de soi traduisant une dépréciation de soi (dimension subjective), ainsi sur la faculté de mener un mode de vie rempli de sens se rapportant aux valeurs et aux objectifs cruciaux pour l'identité personnelle ainsi qu'au projet de vie en découlant. Au vu de l'expérience clinique, des approches thérapeutiques conçues dans une perspective multidimensionnelle semblent prometteuses. Des études contrôlées n'existent pas néanmoins pour les valider. L'efficacité des divers

éléments de la thérapie est un peu mieux analysée (voir à ce sujet les recommandations thérapeutiques «Le traitement du burnout, partie 1: principes fondamentaux», FMS 25/2016).

La thérapie cognitivo-comportementale convient très bien pour travailler sur une conception de soi négative, sur des attitudes et des stratégies d'adaptation dysfonctionnelles ainsi que sur des problèmes interpersonnels. Des thèmes fondamentaux fréquemment abordés couvrent non seulement le manque de confiance en soi et d'efficacité personnelle, mais aussi l'orientation vers les performances, la propension à l'érosion physique (à se dépenser) et le perfectionnisme, le manque d'aptitude à gérer des conflits et le manque d'auto-prise en charge. Les méthodes de la restructuration cognitive, la transmission du concept de l'enfant intérieur et l'exercice de stratégies d'adaptation adéquates constituent des approches éprouvées. Les procédés de thérapie intégrative tels que la thérapie selon Grawe [11] ou la thérapie centrée sur les schémas [12] se sont avérés efficaces pour modifier des modèles de comportement et des traits de personnalité potentiellement pathogènes. L'ajout d'une approche orientée vers les ressources à la thérapie prend tout son sens en présence de l'effritement des ressources disponibles en vue de l'autorégulation et de l'accomplissement des valeurs personnelles ou de l'utilisation correspondante de ces ressources. En général, les thèmes essentiels concernent alors la préoccupation quasi exclusive vis-à-vis des objectifs axés sur les performances, à l'incapacité de se consacrer à une activité non liée au travail ayant un sens sur le plan personnel et au fait de négliger les ressources et les valeurs personnelles par manque de temps. L'approche thérapeutique consiste à identifier les activités et les expériences personnellement bénéfiques, à discuter des valeurs personnelles et de l'emploi du temps jusqu'à ce jour. Un nouveau cadre de vie impliquant une meilleure auto-prise en charge et un juste équilibre de vie est élaboré.

Qui plus est, les patients souffrent très souvent de problèmes relationnels pouvant résulter de l'évolution du burnout. Une approche interpersonnelle ou une approche systémique associant le partenaire ou la famille peuvent être instaurées en l'occurrence. Une séance avec le partenaire est toujours recommandable, ne serait-ce que pour favoriser la compréhension du partenaire à l'égard de la maladie du patient et clarifier les questions en suspens.

Dimension existentielle

Chaque crise ne peut être finalement surmontée sans refléter les valeurs et les objectifs vécus jusqu'à cette date ni vérifier dans quelle mesure ils sont appropriés à

la configuration d'une vie pleine de sens. Souvent perçue de manière anxiogène en cas de burnout, l'expérience des propres limites réouvre aussi la voie aux questions fondamentales de l'existence humaine. Les personnes atteintes d'un burnout subissent la plupart du temps une crise de sens et elles considèrent leur mode de vie orienté jusqu'à présent vers la performance et le succès comme étant inadapté à la transposition de leurs valeurs et de leurs objectifs intrinsèques. Il est très utile d'aborder activement ces questions lors du traitement. Il s'agit de déployer une autre attitude intérieure favorisant une auto-prise en charge valorisante et une authenticité personnelle, telle qu'elle aboutisse ainsi à la prise de responsabilité et de contrôle quant à l'aménagement du propre cadre de vie. Il peut également en découler l'élargissement des repères donnant sens à l'existence au-delà des objectifs égocentriques. L'acceptation de soi et l'autocompassion rendent apte à l'empathie et elles peuvent faciliter l'expérience de l'attachement aux autres ou à un ensemble. En outre, l'examen de la question du sens suscite la réflexion sur la propre existence et ses limites. Il peut en émerger la recherche accrue d'une orientation vers des valeurs éthiques ou d'un enracinement religieux ou spirituel. Des procédés fondés sur la pleine conscience étayent l'autoréflexion et la discussion de thèmes existentiels. Il importe que le praticien soit ouvert au moins à cette perspective existentielle. Si besoin est, un spécialiste dûment formé à cette fin (soins spirituels [13, 14]) peut être consulté. D'autre part, le thérapeute peut engager directement une discussion approfondie avec le patient présentant un penchant correspondant. Des modèles existentiels ou anthropologiques ont fait leurs preuves à cet égard [15–17]. Les questions existentielles peuvent être traitées individuellement ou dans le cadre d'une séance en groupe [18].

Préparation et accompagnement de la réintégration

Un autre pilier important du traitement est représenté par l'accompagnement thérapeutique lors de l'examen des thèmes liés au travail et lors de la réintégration professionnelle. L'objectif vise à faire concorder les ressources du patient avec les exigences du poste de travail. Il est recommandé de commencer par analyser le développement professionnel et la situation actuelle sur le lieu de travail. Il convient alors notamment d'identifier les facteurs déclencheurs de la crise actuelle et les stratégies d'adaptation dysfonctionnelles en rapport avec la profession de l'intéressé. Les forces et les faiblesses liées à la profession sont cernées au cours de la thérapie, des ressources et des modèles d'adaptation concrètement plus constructifs, liés à la profession, sont élaborés et d'autres perspectives professionnelles sont explorées. Il est recommandé de seconder le patient lors d'un entretien avec l'employeur et de débattre alors de la réinsertion progressive ainsi que des ajustements requis du poste de travail. De nombreux assureurs versant des indemnités journalières auprès des employeurs respectifs font appel aux responsables des cas au titre d'agents de liaison entre le patient, le praticien et l'employeur pour soutenir le patient dans sa réintégration.

Disclosure statement

MK a déclaré des honoraires de conférencier de Zeller AG Schweiz, Lundbeck AG Schweiz, Eli Lilly Schweiz SA, Pfizer AG Schweiz. Les autres auteurs n'ont déclaré aucun lien financier ou personnel en rapport avec cet article.

Références

La liste complète et numérotée des références est disponible en annexe de l'article en ligne sur www.medicalforum.ch.

La première partie de ces recommandations thérapeutiques, «Le traitement du burnout, partie 1: principes fondamentaux», a été publiée dans le numéro précédent du FMS.

Correspondance:
Dr Barbara Hochstrasser,
M.P.H.
Privatklinik Meiringen
Case postale 618
CH-3860 Meiringen
[barbara.hochstrasser\[at\]
privatklinik-meiringen.ch](mailto:barbara.hochstrasser[at]privatklinik-meiringen.ch)

Références

- 1 Weltgesundheitsorganisation, ed. Internationale Klassifikation psychischer Störungen, Kapitel V (F), Klinisch-diagnostische Leitlinien ed. M.W. Dilling H, Schmitt M.H (Herausgeber) 1993, Hans Huber Verlag Bern.
- 2 Nil R, et al. Burnout – eine Standortbestimmung. Schweizer Archiv für Neurologie und Psychiatrie. 2010;161(2):72–7.
- 3 Melamed S, Kushnir T, Shirom A. Burnout and risk factors for cardiovascular disease. Behavioral Medicine. 1992;18:53–60.
- 4 Shirom A, et al. Burnout, mental and physical health: A Review of the evidence and a proposed explanatory model. International Review of Industrial and Organizational Psychology. 2005;20:269–309.
- 5 Rösing I. Ist die Burnout-Forschung ausgebrannt? Analyse und Kritik der internationalen Burnout-Forschung. 2. Auflage ed. 2008, Kröning.
- 6 Holsboer-Trachsler E, et al. Die somatische Behandlung der unipolaren depressiven Störungen – 1. Teil. Swiss Medical Forum. 2010;10:802–9.
- 7 Hättenschwiler J, et al. Burnout. Primary Care. 2012;18:353–8.
- 8 Michalak J, Heidenreich T, Williams JMG. Achtsamkeit. 2012, Göttingen, Bern, Wien, Paris, Oxford, Prag, Toronto: Hogrefe Verlag GmbH.
- 9 Kabat-Zinn J, Kroh M. Gesund durch Meditation – Das grosse Buch der Selbstheilung. 2006, Frankfurt am Main: Fischer.
- 10 Lehrhaupt L, Meibert P. Stress bewältigen durch Achtsamkeit. 2013, München: Kösel-Verlag.
- 11 Grawe K. Neuropsychotherapie. 2004, Göttingen: Hogrefe.
- 12 Roediger E. 2008, ed. P.d. Schematherapie. 2000, Stuttgart: Schattauer.
- 13 Frick E. Spiritual Care - eine neues Fachgebiet der Medizin? Zeitschrift für medizinische Ethik. 2009;55:145–55.
- 14 Frick E. Sich heilen lassen: Eine spirituelle und psychoanalytische Reflexion 3ed. 2005, Würzburg: Echter.
- 15 Yalom I. Existenzielle Psychoherapie. 2000, Edition Humanistische Psychologie: Köln.
- 16 Noyon A, Heidenreich T. Existenzielle Perspektiven in Psycho-therapie und Beratung. 2013, Weinheim: Beltz.
- 17 Brühlmann T. Begegnung mit dem Fremden. Zur Psychotherapie, Philosophie und Spiritualität menschlichen Wachsens. 2011, Stuttgart: Kohlhammer.
- 18 Ballweg T, et al. SymBalance: ein theoriebasiertes, integratives Therapiekonzept zur Behandlung von Burnout. Swiss Archives of Neurology and Psychiatry. 2013;164(5):170–7.
- 19 Schaufeli WB, et al. The Maslach Burnout Inventory – General Survey, in MBI Manual (3rd ed.) Maslach C, Jackson SE, Leiter MP. Editors. 1996, Consulting Psychologist Press Palo Alto.
- 20 Maslach C, Jackson SE. Maslach Burnout Inventory: second edition, ed. C.P. Press. 1986, Palo Alto CA.
- 21 Shirom A, Melamed SA. A comparison of the construct validity of two Burnout measures in two groups of professionals. Int J Stress Manag. 2006;13(2):176–200.
- 22 Hamilton M. A rating scale for depression. J Neurol. Neurosurg. Psychiatr. 1960;23:56–62.
- 23 Hamilton M. The Hamilton Rating Scale for Depression, in Assessment of Depression, N. Sartorius and T. Ban, Editors. 1986, Springer: Berlin. p. 143–65.
- 24 Montgomery SA, Asberg M. A new depression rating scale designed to be sensitive to change. Brit. J. Psychiat. 1979;134:382–9.
- 25 Hautzinger M, et al. Beck Depressions Inventar. 1993, Bern: Hans Huber.
- 26 Hautzinger, M, et al. Beck-Depressions-Inventar (BDI), Testhandbuch. Zweite und überarbeitete Aufl. [Beck depression inventory (BDI) Testmanual 2nd rev. ed.]. 1995: Bern: Hans Huber.
- 27 Hamilton M. The Assessment of Anxiety States by Rating. Brit. J. Med Psychology. 1959;32:50–5.
- 28 Angst J, et al. The HCL-32: towards a self-assessment tool for hypomanic symptoms in outpatients. Journal of Affective Disorders. 2005;888:217–33.
- 29 Spielberger CD, Gorsuch RL, Lushene RE. STAI, Manual for the State-Trait-Anxiety-Inventory. 1970, Palo Alto, U.S.A.: Consulting Psychologist Press.
- 30 Bloch KE, et al. German version of the Epworth Sleepiness Scale. Respiration; International Review of Thoracic Diseases. 1999;66(5):440–7.