


Les *t* *pos* +

Burn-out et traumatismes psychologiques



**Abdel Halim
Boudoukha**

DUNOD

Burn-out et traumatismes psychologiques

Abdel Halim Boudoukha

Burn-out et traumatismes psychologiques

DUNOD

Conseiller éditorial : Stéphane Rusinek

Le pictogramme qui figure ci-contre mérite une explication. Son objet est d'alerter le lecteur sur la menace que représente pour l'avenir de l'écrit, particulièrement dans le domaine de l'édition technique et universitaire, le développement massif du photocopillage.

Le Code de la propriété intellectuelle du 1^{er} juillet 1992 interdit en effet expressément la photocopie à usage collectif sans autorisation des ayants droit. Or, cette pratique s'est généralisée dans les établissements

d'enseignement supérieur, provoquant une baisse brutale des achats de livres et de revues, au point que la possibilité même pour

les auteurs de créer des œuvres nouvelles et de les faire éditer correctement est aujourd'hui menacée.

Nous rappelons donc que toute reproduction, partielle ou totale, de la présente publication est interdite sans autorisation de l'auteur, de son éditeur ou du

Centre français d'exploitation du droit de copie (CFC, 20, rue des Grands-Augustins, 75006 Paris).



© Dunod, Paris, 2009
ISBN 978-2-10-054196-6

Le Code de la propriété intellectuelle n'autorisant, aux termes de l'article L. 122-5, 2° et 3° a), d'une part, que les « copies ou reproductions strictement réservées à l'usage privé du copiste et non destinées à une utilisation collective » et, d'autre part, que les analyses et les courtes citations dans un but d'exemple et d'illustration, « toute représentation ou reproduction intégrale ou partielle faite sans le consentement de l'auteur ou de ses ayants droit ou ayants cause est illicite » (art. L. 122-4).

Cette représentation ou reproduction, par quelque procédé que ce soit, constituerait donc une contrefaçon sanctionnée par les articles L. 335-2 et suivants du Code de la propriété intellectuelle.

Sommaire

Avant-propos	1
Introduction	3

Chapitre 1

Clinique du burnout et du traumatisme psychologique

I. Le burnout	8
1. Burnout : intérêt et enjeu d'une traduction	9
2. Histoire du burnout	10
3. Burnout : définir un nouveau concept	15
4. Les causes du burnout	20
5. Le burnout : un trouble psychopathologique ?	22
6. Conclusion	27
II. Événements traumatogènes et traumatisme psychologique	28
1. Histoire de l'identification d'une entité nosographique	29
2. Les événements traumatogènes	31
3. Tableau symptomatologique des traumatismes psychologiques	35
4. Les facteurs de vulnérabilité à un traumatisme psychologique	40
5. Conclusion	43

Chapitre 2

La présence conjointe d'un burnout pathologique et d'un TSPT : un nouveau syndrome ?

I.	L'expression conjointe du burnout et du TSPT : cas clinique et singularité	47
1.	Quelques préalables à la compréhension des cas cliniques	48
2.	Procédure de l'étude de cas	54
II.	Étude de cas : illustration clinique de la présence conjointe d'un traumatisme psychologique et d'un burnout	59
1.	Cas clinique n° 1 – François	59
2.	Cas clinique n° 2 – Hélène	66
3.	Conclusion	75
III.	TSPT et burnout : comment définir la complexité d'un tableau clinique comorbide ?	75
1.	Un tableau clinique complexe	75
2.	Burnout pathologique, TSPT et trouble conjoint de burnout et de TSPT : un développement progressif ?	78
3.	Une activation des schémas cognitifs favorisée par ces deux troubles du stress ?	81
IV.	Conclusion	83

Chapitre 3

Approches thérapeutiques du burnout pathologique
et/ou du traumatisme psychologique (TSPT):
comment prendre en charge les patients en souffrance?

I. La psychothérapie du burnout pathologique	88
1. La thérapie des pensées: adopter un regard nouveau sur ses événements de vie	89
2. La thérapie d'assertivité-affirmation de soi: développer des compétences sociales pour ne plus souffrir de la relation à l'autre	95
II. La thérapie du traumatisme psychologique	100
1. Comment conceptualiser l'impact traumatique de l'événement?	101
2. La thérapie du traumatisme psychologique	103
III. La thérapie conjointe du burnout et du traumatisme psychologique	111
1. Les schémas cognitifs	112
2. Comment aider les patients souffrant conjointement de burnout pathologique et d'un traumatisme psychologique?	118
La thérapie des schémas de pensée	118
3. Conclusion	124
Conclusion générale	127
Bibliographie	131
Index des notions	145
Index des auteurs	147

Avant-propos

Comment ne pas démarrer par des remerciements? Sans vouloir faire montre de fausse modestie, il me semble important de rappeler que la rédaction de cet ouvrage se situe dans le prolongement de différents échanges et qu'il est le fruit d'un travail de collaboration intellectuel.

Avant toute chose, je souhaite remercier les patients qui m'ont fait confiance et leur témoigner ma gratitude. Je vous ai accompagnés à un moment de votre vie où vous vous sentiez fragiles; vous m'avez appris ce que signifie aider l'autre. C'est tout le sens de l'alliance thérapeutique.

Je souhaite également remercier Marc Hautekeete et Stéphane Rusinek. Le premier pour avoir dirigé mon travail de thèse de doctorat (qui est la base de cet ouvrage) et m'avoir soutenu tout le long du processus de maturation: Marc, tu y es pour beaucoup, et plus que tu ne le crois! Le second pour m'avoir proposé d'écrire cet ouvrage: Stéphane, tu y as cru encore plus que moi... cela améliore énormément le sentiment d'efficacité personnelle!

Je tiens par ailleurs à remercier chaleureusement Irène Capponi pour tous ses commentaires et ses corrections, sans lesquels cet ouvrage n'aurait pas la même qualité: merci beaucoup Irène. J'en profite de plus pour remercier mes relecteurs, Franck Salomé, Fabienne Colombel et Françoise Guillemot.

Enfin, *last but not least*, un grand merci à ma famille, sur laquelle je peux compter inconditionnellement.

Merci!

Introduction

Un peu de science vaut mieux que beaucoup de dévotion.

Stressé, fatigué, épuisé, vidé, choqué ou traumatisé ? Voilà des adjectifs de plus en plus fréquents, à tel point qu'ils semblent intrinsèques à la vie de l'homme moderne. Ce phénomène a pris une ampleur telle qu'il ne se passe pas une journée sans que nous nous y référiions pour expliquer notre état de santé, nos tracasseries passagères, nos échecs ou encore les comportements de nos semblables. Depuis l'intégration de ces qualificatifs dans le langage populaire, il n'est plus possible aujourd'hui de parler de problèmes humains sans y faire allusion. Les journaux, la radio et, de manière encore plus manifeste, la télévision nous rappellent constamment qu'ils sont la cause de tous nos maux et qu'il faut lutter contre eux pour atteindre le bonheur.

Premier au rang des accusés, on retrouve bien entendu le stress. Un grand nombre de facteurs sont responsables du stress dans notre société postindustrielle. Parmi les plus souvent invoqués, la sphère du travail et les phénomènes de violence. On souffre à cause de son travail, parce qu'il est épuisant ou qu'on s'y sent inutile, on souffre aussi parce qu'on en cherche un ou qu'on n'en trouve pas. On souffre également de l'omniprésence de la violence. Elle est omniprésente parce que de plus en plus médiatisée, disséminée et photographiée. Au cours de notre vie nous y sommes malheureusement confrontés, directement ou indirectement, voire parce que dans le cadre de notre vie professionnelle ou personnelle, nous accueillons ou côtoyons des personnes qui en sont victimes.

Ce stress, vécu comme une expérience négative, génère à la fois du mal-être – c'est indéniable – mais aussi, dans certains cas, de véritables « maladies ». Ce constat amène une question : comment se créent et se développent de telles « maladies », que l'on pourrait considérer comme des troubles spécifiques du stress ?

C'est à cette question que cet ouvrage sera consacré. En effet, c'est avant tout par ses conséquences négatives, tant en termes d'émotions,

de comportements que de pensées, que le stress est rétrospectivement identifié. C'est aussi par l'identification de symptômes somatiques (du corps) et psychiques (de l'esprit) spécifiquement reliés aux conséquences du stress que des « maladies » ont été décrites dans la littérature scientifique. Il s'agit plus particulièrement du « syndrome de burnout », que l'on retrouve plus simplement sous le terme de « burnout », et du traumatisme psychologique, appelé également Trouble de Stress Post-Traumatique (TSPT).

Ces deux types spécifiques de stress ont été formalisés assez récemment, bien que leur existence en tant qu'entités cliniques soit déjà ancienne, sous le nom de « névrose traumatique » pour le TSPT ou de « fatigue chronique » pour le burnout. Si les recherches cliniques et expérimentales sur le traumatisme psychologique et le burnout ont commencé à apparaître dans des revues scientifiques vers le début des années soixante-dix, elles ont dès le départ soulevé un ensemble de questions, notamment sur la réalité de l'existence de ces « troubles spécifiques du stress » en termes d'entités ou de troubles mentaux spécifiques. Nous verrons que trente ans plus tard, si un grand nombre de questions ont trouvé réponse, certaines interrogations restent en suspens. Le premier chapitre sera consacré à la clinique et aux modèles prédominants du burnout dans un premier temps, et au trouble de stress post-traumatiques dans un second temps. Nous nous attacherons également à présenter l'histoire de ces troubles afin d'expliquer comment leur formalisation a pu voir le jour.

Un problème persiste et mérite, par ailleurs, toute notre attention : il s'agit de l'étude systématiquement séparée du burnout et des traumatismes psychologiques. En effet, s'ils sont tous les deux postulés comme des conséquences de stress, de stress chronique pour le burnout et de stress aigu et violent pour le TSPT, leur étude conjointe ne fait l'objet que de très rares publications scientifiques, d'ailleurs très récentes. On peut avancer comme début d'explication que le TSPT est formalisé comme un trouble psychique et qu'il est référencé dans les grandes classifications des maladies mentales, contrairement au burnout qui, quant à lui, n'est pas considéré comme un trouble et n'appartient à aucune classification des troubles psychiques. Les premiers articles qui ont porté sur la question n'ont pas été acceptés par les revues scientifiques au titre qu'elles

ne publiaient pas de *pop psychology*¹. Nous verrons d'ailleurs que lorsqu'une personne en présente les symptômes, c'est-à-dire un burnout pathologique on lui diagnostique souvent un trouble de l'adaptation non spécifiée.

Ce problème d'élaboration du diagnostic explique en partie que l'étude du TSPT associée au burnout s'avère compliquée. Pourtant, des travaux récents justifient l'étude conjointe de ces deux « maladies du stress », voire le diagnostic d'un nouveau trouble. Le second chapitre sera donc dévolu aux liens entre burnout et TSPT. Il sera l'occasion d'une présentation clinique de la symptomatologie polymorphe de sujets rapportant à la fois un TSPT et un burnout pathologique, puis d'une discussion sur la complexité du tableau clinique.

Enfin, il est important de noter que l'environnement de travail a longtemps été considéré comme le facteur exclusif du burnout, qui se trouvait réduit à une conséquence ou à une pathologie strictement professionnelle. Il a fallu attendre une multiplication des études pour que les relations interpersonnelles stressantes, chroniques et astreignantes soient identifiées comme facteurs explicatifs de l'apparition du burnout. C'est tout récemment qu'il est sorti de son confinement dans le domaine du travail pour faire l'objet de recherches dans différents champs, comme celui des sportifs, des couples ou encore des mères de famille. D'autre part, l'identification du trouble de stress post-traumatique était dans un premier temps limitée aux conséquences d'événements exceptionnels et traumatisants, tels que la guerre. Il a fallu attendre la formalisation de sa symptomatologie principale, puis associée, pour qu'il couvre une gamme plus étendue de situations, telles des catastrophes naturelles, des tortures ou encore des agressions sexuelles, des prises d'otages, des tentatives de meurtre, des agressions ou des accidents de voiture graves, vécus directement ou indirectement ou, plus récemment, chez des sujets en rapport avec de tels événements.

La formalisation, dans des domaines différents, du TSPT en tant que trouble d'une part et du burnout en tant qu'état ou syndrome d'autre part, explique que peu d'études portent sur ces deux « maladies » de

1. La *pop psychology* pour *popular psychology* est un terme péjoratif voire méprisant indiquant un effet de mode, un sujet qui n'est pas sérieux. *Pop psychology* désigne également un phénomène psychologique éphémère.

stress simultanément. Au-delà des problèmes d'identification, de diagnostic ou de formalisation de ces « maladies », c'est la question de la prise en charge psychothérapique des personnes qui se pose : comment aider les patients-clients-usagers qui souffrent ? C'est à cette question que ce dernier chapitre sera consacré. Nous nous concentrerons dans un premier temps sur la psychothérapie du burnout pathologique. En raison du nombre très limité d'études sur ce domaine, nous nous appuierons essentiellement sur la prise en charge psychothérapique de ceux de nos patients présentant uniquement un burnout pathologique. La thérapie du traumatisme psychologique sera présentée dans un second temps. Enfin, nous terminerons ce dernier chapitre par des propositions-indications psychothérapeutiques pour une prise en charge des patients-clients-personnes présentant conjointement un TSPT et un burnout pathologique. En effet, il n'existe pas à notre connaissance d'études sur la prise en charge de patients souffrant conjointement d'un traumatisme psychologique et d'un burnout pathologique. Cette partie aura donc un caractère à la fois novateur et exclusivement clinique.

Il nous semble que cet ouvrage trouve son intérêt en raison de la recrudescence des violences et du stress dans les relations interpersonnelles, qui semblent devenir de plus en plus stressantes, harassantes, voire violentes ou agressives. Elles génèrent des malaises, un mal-être, des souffrances qui, souvent, se chronicisent et conduisent à l'expression de troubles psychopathologiques. Parmi eux, le burnout et les troubles de stress traumatique sont susceptibles de devenir de plus en plus fréquents, notamment de manière concomitante.

Il est donc nécessaire et urgent que cette problématique soit abordée afin de donner de l'espoir aux personnes, souvent en extrême vulnérabilité psychique, qui en souffrent. Ce livre leur est destiné, ainsi qu'aux praticiens et à toutes celles et ceux qui désirent comprendre comment les stress chroniques et aigus peuvent se cristalliser en état de détresse massif.

Chapitre 1

Clinique du burnout et du traumatisme psychologique

Encadré 1.1 – Sarah¹ : une expression clinique du burnout

Je suis psychologue et travaille depuis plusieurs années auprès de familles victimes de mauvais traitements dans un centre médico-psychologique. Les familles, souvent en extrême vulnérabilité, sont accueillies dans cette structure à la suite de violences exercées par un mari ou un conjoint violent. Les enfants sont parfois mutiques, parfois très agités et toujours en grande souffrance. Quant à leurs mamans ! Comment vous dire simplement les choses ? Elles arrivent brisées physiquement et psychologiquement.

Ce que je ressens aujourd'hui m'est totalement étranger, totalement inhabituel. J'ai l'impression en quelques années d'avoir changé radicalement. D'une personne souriante, enjouée, motivée et dynamique, je suis devenue aigrie, hautaine, cassante et méprisante. Je n'étais pas comme cela il y a quelques années...

J'avais choisi ce métier pour aider des personnes, pour leur apporter un soutien et un accompagnement psychothérapeutique de qualité. J'avais donc, après l'obtention de mon diplôme de psychologue clinicienne, effectué une formation dans les champs de la prise en charge des personnes vulnérables et de la psychologie du trauma dans le cadre d'un diplôme universitaire. J'avais de plus effectué des stages de plusieurs mois dans des cellules d'aide psychologique après des catastrophes et dans des services d'aide aux victimes. Je travaillais depuis 5 ans auprès d'enfants et d'adolescents dans une structure d'accueil pour adolescents quand l'opportunité de travailler dans la cellule de soutien psychologique auprès des familles démunies s'est présentée. Je n'ai pas hésité une seconde.



1. Il s'agit d'un compte rendu d'entretiens cliniques d'une patiente reçue dans le cadre d'une psychothérapie. Le prénom a été changé et les informations personnelles ont été modifiées.

Comment vous expliquer ce que je ressens aujourd'hui ? En fait, je me rends compte qu'en l'espace de deux ans, je suis devenue cynique et indifférente, voire brutale dans mes propos. Je suis psychologue depuis 9 ans, j'ai seulement 34 ans et j'ai développé des problèmes de santé qui vont nécessiter une opération. J'ai des difficultés à dormir depuis plus d'un an et des périodes d'insomnie très régulières. Je suis devenue irritable et un rien m'énerve : des questions de mes enfants sur le repas du soir, de mon mari sur mon planning de la semaine, un embouteillage sur la route, une attente au supermarché...

Au travail, je dois gérer des crises permanentes, et à la maison je finis par créer des tensions. À cause de cette situation, j'ai remarqué que je commençais à boire un peu trop d'alcool, moi qui ne bois jamais ! J'ai consulté mon médecin qui m'a prescrit des anxiolytiques qui m'assomment durant la journée, mais au moins, je ne bois pas... Moi qui étais si professionnelle, si consciencieuse, je remarque que je fais tout pour ne pas recevoir de familles, pour abréger les entretiens. Tous les prétextes sont bons. J'attends désormais les vacances avec impatience, je n'hésite plus à prendre des arrêts de travail à la moindre maladie.

En fait, je ne supporte plus les familles à problèmes, les enfants en souffrance, les discussions des collègues ! Je suis fatiguée, épuisée, lasse ! J'ai l'impression de ne plus avoir d'émotions tellement je me sens vidée. J'ai l'impression que je suis une professionnelle médiocre et que je n'apporte pas une aide de qualité à mes patients.

I. LE BURNOUT

Le « burnout » est devenu un terme à la mode et depuis quelques années, il fleurit sur les « unes » des quotidiens ou des magazines consacrés à la santé ou aux questions de société. Pourtant, il s'agit d'un terme qui nous vient d'outre-Atlantique, introduit par Bradley dès 1969 pour qualifier des personnes présentant un stress particulier et massif en raison de leur travail. Très vite repris par Freudenberg (1974) et Maslach (1976), le burnout connaît une expansion que l'on peut qualifier de phénoménale puisqu'il est tour à tour identifié chez les infirmières, les médecins, les enseignants, les assistants sociaux et, de manière globale, les personnes dont l'activité implique un engagement relationnel (Truchot, 2004).

La puissance d'évocation du terme burnout, parce qu'il reflète la réalité des personnes qui expérimentent des souffrances en raison de « leur travail », en fait un champ de recherche à la fois important et

controversé (Maslach, Schaufeli et Leiter, 2001). En effet, à l'instar du concept de stress qui, pour Toch (2002), a été « survendu » (*oversold*), l'origine populaire et non académique du burnout lui a beaucoup desservi, rangeant ce concept dans la catégorie peu enviable de *pop psychology* comme un phénomène transitoire et artificiel. Un certain nombre de modèles, de développements théoriques et de recherches empiriques vont cependant donner un regain d'intérêt au burnout et lui conférer une dimension scientifique académique.

Nous allons tracer les étapes de l'évolution du concept de burnout sur le plan historique et présenter les définitions actuelles de ce concept. Il faut cependant noter que la traduction française du burnout par « épuisement » ne rend pas vraiment compte du concept. Nous allons donc commencer par cette question de terminologie, qui reflète probablement le fait que le burnout n'est pas encore réellement perçu comme un concept scientifique en France.

1. Burnout: intérêt et enjeu d'une traduction

La traduction en France de burnout par « usure professionnelle », « fatigue professionnelle », « épuisement au travail » ou « syndrome d'épuisement des soignants » ne rend que partiellement compte du concept de burnout (Mauranges et Canouï, 2001). L'idée de vécu chronique de stress dans le cadre de son travail peut effectivement être approchée par les termes « usure » ou « épuisement ». En effet, ces termes renvoient à une idée de perte de forces et d'énergie. Cependant, ces termes augmentent les risques de confusion avec d'autres états, notamment physiques. Ainsi, toute personne peut se dire épuisée ou usée sans présenter un burnout (Lebigot et Lafont, 1985). Qui, d'ailleurs, ne s'est jamais senti épuisé à la suite d'une dure journée de labeur ? Qui ne s'est pas écrié, après de longues journées passées devant des patients, des clients ou des usagés qu'il ou elle était usé(e) ? Qui ne s'est pas écrié, après avoir répondu à une multitude d'appels téléphoniques ou après une journée de travail, qu'il (elle) était « crevé(e) », « éreinté(e) », « vanné(e) » ou épuisé(e) ? Ce constat amène d'ailleurs Scarfone (1985) à s'interroger sur la spécificité et la valeur scientifique de l'« épuisement professionnel ».

Effet, la terminologie employée pour traduire burnout élargit à l'extrême le champ de ce que peut couvrir ce concept. En conséquence,

plusieurs problèmes sont posés. D'une part, il devient une catégorie « fourre-tout » qui donne lieu à l'expression de tous types de revendications (Mauranges et Canouï, 2001). D'autre part, il perd sa spécificité et n'est plus distinguable d'autres concepts comme, par exemple, la fatigue, l'insatisfaction au travail ou la charge de travail. Il risque également de masquer d'autres troubles psychopathologiques, comme des épisodes dépressifs ou anxieux voire un trouble de la personnalité, qui seraient plus facilement diagnostiqués comme un épuisement professionnel parce qu'identifiés en milieu de travail. Enfin, le vocable « épuisement professionnel » crée une confusion avec l'une des dimensions du burnout qu'est l'épuisement émotionnel qui, pour sa part, retranscrit correctement les termes *emotional exhaustion* (nous reviendrons plus tard sur cette dimension lors du point consacré au modèle de Maslach et Jackson, 1981). Il faut donc retourner à la terminologie anglo-saxonne pour comprendre ce que désigne le burnout.

Le verbe *to burn out* signifie littéralement « griller » (un circuit électrique, une prise), « brûler » ou encore « s'user », « s'épuiser » en raison de demandes excessives d'énergie, de force ou de ressources. Il désigne la réduction en cendres d'un objet entièrement consommé dont toute la matière aurait disparu et évoque donc, par extension, la combustion totale de ses forces, de son énergie ou de ses ressources. Mais c'est avec l'industrie aérospatiale que l'image la plus parlante du burnout peut être approchée. En effet, le burnout y reflète l'épuisement de carburant d'une fusée avec comme conséquence la surchauffe du moteur et le risque d'explosion de l'engin. Par la violence exprimée par l'explosion d'une fusée, on peut reconnaître le désormais célèbre *kaloshi* ou *karoshi* japonais, signifiant « mort par fatigue au travail » (Hautekeete, 2001a).

Pour les différentes raisons que nous avons évoquées et afin de ne pas créer de confusion, nous avons choisi de garder la terminologie américaine. Aussi, le lecteur retrouvera, dans la majeure partie du texte, le mot burnout.

2. Histoire du burnout

• Le burnout: identification d'un concept nouveau

Les premières recherches portant sur le burnout étaient clairement exploratoires et avaient pour objectif de comprendre les personnes

«souffrant de leur travail» (Truchot, 2004). Il est donc malaisé de définir un «découvreur» du burnout, alors même que de nombreux auteurs au début des années soixante-dix ont commencé à publier leurs observations (Bradley, 1969 ; Freudenberger, 1974 ; Maslach, 1976). Ces publications portent dans un premier temps sur la description du phénomène, lui donnent un nom et démontrent qu'il ne s'agit pas d'un épiphénomène transitoire. Il est important de souligner que ces articles sont écrits par des chercheurs ou des cliniciens (ou les deux à la fois) qui sont personnellement impliqués dans un travail auprès de personnes qui nécessitent des soins psychiques ou somatiques. Ils travaillent en hôpital ou dans des services sociaux qui ont comme caractéristiques de générer de nombreux stressés émotionnels ou interpersonnels. L'environnement initial d'identification du burnout jouera un rôle important dans sa définition, comme nous le montrerons plus tard.

C'est le cas de Herbert Freudenberger (1974), qui fut l'un des premiers à écrire un article sur le burnout. Psychologue dans une *free clinic*¹ accueillant des patients toxicomanes, il remarque qu'un grand nombre de soignants perdent rapidement, en quelques années, leur dynamisme, leur engagement et leur motivation. Ce qui est le plus frappant pour l'auteur, c'est que ce phénomène apparaît chez des professionnels qui, au départ, étaient très enthousiastes et qui, au bout d'une année parfois, se plaignent de douleurs physiques, de fatigue et d'épuisement (Freudenberger, 1977). L'auteur relève une variété d'expressions et de manifestations de ce qu'il nomme alors burnout, métaphore de l'effet de la consommation de drogues. Il suggère que les pressions et les exigences professionnelles exercées sur les ressources d'un individu finissent par le conduire à un important état de frustration et de fatigue. Le professionnel s'épuise alors en essayant de répondre à certaines obligations imposées, soit par son milieu de travail, soit par lui-même.

De son côté, Christina Maslach (1976), psychologue sociale, a découvert le burnout dans le cadre d'une recherche sur le «stress

1. Les *free clinics* sont, dans le système de santé des USA, des établissements de soin privés à but non lucratif qui reçoivent peu de financements. Le nombre de bénévoles est donc important. Par ailleurs, ils accueillent des patients qui n'ont pas de couverture sociale ou dont les revenus ne permettent pas de payer les frais hospitaliers. Les patients appartiennent donc à des catégories socioprofessionnelles défavorisées, cumulant souvent un grand nombre de handicaps.

émotionnel » et les stratégies de *coping*¹ développés par les employés de services sociaux face à leurs usagers. L'intérêt pour cette question des relations employés-usagers n'est pas anodin. En effet, Maslach avait participé à l'expérience de la prison fictive de Stanford dans laquelle deux groupes d'étudiants étaient répartis aléatoirement dans des rôles de surveillants de prison ou de personnes détenues (Zimbardo, 1973). La violence des « gardiens » envers les « détenus », dans cette expérience, avait amené l'auteur à s'interroger sur les relations de pouvoir et sur leurs conséquences. Maslach avait abandonné immédiatement son rôle dans l'expérience, et s'était interrogée sur les comportements agressifs des professionnels envers leurs usagers. C'est donc au cours des entretiens avec ces professionnels de service social qu'elle a identifié le burnout sous trois caractéristiques que sont l'épuisement émotionnel, la dépersonnalisation-désinvestissement et la réduction du sentiment d'accomplissement personnel et professionnel. Cette première conception du burnout donnera lieu à un modèle que nous présenterons dans le prochain point.

Les recherches sur le burnout prennent donc leur origine dans des services d'aide sociale ou de soins, dont la caractéristique principale réside dans la relation entre un « aidant » et un usager. La nature spécifique de ces professions qui prescrit une relation interpersonnelle (soignant/soigné, aidant/aidé) place d'emblée le burnout comme une transaction relationnelle entre une personne et une autre plutôt que comme une réponse individuelle de stress. Mais la perspective clinique ou sociale des articles initiaux va influencer les premiers travaux sur le burnout (Maslach et Schaufeli, 1993).

D'un côté, les psychologues cliniciens se focaliseront sur la symptomatologie du burnout et les questions de santé mentale. De l'autre, les psychologues sociaux s'intéresseront au contexte professionnel. De fait, la majorité des premières études sont descriptives et qualitatives, et utilisent des techniques comme l'entretien, les études de cas ou l'observation participante (Maslach, 2001). Les suivantes seront quantitatives et expérimentales. Elles porteront sur un grand nombre de sujets, s'attachant à la compréhension des causes du burnout.

1. Le *coping* désigne l'ensemble des efforts cognitifs et comportementaux constamment changeants. Ils visent à gérer des demandes spécifiques (internes ou externes) qui sont évaluées comme menaçantes ou qui débordent les ressources d'une personne (Lazarus et Folkman, 1984).

Il en ressort quelques facteurs généraux qui suggèrent que le burnout présente des éléments communs et identifiables. Premièrement, il apparaît que le fait de procurer une aide sociale ou des soins s'avère très coûteux en énergie et génère un épuisement émotionnel qui devient une réponse commune devant cette charge travail. Deuxièmement, une forme de désinvestissement, de dépersonnalisation¹ ou de cynisme émerge des recherches menées à l'aide d'entretiens auprès de sujets qui tentent de gérer leur stress professionnel. Enfin, pour diminuer leur compassion envers les patients, certains sujets présentent un détachement émotionnel afin de se protéger des émotions intenses qui les empêchent d'accomplir leur travail. Ce détachement peut aboutir à des attitudes négatives voire déshumanisées.

Les caractéristiques de la situation dans laquelle a lieu cette relation aidant/aidé ne sont pas mises de côté et apportent un éclairage complémentaire au concept naissant de burnout. Ainsi, le nombre d'utilisateurs, l'importance des échanges ou le manque de ressources sont des facteurs impliqués dans le développement du burnout. Les relations avec les collègues, avec la famille des utilisateurs sont également en lien avec le burnout. Devant ces découvertes « qualitatives », tout un corpus d'analyses et de recherches a été mené pour asseoir la valeur scientifique du concept.

• Le développement de recherches empiriques

Avec le début des années quatre-vingt, les recherches sur le burnout prennent une dimension plus systématique, empirique et quantitative, en utilisant des questionnaires et des études méthodiques sur un grand nombre de sujets (Cordes et Dougherty, 1993). Le problème de l'évaluation est donc posé et un grand nombre d'échelles mesurant le burnout sont testées. Le questionnaire qui présente les qualités psychométriques les plus solides et qui est le plus utilisée

1. Maslach identifie cette dimension sous l'appellation *depersonalization*, qui est souvent traduite en français par dépersonnalisation. Or, la dépersonnalisation dans la sémiologie psychopathologique française renvoie à un état psychique particulier et rend impropre, à notre sens, l'utilisation de ce terme dans le cadre du burnout. Selon l'auteur, *depersonalization* marque le détachement et les difficultés du sujet à s'investir ou à rester engagé dans la relation à autrui. En conséquence, nous utiliserons les termes « désinvestissement » ou « désengagement » pour refléter le sens de *depersonalization*.

est l'Inventaire de burnout de Maslach (*Maslach Burnout Inventory – MBI*) mis au point par Maslach et Jackson (1986) et validé en français par Dion et Tessier (1994, voir chapitre 2). Cette échelle va permettre un développement rapide des recherches dans différents pays (Schaufeli, Bakker, Hoogduin, Schaap et Kladler, 2001).

Le burnout va par ailleurs connaître les contributions théoriques et méthodologiques d'autres champs de la psychologie, notamment de la psychologie du travail et des organisations. Dans la lignée du stress professionnel, les questions de satisfaction professionnelle, d'engagement professionnel ou de *turnover* sont appréhendées. La perspective clinico-sociale initiale du burnout va donc gagner de nouvelles perspectives et les études vont apporter une validité complémentaire au concept dans les années quatre-vingt-dix (Golembieski, Boudreau et Luo, 1994).

En effet, la phase empirique se poursuit dans de nouvelles directions. D'une part, le concept n'est plus uniquement centré sur les professionnels des soins ou de l'aide sociale mais voit une extension dans d'autres champs professionnels (militaires, cadres d'entreprises, avocats, etc.). D'autre part, les études deviennent plus solides et pointues avec l'utilisation d'outils statistiques et de modèles structuraux pour formaliser la relation complexe entre les facteurs organisationnels et les trois dimensions du burnout que sont l'épuisement émotionnel, le désinvestissement de la relation à l'autre et le sentiment d'inefficacité personnelle (Lourel, Gana, Prud'homme et Cerclé, 2004).

Cette approche permet aux chercheurs d'examiner simultanément l'influence et les conséquences d'un grand nombre de variables et de pouvoir identifier la contribution de chaque variable séparément sur le développement du burnout. Enfin, depuis quelques années, les études longitudinales commencent à évaluer l'impact du milieu professionnel sur la santé mentale d'une personne (McManus, Winder et Gordon, 2002), ce qui permet de réfléchir à des thérapies visant à soigner le burnout (Gueritault-Chalvin et Cooper, 2004; Côté, Edwards et Benoit, 2005).

Les recherches qui depuis plus de vingt ans dressent les contours du burnout permettent désormais de proposer une définition de ce nouveau concept.

3. Burnout: définir un nouveau concept

Le nombre très important de chercheurs qui se sont penchés sur la question a généré une pléthore de définitions. En effet, selon la perspective, qu'elle soit ancrée en psychologie clinique, sociale ou du travail et organisationnelle, la vision du burnout est différente. On peut, comme Schaufeli et Enzman (1998), regrouper les définitions selon deux grandes catégories: celles qui envisagent le burnout comme un processus et celles qui le considèrent comme un état.

- **Le burnout comme un processus:
le stade final du stress professionnel?**

Les tenants de cette conception envisagent que le burnout s'insinue avec l'apparition de tensions relatives au décalage entre les attentes ou les efforts du sujet et les exigences du travail (Cherniss, 1980, Edelwich et Brodsky, 1980). Un stress professionnel se développe donc progressivement qui peut provoquer un état de mal-être. Les stratégies que la personne va mettre en place face à ce stress seront déterminantes dans le développement éventuel du burnout. Cet état de mal-être consécutif au stress professionnel s'exprime par un désengagement de l'employé face à son travail. Ce dernier ne peut plus faire face au stress et aux tensions ressenties (Cherniss, 1980). Ainsi, définir le burnout comme un processus revient à le considérer comme le stade final d'un mal-être qui se développe progressivement avec l'accumulation continue de stress chroniques devant lesquels aucun *coping* n'est adapté.

Edelwich et Brodsky (1980) proposent donc d'identifier l'apparition du burnout sous la forme d'un découpage en stades. Ils décrivent plus particulièrement le burnout au travers de quatre stades distincts: l'enthousiasme, la stagnation, la frustration et enfin l'apathie. Au cours du premier stade, le sujet fait l'expérience d'un fort enthousiasme qui se traduit par une tendance à se rendre disponible de façon excessive et d'avoir des attentes irréalistes concernant son travail. Dans le second stade, l'employé ressent une impression de stagnation durant laquelle ses attentes professionnelles deviennent plus réalistes. Un certain mécontentement personnel commence à faire surface, comme le sentiment que le travail ne peut pas compenser ce qui manque dans sa vie. Au cours du troisième stade, un sentiment de frustration apparaît. Les difficultés professionnelles semblent se multiplier et le sujet commence à remettre en question ses

compétences. Il s'ennuie, devient intolérant, moins à l'écoute des autres et tente de faire face à ces situations en les fuyant et en évitant ses collègues. Finalement, il en arrive au stade de l'apathie. Elle se caractérise par un état de dépression et d'indifférence en réponse aux frustrations répétitives auxquelles il se trouve confronté. Ce quatrième stade représente l'essence même du phénomène de burnout pour Edelwich et Brodsky (1980).

Un processus équivalent est proposé par Veniga et Spradley (1981), qui identifient cinq étapes pour le burnout. Le premier est identifié sous l'appellation *honeymoon* (lune de miel), qui correspond à la première phase du modèle précédent. Une *baisse d'énergie* et une insatisfaction donnent naissance à la deuxième phase et l'accentuation des stratégies d'évitement et de *symptômes d'épuisement* caractérise la troisième phase. La quatrième étape apparaît avec des symptômes critiques. C'est *la crise* durant laquelle le sujet devient pessimiste et tente de fuir son travail. L'étape finale, *le mur*, est atteinte lorsque le burnout est indissociable d'autres troubles (addiction aux drogues, à l'alcool, troubles cardiaques, etc.).

L'intérêt majeur de cette conception réside dans le fait qu'elle propose une vision transactionnelle du burnout. En effet, le burnout est considéré comme le produit d'une relation où l'individu et l'environnement ne sont pas disjoints mais des composants qui s'influencent mutuellement et continuellement. Par ailleurs, elle donne une illustration visuelle très claire du burnout. Il est en effet aisé de se représenter une personne qui, au départ très enthousiaste par son nouvel emploi, finit au bout de quelques années par présenter un état d'apathie.

Pour autant, le burnout apparaît-il systématiquement par stade? Existe-t-il des stades distincts et identifiables qui mènent au burnout? Peuvent-ils être mesurés? Les études montrent qu'il est extrêmement difficile de trancher ces questions et ne pas y répondre comporte un grand risque. Le risque est de faire du burnout un concept vague, difficilement identifiable et qui perdrait sa spécificité puisqu'on en viendrait à en faire une forme de stress professionnel. Il n'en demeure pas moins que l'idée de processus est intéressante pour le clinicien qui rencontre des personnes présentant un burnout (Côté *et al.*, 2005). En effet, comme nous le verrons dans le chapitre sur les psychothérapies, ce découpage en stades permet une illustration simple du burnout. Qui plus est, en donnant aux patients des

clés de repérage du développement de leur souffrance, il permet une identification des signes précurseurs du burnout.

• Le burnout comme état: un épisode psychopathologique?

La majorité des chercheurs définissent le burnout comme un épisode ou un état, même si ces conceptions varient en fonction de leur précision, de leurs dimensions ou de leur étendue (Truchot, 2004). Trois caractéristiques permettent de reconnaître le burnout comme un état. La première concerne les éléments dysphoriques qui prédominent comme l'épuisement émotionnel, la fatigue, les cognitions dépressives (désespoir et impuissance) et les pensées négatives à l'égard de soi (Maslach et Schaufeli, 1993). Les personnes manifestent des comportements négatifs voire hostiles vis-à-vis d'autrui et sont moins efficaces ou productives. La seconde est d'ordre étiologique, ce qui signifie que l'on peut attribuer le burnout à des attentes inappropriées ou des exigences émotionnelles excessives (Schaufeli et Enzmann, 1998). Enfin la troisième caractéristique concerne l'origine des symptômes: ils ne sont pas consécutifs à la présence d'une pathologie mentale chez le sujet mais sont causés par son environnement de travail (les relations qu'il y tisse notamment) ou la perception qu'il en a.

Le modèle prototypique de l'approche du burnout comme « état » le plus connu et le plus solide sur le plan expérimental est sans conteste l'*Attributional Environmental Model* (modèle attributionnel et environnemental) de Maslach (1982). Il s'est nettement démarqué des autres en devenant une référence pour la recherche sur le phénomène de burnout (Maslach, Schaufeli et Leiter, 2001). Dans ce modèle, dont les points forts tiennent dans ses excellentes bases théoriques et empiriques, le burnout est défini comme un syndrome multidimensionnel comprenant trois composantes principales.

La première caractéristique du burnout est l'état d'épuisement émotionnel. Il s'agit d'une absence quasi totale d'énergie. Le sujet sent que ses réserves d'énergie sont complètement épuisées et qu'il n'est plus capable d'apporter son assistance à autrui sous quelque forme que ce soit. Ce manque d'énergie est d'autant plus fort que l'individu pense qu'il n'a aucun moyen à sa disposition pour « recharger ses batteries. » La seule pensée d'avoir à affronter une nouvelle journée au travail dans ces conditions lui est insupportable. Cette composante d'épuisement émotionnel représente la dimension stress du burnout.

La deuxième caractéristique du burnout concerne un état de désinvestissement ou de désengagement de la relation à l'autre. Elle se traduit par une attitude négative et détachée de la part de la personne envers ses clients, patients ou collègues, qui finissent par être traités comme des objets. Ce détachement excessif est souvent accompagné d'une perte d'idéalisme. La composante de désinvestissement-dépersonnalisation correspond à la dimension interpersonnelle du phénomène de burnout.

Finalement, la troisième caractéristique du burnout tient en une diminution du sens de l'accomplissement et de la réalisation de soi ou en une forme de sentiment d'inefficacité personnelle. Le sujet va porter un regard particulièrement négatif et dévalorisant sur la plupart de ses accomplissements personnels et professionnels. Cette perte de confiance en soi résultant de ce type d'attitude est associée à des états dépressifs importants et à une incapacité à faire face aux obligations professionnelles. Cette forte sensation d'être inefficace peut aboutir à long terme sur un verdict d'échec que l'individu s'impose à lui-même et dont les conséquences peuvent être particulièrement graves tant pour l'employé que pour l'organisme professionnel dans lequel il travaille. La composante de diminution du sens d'accomplissement représente la dimension d'auto-évaluation du burnout.

• Du processus de stress à l'état de burnout

Le modèle initial de Maslach et Jackson (1981) a connu des remaniements importants. L'idée de signification existentielle – en ce sens que le travail est une quête existentielle (Pines, Aronson et Kafry, 1981) – est intégrée comme facteurs générant le burnout. C'est cependant, de manière plus manifeste, avec l'utilisation des modèles cognitivo-émotionnels, notamment le modèle transactionnel du stress de Lazarus et Folkman (1984) que ce modèle du burnout va acquérir une valeur explicative. Ainsi, dans l'approche transactionnelle, le stress est considéré comme une « transaction entre la personne et l'environnement que le sujet évalue comme débordant ses ressources et compromettant (mettant en danger) son bien-être ». Le stress ne peut donc naître que parce que le sujet évalue subjectivement la situation comme menaçante ou parce qu'il n'a pas de capacités (*coping*) pour la gérer.

Pour faire le lien entre état et processus, Maslach et Schaufeli (1993) suggèrent que le burnout se développe au fur et à mesure que les

obligations professionnelles deviennent plus fortes et plus lourdes. Elles épuisent alors les ressources personnelles et l'énergie de l'individu. Le désinvestissement ou désengagement peut être considéré comme un *coping* permettant à la personne de prendre une distance psychologique vis-à-vis des usagers. Le but consiste à se protéger des effets négatifs de l'épuisement émotionnel dont elle est victime. Pour finir, l'individu ressent une diminution de son sentiment d'accomplissement. Il prend conscience du décalage existant entre son attitude et ses comportements actuels ainsi qu'entre les attentes qu'il pouvait avoir en débutant sa carrière et les contributions positives qu'il aurait pu faire aussi bien pour lui-même que pour son entreprise (Cordes et Dougherty, 1993).

Enfin, contrairement aux conceptions initiales qui restreignaient le burnout aux professions de la santé et de l'aide sociale, le burnout est identifié dans toutes les professions dans lesquelles les sujets sont engagés dans une relation avec autrui (Leiter et Schaufeli, 1996). C'est donc l'investissement psychologique qui va générer une réduction des ressources psychiques et physiques, puis un épuisement émotionnel, un désinvestissement et une réduction du sentiment d'accomplissement.

En conséquence, si la conception tridimensionnelle du burnout est conservée, c'est avec Maslach et Leiter (1997) que sa définition connaît des changements. Si l'épuisement émotionnel demeure fidèle à la conception initiale, le désinvestissement est à présent à considérer comme une forme de désengagement de son travail générant des attitudes cyniques à l'égard de soi, d'autrui et de la sphère professionnelle. Enfin, la réduction de l'accomplissement est modifiée pour devenir la réduction de l'efficacité, qui reflète la diminution du sentiment d'efficacité personnelle, le manque d'accomplissement et le manque de productivité.

Il n'est donc pas étonnant, avec cette nouvelle conceptualisation, qu'une extension des recherches sur des groupes non professionnels ait pu voir le jour. Le burnout a donc été étudié chez des sportifs (Cresswell et Eklund, 2004), des soldats (Osca, Gonzàles-Carmino, Bardera et Peiro, 2003) ou encore des couples (Westman et Eltzion, 1995) et des femmes au foyer (Kulik et Rayyan, 2003). Une question se pose donc : quelles sont les causes du burnout ?

4. Les causes du burnout

Le burnout a été identifié initialement dans un cadre professionnel, il est donc évident que des facteurs relatifs au travail et à l'organisation de l'entreprise vont jouer un rôle important dans la souffrance des employés. Toutefois, deux personnes travaillant dans la même entreprise ayant les mêmes compétences et les mêmes tâches ne présenteront pas forcément un burnout. Ce sont donc des variables inter et intra-individuelles qui donneront une indication de l'expression possible de burnout chez un sujet. Bien entendu, comme nous l'avons évoqué, il nous semble que la relation à l'autre lorsqu'elle est évaluée comme chronique et stressante est une base étiologique du burnout, que cette relation ait lieu dans un espace professionnel ou personnel. Malheureusement, peu d'études ont été menées sur les caractéristiques du burnout dans un milieu non professionnel. Aussi, nous invitons le lecteur à considérer les variables organisationnelles comme, par exemple, une métaphore possible de variables familiales.

• Les variables professionnelles et organisationnelles

Il faut d'emblée noter qu'en majorité, les recherches sur la contribution de variables relatives au travail et à l'organisation sur le burnout se situent au niveau du rapport direct entre le sujet et son environnement. La structure hiérarchique, le style de management ou la structure de l'institution sont rarement pris en compte, les entreprises étant particulièrement réticentes à laisser une liberté au chercheur d'interroger le lien entre mode de management et santé des employés (Truchot, 2004).

Par ailleurs, en raison d'une plus grande facilité d'opérationnalisation, ce sont les variables directes de l'activité, du contenu de la tâche et de son contexte qui ont été étudiées. Le burnout, notamment sa dimension «épuisement émotionnel», est corrélé avec la charge (la lourdeur des horaires) et le rythme de travail (l'imprévisibilité et la fréquence, voir Greenglass, Ronald et Moore, 2003; Maslach, Schaufeli, Leiter, 2001). Cependant, des analyses plus fines montrent que ce qui sous-tend l'expression du burnout n'est pas tant la réalité objective des demandes du travail que le sentiment de les contrôler (Truchot et Badré, 2004). En effet, le sentiment de contrôle et d'autodétermination sur son travail se révèle un meilleur prédicteur du burnout (Fernet, Guay et Senécal, 2004).

Un autre corps d'études sur les variables du travail a trait aux caractéristiques du contexte de travail. En premier lieu, les conflits de rôle, c'est-à-dire, lorsque les informations requises pour effectuer une mission sont contradictoires, ou encore l'ambiguïté de rôle, lorsque ces informations sont inadéquates ou insuffisantes, sont des facteurs médiateurs du burnout. Mais c'est avec l'étude sur le support social que les relations ont été mieux spécifiées. En effet, un manque de soutien social des supérieurs hiérarchiques notamment, mais aussi de la part des collègues, augmente la vulnérabilité devant le burnout. Il s'agirait d'un effet « tampon » qui modulerait la relation entre les stressors professionnels et le burnout (Schat et Kelloway, 2003).

Le contexte de travail, les demandes professionnelles, le support social, le sentiment de contrôle sont donc des facteurs importants dans le développement du burnout. Ils montrent que le sujet et la relation à l'autre sont au cœur du développement du burnout, d'où l'importance de l'étude des variables inter et intra-individuelles.

• Les variables inter et intra-individuelles

Les personnes n'évoluent pas de manière robotisée sur leur lieu de travail ; elles construisent psychiquement les situations et les relations avec autrui. Elles apportent donc leurs capacités, leurs qualités, leurs difficultés et leur vision du monde. Des facteurs interindividuels sont donc présents ainsi que des facteurs personnels. Ces derniers sont étudiés sous deux angles, les facteurs démographiques et ceux liés à la personnalité.

Les facteurs interindividuels qui génèrent un burnout s'articulent autour des victimisations vécues au travail. Les situations d'agressions, de conflit avec les usagers, les brimades de la part des collègues, le harcèlement, etc., contribuent à l'expression du burnout (Kop, Euwema et Schaufeli, 1999 ; Truchot et Badré, 2004 ; Vartiainen et Hyyti, 2002).

L'âge, le sexe, le niveau d'éducation ou le statut marital montrent des relations inconstantes avec le burnout. Ainsi, les recherches se sont orientées sur les facteurs de personnalité. On retrouve des résultats comparables à ceux effectués pour le stress. En effet, un niveau de hardiesse important, un lieu de contrôle interne et des

copings centrés sur le problème sont associés à des niveaux faibles de burnout.

Il faut cependant souligner que la majorité des études portent presque exclusivement sur des employés qui ne présentent pas de burnout (Weber et Jaekel-Reinhard, 2000). La grande majorité des études se focalisent sur certaines variables organisationnelles ou individuelles auprès de personnels qui sont en poste et donc en état de travailler.

Il est donc plausible que certaines personnes souffrant d'un burnout pathologique ne participent pas à ces études. On peut l'imaginer dans la mesure où l'épuisement émotionnel et le désengagement provoquent des attitudes cyniques, une fatigue intense. Elles seraient donc démotivées, ne repéreraient aucun accomplissement dans leur travail et se sentiraient inefficaces. Elles sont parfois dans une souffrance telle qu'elles peuvent ne plus être en poste (Bakker, Demerouti, de Boer et Schaufeli, 2003) ou sont arrêt pour cause de « maladie ». On peut donc entrevoir une explication des résultats inconsistants des variables individuelles et surtout s'interroger sur l'évaluation du burnout.

5. Le burnout : un trouble psychopathologique ?

• Comment évaluer et distinguer le burnout du « trouble » de burnout ?

S'il existe un consensus sur la composition du burnout, c'est-à-dire la présence de trois dimensions que sont l'épuisement émotionnel, le désinvestissement et la diminution de l'efficacité, le problème de l'évaluation clinique reste posé.

Il existe bien évidemment des outils pour mesurer le burnout (voir Schaufeli, Bakker, Hoogduin, Schaap et Kladler, 2001 pour une revue des outils), notamment le *Maslach Burnout Inventory* (MBI, Maslach et Jackson, 1986), largement utilisé dans la communauté scientifique. Il s'inscrit dans une approche dimensionnelle et chaque sujet obtient une note sur chaque dimension du burnout. Le MBI permet d'établir un profil de burnout, c'est-à-dire que le sujet obtient trois notes que l'on compare à des « normes » (Lidvan-Girault, 1989). Cependant, aucun seuil n'est établi pour diagnostiquer un burnout pathologique qui caractériserait l'état d'une personne présentant une souffrance psychique intense (Boudoukha, 2006). Comme nous l'avons évoqué, le consensus autour de l'échelle

et de la définition de Maslach et Leiter (1997) a permis le développement de recherches organisationnelles puisqu'il existe un langage commun. En contrepartie, les recherches cliniques ont été délaissées. En effet, les manifestations psychopathologiques du burnout n'ont pas connu d'évaluations systématiques (Côté, Edwards et Benoît, 2005). Seuls les praticiens reçoivent des personnes présentant un burnout pathologique.

Le repérage du trouble de burnout ou de burnout pathologique pose différents problèmes, sur le plan de sa symptomatologie notamment. D'une part, les classifications internationales qui font consensus (DSM ou CIM) ne proposent pas de diagnostic de burnout pathologique ou de trouble de burnout, contrairement aux traumatismes psychologiques (Trouble de Stress Post-Traumatique) que nous développerons plus tard. Par ailleurs, il règne une confusion entre burnout en tant que concept de recherche et burnout en tant que psychopathologie. Ainsi, Schaufeli et Enzmann (1998) repèrent plus de 130 symptômes dans les articles parus sur la question. Ce nombre élevé est lié à la nature des premières recherches sur le burnout, essentiellement descriptives.

• Évaluation des symptômes du burnout

Cette abondance de symptômes amène Cordes et Dougherty, dès 1993, à proposer un regroupement des symptômes en cinq catégories : physiques, émotionnels, interpersonnels, attitudeux et comportementaux. Ils peuvent être intégrés aux indicateurs (objectifs et subjectifs) qui, pour Bibeau *et al.* (1989), permettent d'établir un diagnostic différentiel.

– **Des indicateurs objectifs** qui reflètent les symptômes interpersonnels et comportementaux de Cordes et Dougherty (1993). Il s'agit d'une diminution significative du rendement et des négligences au travail (Shanafelt, Bradley, Wipf et Balck, 2002). Ils s'accompagnent d'une insatisfaction (Wolpin, Burke, Greenglass, 1991) et d'un désinvestissement sur le plan professionnel (Jayartne, Himle et Chess, 1988). On observe également une mise à distance, un cynisme ou un désengagement des relations avec les usagers (Truchot et Badré, 2003).

– **Des indicateurs subjectifs**, plus nombreux, reflètent des symptômes physiques, psychiques et émotionnels. On retrouve un

état de fatigue marqué (Shirom, Melamed, Toker, Berliner et Shapira, 2005) associé à une perte de l'estime de soi (Kahill, 1988) et des symptômes dysphoriques comme le désespoir ou l'anxiété (Brenninkmeijer, Van Yperen et Buunk, 2001). Des somatisations multiples apparaissent sous forme de plaintes physiques ou mentales (De Vente, Olff, Van Amsterdam, Kamphuis et Emmelkamp, 2003). Enfin, se développent des difficultés de concentration, une irritabilité quotidienne et un négativisme (Kahill, 1988).

• **Proposition d'évaluation et de diagnostic pour le trouble de burnout ou burnout pathologique**

Il nous semble que cette classification, malgré l'intérêt qu'elle suscite, pose deux problèmes majeurs. Premièrement, elle inscrit de manière trop rigide le burnout comme une souffrance professionnelle, occultant les groupes non professionnels chez lesquels le burnout est observé. D'autre part, elle ne distingue pas le burnout du burnout pathologique. Il nous semble primordial de pouvoir faire une distinction deux formes de burnout :

– **Le burnout en tant qu'objet de recherche.** Il s'agit de la souffrance plus ou moins intense qu'expriment des professionnels, notamment en raison des situations chroniques de stress auxquels ils sont confrontés. On retrouverait donc des personnes plus ou moins « burnoutées ». Ce burnout a un ancrage dans le champ du travail.

– **Le burnout en tant que concept psychopathologique.** Il désigne les personnes qui souffrent tellement des stress chroniques auxquels elles sont exposées que leur état de mal-être clinique nécessite une prise en charge psychothérapique. Pour le distinguer du précédent nous avons choisi d'utiliser les termes de burnout pathologique, de burnout dysfonctionnel, de burnout clinique ou encore de trouble de burnout.

Nos travaux cliniques et expérimentaux nous amènent à retenir ces deux formes de burnout (Boudoukha, 2006). Ainsi, le burnout pathologique se distingue d'une souffrance professionnelle. Il s'agit d'une souffrance psychique consécutive de stress relationnels pathogènes pour lesquels le sujet n'a aucun *coping* disponible, lui donnant l'impression d'être emprisonné, piégé, enfermé dans cette relation. On peut le considérer comme l'état final d'un processus d'accumu-

lation chronique de stress relationnels. Nous décrivons cet état final à travers trois dimensions (voir figure 1.1).

– **Une dimension émotionnelle.** Le patient n'est plus en mesure de moduler sa gamme d'émotions habituelles. Il ressent une impression d'incapacité à exprimer des émotions, notamment positives. La fatigue émotionnelle est patente, donnant au tableau clinique une impression de froideur ou de tristesse. Le patient exprime que ressentir ou exprimer des émotions lui coûte beaucoup d'énergie.

– **Une dimension relationnelle.** Le patient se plaint de difficultés relationnelles. L'autre, auparavant source de joie ou de réconfort, est devenu une source de stress, de problèmes ou de malaise. Le patient va fuir les relations, les interactions ou l'implication avec l'autre. Différentes attitudes vont apparaître pour éviter ou faire cesser les relations-interactions avec autrui. Cela peut être des attitudes méprisantes, cyniques, hautaines voire une réification.

– **Une dimension cognitive.** On observe des plaintes relatives à un sentiment de fatigue intellectuelle. Par ailleurs, le contenu des pensées est focalisé autour du sentiment d'inefficacité personnelle.

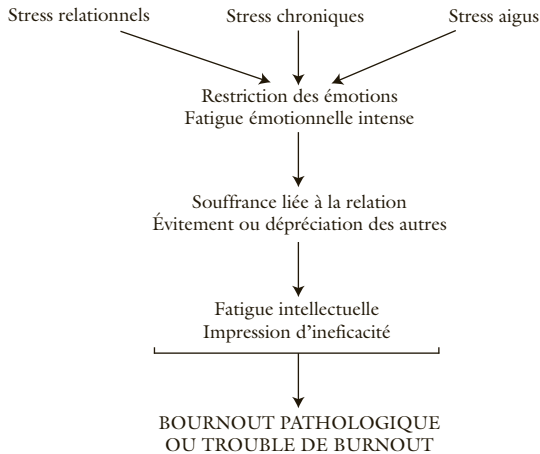


Figure 1.1 – Modèle du trouble de burnout ou burnout pathologique.

Ce trouble de burnout ou burnout pathologique n'apparaît pas dans la nosographie des maladies mentales. Ni la 10^e édition de la Classification internationale des maladies mentales – CIM-10 (OMS, 1992), ni la quatrième édition révisée du manuel statistique et diagnostique des maladies mentales – DSM IV-TR (APA, 2003) n'y font référence. Une question se pose donc : quel est le diagnostic posé par les psychologues et les médecins qui rencontrent des patients présentant cette symptomatologie ?

• **Burnout pathologique :
dépression, anxiété, trouble de l'adaptation ?**

La présence d'un grand nombre de symptômes dysphoriques, comme nous l'avons souligné, explique que le diagnostic de burnout soit rarement établi par les praticiens. Les corrélations entre le burnout et la dépression amènent par ailleurs les cliniciens à s'orienter vers un trouble de l'humeur (Suls et Bunde, 2005). Notre expérience de clinicien nous amène d'ailleurs à penser que le trouble de burnout, en l'absence de traitement psychothérapique, évolue vers une dépression. Cela pourrait probablement être lié à une étiologie similaire (Glass et McKnight, 1996). Or, comme le rappelle Shirom (2005), le burnout ne s'exprime pas par une culpabilité massive, un sentiment d'impuissance ou de désespoir permanent qui sont pathognomoniques de la dépression (APA, 2003 ; OMS, 1992).

Anxiété et burnout entretiennent également des liens qui amènent des confusions diagnostiques (Shirom et Ezrachi, 2003). Les chevauchements entre le burnout et l'anxiété sont probablement liés au fait que les niveaux élevés d'épuisement émotionnel augmentent les niveaux d'anxiété dans des situations stressantes et fragilisent les sujets. Ainsi, leurs capacités à gérer l'anxiété sont diminuées, augmentant l'anxiété (Middeldorp, Cath et Boomsma, 2006).

Le burnout est-il une forme nouvelle de trouble anxieux ou dépressif ? Il semble que faute de formalisation du trouble de burnout dans une classification des troubles psychiques, un consensus se dégage pour établir un diagnostic de trouble de l'adaptation (Barbeau, 2001). Ce choix est lié au fait que ce soit l'enchaînement entre le facteur déclenchant et la réaction pathologique qui caractérise le trouble de l'adaptation et non pas uniquement les symptômes (voir tableau 1 ; APA, 2003 ; Roullion, 2002).

*Tableau 1.1 – Critères diagnostics du trouble de l'adaptation
(APA, 2003).*

- A.** Apparitions de symptômes dans les registres émotionnels et comportementaux, en réaction à un ou plusieurs facteur(s) de stress identifiable(s), au cours des trois mois suivant la survenue de celui-ci (ceux-ci).
- B.** Ces symptômes ou comportements sont cliniquement significatifs, comme en témoignent :
- soit une souffrance marquée, plus importante qu'il n'était attendu en réaction à ce facteur de stress ;
 - soit une altération significative du fonctionnement social ou professionnel.
- C.** La perturbation liée au stress ne répond pas aux critères d'un autre trouble spécifique de l'axe I et n'est pas simplement l'exacerbation d'un trouble préexistant de l'axe I ou de l'axe II.
- D.** Les symptômes ne sont pas l'expression d'un deuil.
- E.** Une fois que le facteur de stress (ou ses conséquences) a disparu, les symptômes ne persistent pas au delà de 6 mois.

Si le trouble de l'adaptation apporte un éclairage pour le clinicien qui désire diagnostiquer un burnout pathologique, il n'est pas exempt de critiques. Comme le burnout, la question de la réalité clinique spécifique et la place de cette entité dans la nosographie restent controversées (Thomas, 2001). Toutefois, le trouble correspond à une réponse à des événements ayant un impact spécifique à chaque sujet. Il est lié à la nature des événements et à une éventuelle vulnérabilité psychologique, biologique ou sociale du sujet. Pour ces raisons, et pour nous rapprocher le plus possible du diagnostic relatif à la souffrance et de la détresse exprimée par des personnes, nous conserverons les termes de trouble de burnout, burnout pathologique, burnout clinique ou burnout dysfonctionnel.

6. Conclusion

Il nous semble important de revenir sur cette idée de lien entre la survenue de symptômes et un événement. En fait, elle est aussi à la base de l'identification de troubles qui, depuis ces trente dernières années, génère une attention soutenue. Il s'agit d'un type spécifique de stress que nous allons développer, le traumatisme psychologique, répertorié dans la nosographie actuelle sous les termes de Trouble de Stress Aigu (TSA), et le Trouble de Stress Post-Traumatique (TSPT).

En effet, la souffrance et la détresse psychologique qui surviennent à la suite d'un événement traumatisant font l'objet de discussions et de débats scientifiques depuis plus d'un siècle (Dalglish, 2004). Cependant, c'est avec l'inclusion du Trouble de Stress Post Traumatique (TSPT, en anglais *Post Traumatic Stress Disorder*) dans la troisième édition du DSM (APA, 1983) que la symptomatologie résultant d'un événement traumatique a été formalisée comme un trouble psychique spécifique. Le diagnostic d'État de Stress Aigu (ESA, *Acute Stress Disorder*) a été ajouté dans le DSM-IV (APA, 1996) pour désigner des sujets souffrant de symptômes post-traumatiques transitoires qui durent moins d'un mois à la suite d'un événement traumatique (Ursano *et al.*, 2004). Le TSPT et l'ESA ont intégré les troubles anxieux en raison de la présence d'une anxiété persistante, d'une vigilance exacerbée, de réponses automatiques exagérées et de comportements d'évitement comme chez les personnes phobiques (Meichenbaum, 1994). Une illustration clinique est présentée dans la vignette consacrée à la souffrance consécutive à un événement traumatogène vécue par Pierre.

II. ÉVÉNEMENTS TRAUMATOGENES ET TRAUMATISME PSYCHOLOGIQUE

Encadré 1.2 – *Pierre¹ : la souffrance consécutive d'un événement traumatogène : un traumatisme psychologique (TSPT)*

Je suis surveillant de prison et travaille depuis 5 ans dans un établissement pour peines. C'est l'une des plus grandes prisons d'Europe qui accueille des personnes qui ont été condamnées pour des crimes. Je n'ai pas choisi ce métier, mais, vous savez, en période de chômage...

J'ai fait des études de biologie jusqu'en licence, je voulais devenir enseignant en sciences de la vie et de la terre. J'ai passé plusieurs fois le CAPES mais je ne l'ai pas obtenu, il a fallu que je change de voie. J'ai passé plein de concours et j'ai réussi celui de surveillant pénitentiaire. J'étais content. J'allais pouvoir travailler avec des personnes en difficulté parfois dangereuses, mais, à



1. Il s'agit d'un compte rendu d'entretiens cliniques d'un patient reçu dans le cadre d'une psychothérapie. Le prénom a été changé et les informations personnelles ont été modifiées.

l'époque, je ne me suis pas posé de question. Le danger ne me faisait pas peur. Je n'étais pas casse-cou, mais avec une ceinture noire de karaté, je me suis toujours senti en sécurité. D'ailleurs, avec mon mètre quatre-vingt-cinq, j'ai toujours imposé le respect.

Pierre s'arrête de parler et tente de contenir les émotions qui le submergent. Vous vous rendez compte, me dit-il, « je n'arrête pas de "chialer" ». Depuis cette agression, tout a changé. Avant j'étais un colosse ; maintenant, le moindre bruit me fait sauter en l'air ! Pierre reprend son souffle et parle de son agression. J'étais en surveillance des promenades, c'était l'après-midi, j'étais dans le quartier D, celui des « criminels », celui qu'on n'aime pas avoir en surveillance parce qu'il faut faire attention, avec « ces détenus », ça peut vite partir « en vrille ». J'étais bien, je fais attention, alors il ne m'arrive pas de problème... enfin, il ne m'arrivait pas de problème.

Pierre s'arrête, puis se concentre et reprend. C'est arrivé très vite, je parlais avec un détenu qui n'avait pas eu son parole et qui était énervé, je maîtrisais la situation, il s'était calmé. J'ai soudain entendu un cri derrière moi, je ne me rappelle plus très bien, quelque chose comme « attention ! ». Je me suis retourné et j'ai eu juste le temps de bouger un peu la tête pour éviter le coup. L'un des détenus avait confectionné une massue avec une grande chaussette et une boule de pétanque métallique avec laquelle il jouait dans la cour de promenade. J'ai reçu le coup dans l'épaule, j'ai vu son visage hargneux, je me suis écrasé sur le sol et j'ai rampé comme un cafard pour éviter les autres coups, ça a duré quelques secondes ! J'ai eu l'impression que j'allais mourir, mourir, je me voyais mort ! Je ne sais plus très bien ce qui s'est passé par la suite. Est-ce que d'autres détenus ont maintenu ce fou ? Est-ce que mes collègues sont venus ? Tout ce que je sais, c'est que je me suis jeté près de la grille ouverte et que j'ai réussi à la refermer derrière moi. On m'a dit que des détenus l'avaient ceinturé, que les collègues sont intervenus dès qu'il y a eu l'alarme et que c'est l'un d'entre eux qui a ouvert la porte. Moi, je ne me rappelle plus ! Tout ce que je sais, c'est que ça fait maintenant depuis 6 mois que je suis en arrêt, j'ai peur le jour, le soir, j'ai sans arrêt des images de l'agression, je fais des cauchemars. Dès que j'entends parler de prison, je m'effondre en pleurs... je n'en peux plus ! Je ne suis pas mort à l'extérieur, mais j'ai l'impression qu'à l'intérieur, je suis mort.

1. Histoire de l'identification d'une entité nosographique

Le monde tel que nous le connaissons vit et a vécu des moments de grandes découvertes, de lumière, des moments magiques où l'homme a cru sereinement en l'avenir de l'humanité partagée appartenant à tous et pour tous. Malheureusement, des périodes de maladies, de catastrophes, de guerre et de barbaries de toutes sortes

ponctuent les moments de l'histoire de l'homme. Comment ne pas penser aux répercussions psychologiques qu'elles ont générées? Dire du traumatisme psychologique qu'il est né à partir de son identification dans un système de classification nosographique serait au mieux un non-sens, au pire une immense bêtise.

Nous garderons donc à l'esprit que les traumatismes psychologiques existent probablement depuis que l'Homme est en mesure de se situer, lui et les autres, comme être doué d'humanité. Autant dire depuis le commencement. Le propos de notre historique portera donc sur l'identification d'une entité nosographique qu'est le trouble de stress post-traumatique.

Cette identification revient selon Tunbull (1998) à Oppenheim qui, à la fin du XIX^e siècle, observe chez des victimes d'accidents de chemins de fer, un ensemble de symptômes particuliers qu'il ne rencontrait pas dans d'autres maladies. Il utilise alors les termes de «névrose traumatique» pour nommer cette symptomatologie afin de rendre compte d'une origine biologico-organique du trouble. Il considère en effet que la névrose traumatique est principalement due à des lésions cérébrales causées par des éclats de métal.

Le XIX^e et le début du XX^e siècle vont donner lieu, avec le développement de la psychiatrie clinique (Charcot et Janet) ou de la psychanalyse (Freud), à la production d'hypothèses étiologiques relatives aux symptômes présentés par des femmes victimes (inceste, agressions sexuelles) sous les termes d'«hystérie» ou de «névrose hystérique» (Brillon, 2005). Certains auteurs contemporains considèrent que ces symptômes correspondraient à des symptômes post-traumatiques (Herman, 1992). Malheureusement, la théorisation de cette souffrance psychique en la reliant systématiquement à des événements précoces durant l'enfance, tout en occultant le lien temporel avec l'événement traumatogène, va grever pendant un temps l'ouverture à d'autres explications étiologiques.

C'est avec les guerres mondiales que le lien entre un événement traumatogène et des répercussions psychiques va être clairement impliqué dans la dénomination du trouble, notamment parce que ce sont des hommes qui en seront victimes, contrairement aux patientes de Charcot ou de Freud. De nouvelles entités pour rendre compte de cette souffrance seront proposées comme la «névrose de guerre», le «choc des tranchées» ou encore la «traumatophobie» (Brillon, 2005). La cause organique de ces symptômes est recherchée car on

envisage que des atteintes cérébrales causées par des éclats d'obus rendent compte de cette pathologie.

Après la fin de la Seconde Guerre mondiale, on parle également du « syndrome du survivant » ou de « syndrome des camps de concentration » pour désigner les symptômes massifs des victimes des barbares nazies mais, c'est avec le retour des vétérans de la guerre du Vietnam qu'une première véritable prise de conscience sociale et scientifique a lieu. Le caractère horrible, inhumain et profondément traumatique de ce qu'ils ont vécu et fait vivre aux Vietnamiens ainsi que l'impact négatif de ces symptômes sur leur fonctionnement psychologique est enfin reconnu.

Par ailleurs, les mouvements féministes aux États-Unis à la même époque vont également contribuer à l'étude systématique des conséquences d'événements traumatiques, notamment avec la médiatisation d'un autre type de traumatisme : l'agression sexuelle. En effet, on observe chez ces victimes des symptômes analogues à ceux des vétérans traumatisés, alors que ces « victimes » sont pourtant très différentes.

On voit donc apparaître, dès la fin des années soixante-dix, un bouillonnement de recherches dans le domaine du traumatisme psychologique ainsi que sa reconnaissance diagnostique au sein des grandes classifications internationales des maladies psychiques sous le terme de trouble de stress post-traumatique (APA, 1983).

Comme nous l'avons évoqué, un événement traumatogène ou traumatique est toujours au centre de la souffrance des victimes. Un événement « traumatique » ou « traumatogène » a un sens précis, que nous allons à présent restituer.

2. Les événements traumatogènes

• Définition

Un événement est considéré comme traumatogène ou « traumatique » lorsqu'il présente deux caractéristiques. D'une part, il implique une menace de mort ou une menace grave à l'intégrité physique. D'autre part, il a entraîné une peur intense, de l'impuissance ou de l'horreur chez la victime (APA, 2003). Si l'une des deux conditions manque, on ne peut pas parler, sur le plan psychopathologique, d'événement traumatogène ou traumatique. En effet, la réaction subjective (peur

intense, impuissance, effroi, etc.) doit nécessairement être associée à la situation de menace.

Les classifications nosographiques des psychopathologies proposent comme exemple plusieurs types d'événements qui peuvent être potentiellement traumatogènes. On distingue en général trois catégories d'événements qui, dans la littérature scientifique, sont souvent invoqués comme facteurs déclenchant un traumatisme psychologique. On retrouve parmi ceux-ci :

- **Les situations de catastrophes naturelles** : ce sont des événements souvent imprédictibles et incontrôlables dont la force est dévastatrice comme les tsunamis, les ouragans-tempêtes-tornades, les feux forestiers, les tremblements de terre, les raz-de-marée, les inondations, etc. ;

- **Les actes de violence interpersonnels** : il s'agit des violences exercées à l'encontre des personnes. On y retrouve les situations de guerre, les barbaries (camps de concentration, torture, séquestration), les victimisations ou agressions (physiques ou sexuelles), les vols avec arme (arme blanche, hold-up), etc. ;

- **Les catastrophes imputables à une erreur technique ou humaine** : on y retrouve les désastres écologiques ou nucléaires, les explosions (AZF, etc.), les incendies, l'émission de produits toxiques, mais également les accidents de voiture, de train ou d'avion, les naufrages de bateaux, les accidents de travail, etc.

Cependant il faut bien faire attention à ne pas commettre de confusion entre un événement et le ressenti qu'il peut causer. En effet, certains événements, qui communément sont ressentis comme très stressants, voire pour lesquels les termes de « traumatismes », « traumatiques » ou « traumatisants » sont évoqués, ne sont pas habituellement considérés comme des événements traumatogènes associés à des symptômes post-traumatiques. On peut prendre les exemples de la perte d'emploi, des difficultés financières, des tensions conjugales, des difficultés dans les relations de travail : ce sont des événements de vie difficiles, pénibles voire extrêmement douloureux. Pourtant, ils ne sont pas considérés comme des événements traumatiques proprement dits au sens psychopathologique du terme, même si la douleur est intense, cela en raison de l'absence de risque réel de mort.

Dans le cadre de ce type d'événement, le clinicien formé à la psychopathologie considérera plutôt ces événements comme des événements stressants voire très stressants et proposera un diagnostic pour les symptômes anxieux qui les accompagnent comme des difficultés adaptatives (par exemple un trouble d'adaptation).

• Les événements traumatogènes sont-ils fréquents ?

Les études épidémiologiques sur la question, en majorité nord-américaines, montrent des taux hétérogènes puisque selon ces recherches, on observe un taux d'exposition à un ou des événements traumatogènes qui oscille de 16,3 % à 89,6 % des sujets au cours de leur vie (voir figure 1.2).

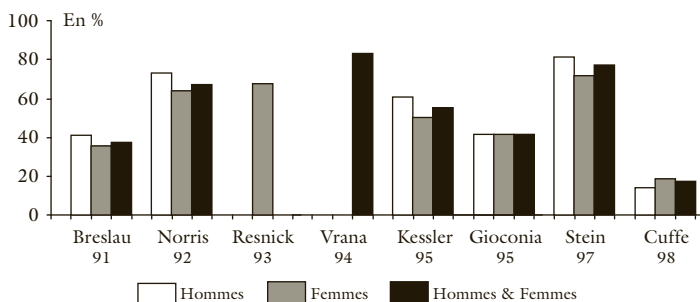


Figure 1.2 – Fréquence d'exposition à un événement traumatogène au cours de la vie (d'après Joly, 2000).

Il est important de discuter ces résultats. En effet, l'hétérogénéité de la fréquence d'exposition à des événements traumatogènes est liée (a) aux outils de mesure et (b) à l'âge de la population. Ainsi, plus la population d'étude est jeune, plus le temps d'exposition éventuel à un événement traumatogène est faible. Mais, plus que l'âge de la population, c'est la manière dont les sujets sont interrogés sur les caractéristiques d'un événement traumatogène qui vient nuancer les résultats et expliquer cette hétérogénéité. En effet, plus les événements traumatiques sont spécifiés, plus le souvenir de l'exposition à de tels événements peut être évoqué et donc le taux d'exposition augmenté.

C'est le cas par exemple de l'étude de Breslau *et al.* (1998), qui proposent 19 événements. Ainsi, dans cette étude effectuée auprès de

sujets américains issus de la population générale (c'est-à-dire qu'il ne s'agit pas d'une population clinique), près de 90 % des sujets ont vécu au moins un événement traumatisant ou profondément bouleversant au cours de leur vie.

Cette étude montre également que certains événements sont plus fréquents que d'autres. Par exemple, l'événement traumatogène le plus fréquent est l'annonce de la mort soudaine et imprévisible d'un proche (vécue par 60 % des gens). Or, dans la nosographie clinique française, une distinction est opérée entre le deuil et le trouble de stress post-traumatique. Ainsi, si l'ensemble des chercheurs et des cliniciens français sont d'accord pour reconnaître la douleur extrême de la perte d'un être cher ainsi que le caractère traumatique de cette perte, ils opèrent une différence en fonction des raisons de cette perte. Si le décès est lié à des actes de violence interpersonnels, des situations de catastrophe naturelle ou imputables à l'erreur technique ou humaine, il rentre dans le champ des événements traumatogènes ; sinon, il appartient au deuil.

- **De l'événement traumatogène
au trouble de stress post-traumatique**

Le fait d'être exposé à un événement traumatogène ne déclenche pas automatiquement de symptômes post-traumatiques et encore moins de troubles de stress post-traumatique (TSPT). En revanche, tout TSPT est précédé par un ou des événement(s) traumatogène(s). En effet, si le taux d'exposition à un événement traumatogène oscille de 16,3 % à 89,6 %, la prévalence de TSPT auprès des victimes en général oscille autour de 10 % et peut atteindre dans certains milieux cumulant des facteurs de risques jusqu'à 35 % (Brillon, 2005). En conséquence, une proportion substantielle des victimes souffrira de TSPT à la suite de leur expérience traumatogène.

La revue des études sur les questions de prévalence et d'épidémiologie des événements traumatogènes et des traumatismes qu'ils peuvent générer comme le trouble de stress post-traumatique et le trouble de stress aigu montre qu'il s'agit d'une souffrance psychique à la fois fréquente et particulièrement intense. Nous allons à présent en décrire les symptômes pathognomoniques, c'est-à-dire les symptômes qui caractérisent spécifiquement cette psychopathologie.



Figure 1.3 – Prévalence du TSPT dans la population générale (Joly, 2000).

3. Tableau symptomatologique des traumatismes psychologiques

Le trouble de stress post-traumatique (TSPT) et l'état de stress aigu (ESA) partagent des symptômes principaux identiques, c'est la raison pour laquelle nous ne présenterons pas de manière différente les critères diagnostiques de ces deux troubles. La distinction s'opère au niveau temporel. Ainsi, l'ESA dure un « minimum de 2 jours et un maximum de quatre semaines et survient dans les quatre semaines suivant l'événement traumatique » (critère G du DSM-IV-TR, APA, 2003) alors que dans le cas du TSPT, « la perturbation dure plus d'un mois » (critère E du DSM-IV-TR, APA, 2003). Par ailleurs, le TSPT peut apparaître plusieurs mois après l'événement traumatique, contrairement à l'ESA. Enfin, dans l'ESA les symptômes de dissociation sont plus prégnants que dans le TSPT (Ursano *et al.*, 2004).

• Les symptômes pathognomoniques

À la suite de l'expérience d'un événement traumatogène, le diagnostic de TSPT est défini par la présence de trois ensembles de symptômes distincts et concomitants. Il s'agit des symptômes de reviviscence, des symptômes d'évitement ou d'indifférence et enfin des symptômes d'*hyperarousal* ou d'hyperréactivité neurovégétative. Ces symptômes sont présents au moins un mois après l'événement traumatogène et sont accompagnés d'un affaiblissement significatif du fonctionnement habituel (voir tableau 1.2).

– **Les symptômes de reviviscence** s'expriment par des pensées et des images intrusives de l'événement, des cauchemars relatifs à l'événement, une détresse physiologique et/ou mentale exacerbée lorsque l'événement est rappelé et des flash-back pendant lesquels les sujets ont l'impression qu'ils revivent l'événement dans le présent.

– **Les symptômes d'évitement** se manifestent par l'ensemble des actions visant à éviter les situations, les pensées ou les images associées à l'événement et, dans certains cas, par une amnésie psychogène de l'événement. L'indifférence se traduit par un détachement des autres, une gamme restreinte d'affects et une diminution des intérêts pour les activités en général (Litz, 1992).

– **L'hyper-réactivité** apparaît à travers la perturbation du sommeil, la diminution de la concentration, une vigilance exacerbée de l'attention aux signaux de danger, un accroissement de l'irritabilité et des réponses exagérées; c'est-à-dire, une nervosité excessive aux bruits retentissants ou soudains.

Le DSM-IV-TR (APA, 2003) différencie le TSPT sous ses formes aiguës, chroniques, et à survenue différée. Le TSPT aigu est diagnostiqué si la durée des symptômes est inférieure à 3 mois et leur apparition, 1 mois après le trauma. Le TSPT chronique est diagnostiqué si les symptômes durent 3 mois ou plus (Davidson, Kudler, Saunders et Smith, 1990). Enfin, le TSPT avec une survenue retardée (McFarlane, 1996) est diagnostiqué si les symptômes apparaissent au moins 6 mois après l'événement traumatique originel.

Tableau 1.2 – Critères diagnostiques du TSPT (APA, 2003).

A. Le sujet a été exposé à un événement traumatique dans lequel les deux éléments suivants étaient présents

1. Le sujet a vécu, a été témoin ou a été confronté à un événement ou à des événements durant lesquels des individus ont pu mourir ou être très gravement blessés ou bien ont été menacés de mort ou de graves blessures ou bien durant lesquels son intégrité physique ou celle d'autrui a pu être menacée.
2. La réaction du sujet à l'événement s'est traduite par une peur intense, un sentiment d'impuissance ou d'horreur. N.B. Chez les enfants, un comportement désorganisé ou agité peut se substituer à ces manifestations.



**B. L'événement traumatique est constamment revécu,
de l'une (ou de plusieurs) des façons suivantes**

1. Souvenirs répétitifs et envahissants de l'événement provoquant un sentiment de détresse et comprenant des images, des pensées ou des perceptions. N.B. Chez les jeunes enfants peut survenir un jeu répétitif exprimant des thèmes ou des aspects du traumatisme.
2. Rêves répétitifs de l'événement provoquant un sentiment de détresse. N.B. Chez les enfants, il peut y avoir des rêves effrayants sans contenu reconnaissable.
3. Impressions ou agissements soudains « comme si » l'événement traumatique allait se reproduire (incluant le sentiment de revivre l'événement, des illusions, des hallucinations, et des épisodes dissociatifs (*flash-back*), y compris ceux qui surviennent au réveil ou au cours d'une intoxication). N.B. Chez les jeunes enfants, des reconstitutions spécifiques du traumatisme peuvent survenir.
4. Sentiment intense de détresse psychique lors de l'exposition à des indices internes ou externes évoquant ou ressemblant à un aspect de l'événement traumatique en cause.
5. Réactivité physiologique lors de l'exposition à des indices internes ou externes pouvant évoquer ou ressembler à un aspect de l'événement traumatique en cause.

**C. Évitement persistant des stimuli associés au traumatisme
et émoussement de la réactivité générale (ne préexistant pas
au traumatisme), comme en témoigne la présence
d'au moins trois des manifestations suivantes**

1. Efforts pour éviter les pensées, les sentiments ou les conversations associés au traumatisme.
2. Efforts pour éviter les activités, les endroits ou les gens qui éveillent des souvenirs du traumatisme.
3. Incapacité de se rappeler d'un aspect important du traumatisme.
4. Réduction nette de l'intérêt pour des activités importantes ou bien réduction de la participation à ces mêmes activités.
5. Sentiment de détachement d'autrui ou bien de devenir étranger par rapport aux autres.
6. Restriction des affects (p. ex., incapacité à éprouver des sentiments tendres).
7. Sentiment d'avenir « bouché » (p. ex., pense ne pas pouvoir faire carrière, se marier, avoir des enfants, ou avoir un cours normal de la vie).





D. Présence de symptômes persistants traduisant une activation neurovégétative (ne préexistant pas au traumatisme) comme en témoigne la présence d'au moins deux des manifestations suivantes

1. Difficultés d'endormissement ou sommeil interrompu.
2. Irritabilité ou accès de colère.
3. Difficultés de concentration.
4. Hypervigilance.
5. Réaction de sursaut exagérée.

E. La perturbation (symptômes des critères B, C et D) dure plus d'un mois

F. La perturbation entraîne une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants

• Clinique du sujet souffrant d'un traumatisme psychologique

Sur le plan clinique, de profonds bouleversements sont très souvent rapportés par les victimes d'événements traumatogènes, notamment chez celles qui développent un traumatisme psychologique sous la forme d'un TSPT ou d'un TSA (Boudoukha, Przygodzki-Lionet et Hautekeete, à paraître). Ces bouleversements « de vie » ont interrogé chercheurs et cliniciens (Dagleish et Power, 2004 ; Janoff-Bulman, 1992 ; Reynolds et Brewin, 1998).

En premier lieu, les victimes évoquent souvent un changement dominant voire radical de leur vision d'elles-mêmes et du monde, après l'événement traumatogène. Janoff-Bulman (1989, 1992) le désigne sous les termes de « modification de la signification » (*transformation of meaning*). La représentation pré-traumatique (c'est-à-dire antérieure au traumatisme) du monde et de soi est sévèrement remise en cause. Le monde est-il bien fondé ? Contrôlable ? Prévisible ? Suis-je raisonnablement protégé ? Ai-je de la valeur ? Suis-je digne de respect ? En effet, le monde post-traumatique, c'est-à-dire après le traumatisme, est désormais perçu comme un environnement incompréhensible, incontrôlable et imprévisible dans lequel le sujet se sent vulnérable aux malveillances et aux catastrophes qui peuvent survenir à n'importe quel moment (Calhoun, Cann, Tedeschi et McMillan, 1998).

Sur le plan émotionnel, on va retrouver un large éventail d'émotions qui souvent vont être négatives (Dalglish et Power, 2004) mais peuvent, dans certains cas, s'exprimer sous la forme d'une sorte d'euphorie ou de grande excitation. Ce contenu émotionnel lié à l'apparition du TSPT peut être divisé en deux classes :

- Premièrement, les sujets rapportent ce qu'ils considèrent comme des réactions émotionnelles appropriées face à un événement intensément menaçant. Les réactions de peur, ressenties par le sujet lorsqu'il pense au trauma ou le visualise, sont vécues comme des réponses « adaptées » consécutives d'une expérience qui, en réalité, a menacé des besoins primordiaux comme la survie. De même, les réactions de crainte qui accompagnent l'effet continu des symptômes et la détresse sont également « appropriées ». Dalglish (2004) identifie cette classe de réponses émotionnelles comme des formes d'évaluation (appraisal-driven) et considère que ces émotions générées à la suite d'évaluations sont importantes au cours du TSPT. Le pronostic est d'ailleurs plus négatif lorsque de nombreuses évaluations négatives sont accessibles consciemment ainsi que les émotions concomitantes (Dunmore, Clark et Ehlers, 1997).

- En second lieu, les sujets présentant un TSPT expriment des sentiments de détresse intense automatiquement indicés par des rappels de l'événement, bien que les rappels ne soient pas menaçants en tant que tels (Brewin, Dalglish et Joseph, 1996). La symptomatologie du TSPT dans le DSM-IV-TR se manifeste d'ailleurs par un « sentiment intense de détresse psychique lors de l'exposition à des indices internes ou externes évoquant ou ressemblant à un aspect de l'événement traumatique en cause » (APA, 2003).

Bien que la peur soit l'émotion dominante dans le TSPT, les victimes sont fréquemment assaillies par un ensemble d'autres émotions négatives fortes telles que la colère (Foa, Riggs, Massie et Yarczower, 1995), la culpabilité, la honte, le dégoût, ou la tristesse (Andrews, Brewin, Rose et Kirk, 2000). La présence et l'intensité de ces autres émotions semblent avoir des implications importantes à la fois dans le traitement du TSPT et plus généralement dans le rétablissement (Dalglish et Power, 2004). La colère et la honte sont quant à elles associées à un pronostic plus négatif (Andrews *et al.*, 2000).

Le traumatisme psychologique n'a donc pas une expression émotionnelle uniforme et ne s'exprime pas automatiquement à la suite d'un événement traumatogène. Certaines variables sont donc impliquées dans l'apparition, le développement et le maintien des troubles de stress traumatique.

4. Les facteurs de vulnérabilité à un traumatisme psychologique

Un certain nombre de facteurs déterminent le cours, la sévérité ou la nature des réactions psychologiques post-traumatiques. Dans la mesure où le TSA dure moins d'une semaine, il n'a pas, à notre connaissance, fait l'objet de ce type d'études. Ces facteurs ont été passés en revue par différents auteurs qui ont procédé à des méta-analyses des articles portant sur les facteurs prédictifs du TSPT (Brewin *et al.*, 2000 ; Ozer, Best, Lipsey et Weiss, 2003). La catégorisation opérée par Foa et McNally (1996) en apporte une illustration claire. En effet, les auteurs ont divisé ces facteurs en trois sous-ensembles : facteurs pré-traumatiques, péri-traumatiques et post-traumatiques. Nous allons donc reprendre cette catégorisation.

• Vulnérabilités antérieures au traumatisme

Plusieurs facteurs de risque pré-traumatiques du TSPT ont été identifiés. De nombreux chercheurs indiquent que l'existence d'une histoire psychiatrique pré-traumatique chez la victime est associée à une augmentation de l'intensité des symptômes post-traumatiques (Breslau, Davis, Andreski et Peterson, 1991 ; North, Smith et Spitznagel, 1994), même si toutes les études n'obtiennent pas ce même résultat (Speed, Engdahl, Schwartz et Eberly, 1989).

Par ailleurs, l'histoire psychiatrique familiale apparaît également comme un facteur de risque significatif (Breslau *et al.*, 1991). L'exposition antérieure à un trauma, notamment les abus dans l'enfance, semble augmenter la vulnérabilité à développer des difficultés émotionnelles post-traumatiques (Andrews *et al.*, 2000 ; Brewin *et al.*, 2000).

Enfin, les recherches sur les styles d'attribution sociale montrent que les victimes ayant un locus de contrôle plus interne, c'est-à-dire qu'elles s'attribuent à elles-mêmes la cause des événements qui leur arrivent, présentent des symptômes post-traumatiques moins intenses et moins longtemps (Tennen et Affleck, 1990).

• Facteurs de risques durant le traumatisme

Les facteurs de risques péri-traumatiques (durant et autour de l'événement traumatique) de traumatisme peuvent être rangés dans deux grandes catégories : les facteurs indicatifs de la sévérité et les facteurs relatifs à l'interprétation et au vécu de l'événement. Le deuil est le facteur qui affecte le plus la sévérité de l'événement. En effet, la gravité et la chronicité de la symptomatologie post-traumatique augmentent à la suite d'un deuil (Breslau *et al.*, 1998 ; Joseph, Yule, Williams et Hodgkinson, 1994). Les variables d'exposition à des événements comme des blessures ou des menaces de mort influencent également négativement le cours de la symptomatologie (Foy, Sippelle, Rueger et Carroll, 1984). En conséquence, la nature de l'événement traumatique peut, elle aussi, favoriser le développement d'un ESPT, les risques étant les plus importants à la suite d'agressions ou de violence (Breslau *et al.*, 1998).

En ce qui concerne les facteurs d'interprétation et de vécu, les cognitions et les évaluations pendant l'événement semblent prédictives des résultats postérieurs. Dunmore, Clark et Ehlers (1999) montrent que des sentiments de confusion ou d'échec, sur le plan mental, pendant l'agression sont associés à un pronostic négatif. De même, une dissociation péri-traumatique durant l'événement semble être associée à un pronostic plus réservé (Murray, Ehlers et Mayou, 2002). On peut donner comme exemples d'une expérience dissociative, durant l'événement traumatogène, le fait que le sujet ait l'impression que son corps lui échappe ou qu'il ait le sentiment qu'il de devenir spectateur de la scène, ou encore que son corps soit présent mais son esprit ailleurs, etc.

• Fragilisations après le traumatisme

Les principaux facteurs post-traumatiques associés se répartissent en trois grandes catégories : la nature du soutien reçu par la victime, la manière dont elle interroge et interprète ses expériences après l'événement traumatisant, et enfin les stratégies d'évitement des pensées relatives à l'événement.

En ce qui concerne le soutien, les victimes qui ont reçu un support récupèrent plus rapidement et présentent peu de symptômes en comparaison de leurs homologues sans support social (Brewin *et al.*, 2000). Ainsi, lorsque dans les semaines qui suivent le traumatisme,

la victime peut évoquer son expérience, se sent en confiance pour le faire, trouve dans son entourage un lieu de parole ouvert à la discussion, les symptômes post-traumatiques s'estompent plus rapidement en comparaison de victimes dont le soutien est faible et qui n'ont pas l'occasion de parler de leur expérience.

Concernant les facteurs relatifs à l'interrogation et à l'interprétation post-traumatiques de l'événement, Dunmore *et al.* (1999) montrent chez la victime qu'une évaluation négative de ses symptômes, des réponses négatives perçues de son entourage et un sentiment que sa vie a changé de manière permanente, prédisent tous un pronostic négatif de TSPT.

Enfin, ce sont les stratégies d'évitement cognitives post-traumatiques qui seraient les plus impliquées dans le développement et le maintien du traumatisme psychologique. Dunmore, Ehlers et Clark (1999) en dénombrent trois sortes. Il s'agit (a) de la distraction référant au détournement des pensées relatives à l'expérience traumatique vers des sujets plus agréables ou différents de l'événement traumatogène ; (b) de la suppression de la pensée consistant à mettre un terme aux pensées, images ou souvenirs traumatiques ou éviter leurs survues ; et (c) des ruminations évaluatives que l'on définit comme des pensées intrusives et redondantes relatives aux causes et aux conséquences de l'événement traumatique, sur la façon dont il aurait pu être évité, limité ou atténué dans le but d'éviter la confrontation aux images, pensées ou souvenirs traumatiques. Il s'agit de ce que nous appelons cliniquement des « anachronismes psychiques ». Par ces termes, nous voulons rendre compte de ce raisonnement particulier de type « et si ? » que l'on retrouve chez les patients qui, après un traumatisme psychologique, reviennent sur l'événement et tentent de lui donner une autre fin, comme s'il pouvait revenir dans le passé pour changer le présent. Voici quelques exemples de ces « anachronismes psychiques » : « Et si j'avais freiné 5 minutes plus tôt, je n'aurais pas eu cet accident ! » ou « Et si je n'étais pas allé(e) dans cette soirée, je n'aurais pas été violé(e) », ou encore : « Et si je lui avais dit de ne pas partir dans ce pays en vacances, elle ne serait pas morte ! »

Toutes les études montrent sans conteste (1) qu'il est nécessaire d'être exposé ou témoin d'un événement traumatogène pour développer un traumatisme psychologique ; (2) que les personnes ayant vécu un événement traumatogène ne rapportent pas pour autant un

traumatisme psychologique ; et (3) que certains facteurs renforcent ou au contraire affaiblissent les risques de présenter un traumatisme psychologique à la suite d'un événement traumatogène. Comment explique-t-on de tels résultats ? Une diversité de formulations théoriques appartenant au champ de la psychologie clinique et pathologique donne un éclairage utile sur la question. Nous renvoyons le lecteur qui désirerait plus de détails sur cette question vers Brillon (2005).

5. Conclusion

Nous venons de présenter les deux types spécifiques de stress, le burnout et les troubles de stress traumatiques. Comme nous l'avons évoqué, ils ont été identifiés récemment, le premier dans la sphère professionnelle puis comme conséquence de relations chroniquement difficiles et astreignantes, menant sur le plan clinique au diagnostic de trouble de burnout, burnout pathologique voire trouble de l'adaptation non spécifié ; le second, dans un premier temps, chez les vétérans du Vietnam, puis à la suite du vécu ou du témoignage direct et indirect d'événements traumatisants. Il faut maintenant souligner que ces deux types de souffrance mentale sont étudiés dans des milieux complètement différents et de manière disjointe, alors même qu'ils sont l'un comme l'autre conceptualisés dans la lignée du stress, qu'il soit chronique ou traumatique. Une question centrale mérite ainsi d'être posée : comment s'expriment ou se développent-ils conjointement ou concomitamment ? Cette question fait l'objet de notre prochain chapitre.

Chapitre 2

La présence conjointe d'un burnout pathologique et d'un TSPT : un nouveau syndrome ?

Nous avons présenté dans le premier chapitre deux formes particulières de souffrance mentale qui sont de plus en plus prégnantes dans la vie de l'Homme moderne. Or si, pour des besoins de clarté, nous les avons définies de manière disjointe, la réalité clinique nous montre que des personnes peuvent vivre une expérience de burnout concomitamment d'un TSPT. Autrement dit, le burnout et le trouble de stress post-traumatique sont susceptibles d'apparaître et de se développer de manière conjointe.

D'une part, l'expérience de relations difficiles, harassantes et chroniques peut générer des symptômes dysphoriques, une restriction de la gamme des émotions, des plaintes et une souffrance consécutives de ces relations s'exprimant sous forme de désinvestissement et de cynisme à l'égard d'autrui et enfin un sentiment d'inefficacité personnelle. Le sujet qui présente cette symptomatologie rapporte alors un trouble de burnout ou un burnout pathologique, voire un trouble de l'adaptation non spécifié. Dans la mesure où l'identification de ce type particulier de stress a été en premier lieu explorée en milieu professionnel, même s'il ne s'y réduit pas, un environnement de travail qui met en présence des professionnels et des usagers dans une relation de service est considéré comme un environnement favorable au développement du burnout (pour plus de précision sur le burnout, voir chapitre 1).

D'autre part, l'exposition à un ou des événement(s) traumatique(s) est une condition nécessaire, bien qu'insuffisante dans le développement d'un autre type spécifique de souffrance mentale, le trouble de stress post-traumatique (TSPT) ou traumatisme psychologique. En effet, il existe un lien temporel entre le vécu d'événements

traumatogènes et l'apparition de symptômes d'évitement, d'intrusion et d'hyperréactivité physiologique qui marquent la symptomatologie principale du TSPT (APA, 2003 ; OMS, 1992). Cependant, tous les sujets ne sont pas égaux devant la survenance d'un événement traumatique car des facteurs pré-traumatiques, péri-traumatiques et post-traumatiques vont en moduler l'expression. On peut penser que d'autres types de facteurs de type « stress » pourraient avoir un tel rôle. Il nous semble que le burnout présente des caractéristiques qui en font un bon candidat à un tel effet sur le TSPT.

Enfin, trois modalités d'événements traumatogènes ou de « traumatisation » peuvent générer ce trouble. Ils peuvent être vécus directement, ce sont les plus courants. Ils peuvent également être vécus indirectement, c'est le cas des traumatismes chez les professionnels du sauvetage (Ozer et Weiss, 2004). Plus récemment, une troisième modalité d'événements traumatogènes et nommée « vicariante ». Ce sont les traumatismes que rapportent les psychologues et les psychiatres qui accueillent des patients présentant un TSPT (Jenkins et Baird, 2002).

Cette dernière modalité est, à notre avis, une illustration particulièrement claire du lien entre traumatisme et burnout. Elle nous amène donc à analyser les éléments communs de ces deux types spécifiques de souffrance mentale. Le stress est l'élément prégnant qui lie ces deux formes de souffrance : des stress chroniques pour le burnout et des stress aigus pour le traumatisme psychologique.

Jusqu'à présent, de nombreuses recherches ont porté sur l'une ou l'autre de ces pathologies psychiques. Le burnout dès son identification a été étudié chez les professionnels de la santé, étendu à d'autres champs professionnels (sportifs, soldats, surveillants de prison, etc.) pour finalement sortir du domaine professionnel (épouse, mère de famille, etc.). De son côté, le TSPT, à l'origine observé chez les soldats vétérans du Vietnam, va connaître une extension très rapide avec l'identification de ses caractéristiques et son lien avec l'exposition à un événement traumatogène. Dès lors, les recherches ont été menées dans tous les domaines envisageables (professionnels comme non professionnels).

Or, comme nous l'avons évoqué précédemment, si le burnout et le TSPT ont en commun d'être une manifestation de type « stress », force est de constater qu'ils ont rarement été étudiés conjointement.

Lorsque c'est le cas, c'est presque exclusivement auprès de professionnels de santé (Crabbe, Bowley, Boffard, Alexander et Klein, 2004 ; Van der Ploeg et Kleber, 2003). Il est évident que l'étude conjointe du burnout et du traumatisme psychologique suppose un contexte particulier dans lequel des sources de stress chronique et aigu sont présentes. C'est donc en partie l'une des raisons qui explique l'étude séparée de ces deux types de stress puisqu'il est difficile de trouver des situations propices à ces deux types de stress conjointement.

L'objectif de ce chapitre portera donc sur la présentation de l'expression clinique de la souffrance de personnes qui rapportent à la fois un burnout pathologique et un TSPT. Nous nous intéresserons par ailleurs aux facteurs prédictifs spécifiques et communs au tableau clinique de cette comorbidité.

I. L'EXPRESSION CONJOINTE DU BURNOUT ET DU TSPT : CAS CLINIQUE ET SINGULARITÉ

Le tableau clinique des personnes qui souffrent conjointement d'un TSPT et d'un burnout pathologique s'avère particulièrement polymorphe et complexe. Pour donner une illustration de ce « phénomène » ou de ce « nouveau trouble », nous débuterons ce chapitre par la présentation de deux cas cliniques. Il s'agit de deux patients qui sont venus volontairement à la suite d'événements « difficiles » notamment dans leur espace professionnel et parce qu'ils voulaient « en parler avec un psychologue ».

Ces patients ont été retenus parce qu'ils présentaient conjointement un burnout pathologique et un TSPT. Nous les avons également choisis pour illustrer cliniquement nos propos car ils ne rapportent pas de troubles psychotiques, de troubles maniaques, de troubles de la personnalité, de troubles addictifs ou de troubles organiques ou neurologiques. Enfin, ils ne rapportent pas de dépendance à un médicament psychotrope (traitements médicamenteux pour l'anxiété, la dépression...).

1. Quelques préalables à la compréhension des cas cliniques

On peut considérer l'étude de cas, en psychologie clinique et pathologique, comme un paradigme des liens inextricables qui se tissent entre recherche scientifique et problématiques de terrain (Castro, 2005). Plus particulièrement, il s'agit d'une sorte de modèle théorique qui va rendre compte de la singularité d'un sujet, d'un phénomène, ou d'une situation. En échange, cette singularité observée chez une ou des personnes permettra de questionner, d'enrichir, de moduler, de déconstruire des théories, des modèles, des savoirs, des connaissances en psychologie.

Dans le cadre clinique, nous avons donc rencontré les patients lors de 15 séances pour le premier patient et 20 séances pour le second, selon le planning suivant :

- Durant le premier mois, les séances avaient lieu chaque semaine afin de favoriser l'alliance thérapeutique, c'est-à-dire la mise en œuvre d'une relation de confiance entre le psychologue et le patient.
- Du deuxième mois au quatrième mois, les séances étaient bimensuelles afin de laisser un espace inter-séance suffisant pour permettre au patient de transposer les situations cliniques abordées dans sa vie « de tous les jours ».
- À partir du quatrième mois, les consultations étaient espacées de 3 semaines afin de travailler (1) sur la généralisation des modifications psychiques élaborées durant les séances et (2) sur la relation d'attachement au thérapeute afin de veiller à ce que le patient conserve un rôle d'acteur de sa vie.

La première séance durait entre une heure et une heure et demie, les séances suivantes ne dépassaient pas une heure. Durant chaque séance, le patient était invité à évoquer ses souffrances, ses difficultés, ses pensées, ses émotions, ses comportements. Notre appartenance à la méthodologie issue du raisonnement déductif marque une intervention psychothérapique selon une approche émotionnelle, comportementale et cognitive que l'on retrouve dans les psychothérapies comportementales et cognitives dites TCC (Hautekeete, 1995). En conséquence, nous avons adopté avec nos patients une démarche méthodologique constituée de trois grandes phases : l'analyse de la demande et le recueil séméiologique (c'est-à-dire l'analyse des signes et des symptômes de la souffrance); l'organisation de la séméo-

logie en hypothèses évaluables et l'élaboration de propositions singulières d'intervention psychothérapeutiques ; et enfin la prise en charge psychothérapique et l'évaluation « objectivante » et « subjectivante ». Dans le cadre de ces illustrations cliniques visant à identifier conjointement le burnout pathologique et le TSPT, ce sont les premières séances de la thérapie qui sont présentées.

Comme nous venons de l'évoquer, nous avons procédé à des mesures « subjectivantes » (les entretiens cliniques) et à des mesures « objectivantes » (les tests psychologiques) qui nous permettent de restituer avec toute la richesse possible les phénomènes cliniques que nous identifions. En ce qui concerne les mesures objectivantes, nous avons utilisé deux échelles : l'inventaire de burnout de Maslach et l'échelle d'impact des événements révisée.

• L'inventaire de burnout de Maslach

Nous avons utilisé la version française de Dion et Tessier (1994) du *Maslach Burnout Inventory* ou MBI (Maslach et Jackson, 1986), qui permet d'évaluer les dimensions psychologiques et affectives du burnout. Le choix s'est porté sur cet outil en raison de ses qualités psychométriques et du consensus sur l'utilité et l'efficacité de son application quels que soient la profession et le pays d'origine (Richardsen et Martinussen, 2004). Par ailleurs, la validation française du MBI rapporte des qualités psychométriques comparables à celles de Maslach et Jackson (1991).

Le MBI comporte 22 propositions auxquelles les sujets répondent en utilisant une échelle de fréquence en 7 points, allant de 0 à 6. 0 signifie que « le sujet n'éprouve jamais ce qui est proposé » et 6 que le sujet « éprouve chaque jour ce qui est proposé ». Initialement, il comportait deux échelles, une pour l'intensité et l'autre pour la fréquence, mais les études ont montré la redondance de l'échelle d'intensité et la supériorité de l'échelle de fréquence (Maslach *et al.*, 2001). Le MBI mesure les trois dimensions du burnout : l'épuisement émotionnel, le désengagement-désinvestissement et, enfin, l'accomplissement ou l'efficacité personnelle (voir tableau 2.1).

La dimension d'« épuisement émotionnel » comporte neuf items, par exemple : « Je me sens émotionnellement vidé par mon travail. » La sous-échelle « désengagement-désinvestissement » est constituée de cinq items, comme « je sens que je m'occupe de certains usager/

patients comme s'ils étaient des objets». Enfin, la dimension «l'accomplissement ou l'efficacité personnelle» contient huit items, par exemple: «Je m'occupe très efficacement des problèmes des usagers/patients.»

Tableau 2.1 – Version française de l'inventaire de burnout de Maslach (Dion et Tessier, 1994).

<p>Veuillez indiquer la fréquence avec laquelle vous ressentez ce qui est décrit pour chaque question. Pour vous aider à répondre, vous trouverez sur votre droite une échelle allant de 0 à 6:</p> <p>0 signifie que vous n'éprouvez jamais ce qui est proposé dans la question. 1 signifie que vous n'éprouvez quelques fois par année ce qui est proposé dans la question. 2 signifie que vous n'éprouvez au moins une fois par mois ce qui est proposé dans la question. 3 signifie que vous n'éprouvez quelques fois par mois ce qui est proposé dans la question. 4 signifie que vous n'éprouvez une fois par semaine ce qui est proposé dans la question. 5 signifie que vous n'éprouvez quelques fois par semaine ce qui est proposé dans la question. 6 signifie que vous n'éprouvez chaque jour ce qui est proposé dans la question.</p>							
1. Je me sens émotionnellement vidé(e) par mon travail	0	1	2	3	4	5	6
2. Je me sens à bout à la fin de la journée	0	1	2	3	4	5	6
3. Je me sens fatigué(e) lorsque je me lève le matin et que j'ai à affronter une autre journée de travail	0	1	2	3	4	5	6
4. Je peux comprendre facilement ce que les usagers ressentent	0	1	2	3	4	5	6
5. Je sens que je m'occupe de certains usagers de façon impersonnelle comme s'ils étaient des objets	0	1	2	3	4	5	6
6. Travailler avec des gens tout au long de la journée me demande beaucoup d'efforts	0	1	2	3	4	5	6
7. Je m'occupe très efficacement des problèmes des usagers	0	1	2	3	4	5	6
8. Je sens que je craque à cause de mon travail	0	1	2	3	4	5	6
9. J'ai l'impression, à travers mon travail, d'avoir une influence positive sur les gens	0	1	2	3	4	5	6

10. Je suis devenu(e) plus insensible aux gens depuis que j'ai ce travail	0	1	2	3	4	5	6
11. Je crains que ce travail ne m'endurcisse émotionnellement	0	1	2	3	4	5	6
12. Je me sens plein(e) d'énergie	0	1	2	3	4	5	6
13. Je me sens frustré(e) par mon travail	0	1	2	3	4	5	6
14. Je sens que je travaille « trop dur » dans mon travail	0	1	2	3	4	5	6
15. Je ne me soucie pas vraiment de ce qui arrive à certains usagers	0	1	2	3	4	5	6
16. Travailler en contact direct avec les gens me stresse trop	0	1	2	3	4	5	6
17. J'arrive facilement à créer une atmosphère détendue avec les usagers	0	1	2	3	4	5	6
18. Je me sens ragaillardi(e) lorsque dans mon travail j'ai été proche des usagers	0	1	2	3	4	5	6
19. J'ai accompli beaucoup de choses qui en valent la peine dans ce travail	0	1	2	3	4	5	6
20. Je me sens au bout du rouleau	0	1	2	3	4	5	6
21. Dans mon travail, je traite les problèmes émotionnels très calmement	0	1	2	3	4	5	6
22. J'ai l'impression que les usagers me rendent responsable de certains de leurs problèmes	0	1	2	3	4	5	6

• L'échelle d'impact des événements – révisée (IES-R)

Cette échelle est une version remaniée par Weiss et Marmar (1997) de l'*Impact of Event Scale* ou IES (échelle d'impact des événements) (Horowitz, Wilner et Alvarez, 1979), traduite en français par Brunet, King et Weiss (1998 – voir tableau 2.1). L'IES-R a été choisie d'une part en raison de la validation française existante et, d'autre part, parce que contrairement à l'échelle non remaniée (IER) qui ne mesure que les symptômes d'intrusion et d'évitement, elle permet également une évaluation des symptômes d'hyperréactivité.

Le sujet doit répondre à un questionnaire de 22 items qui reflètent les répercussions possibles d'un événement traumatogène. L'échelle permet ainsi d'évaluer un score total de stress post-traumatique et se compose de trois dimensions :

– **L'intrusion**, reviviscence qui caractérise les symptômes du critère B du TSPT dans le DSM-IV-TR (APA, 2003), comme les intrusions d'images concernant l'événement, les flash-back ou encore les cauchemars. Cette dimension comporte huit items, comme par exemple : « Différentes choses me faisaient y penser [à l'événement]. »

– **L'évitement**, qui reflète les symptômes du critère C du TSPT dans le DSM-IV-TR (APA, 2003), comme les pensées pour éviter les sentiments ou les émotions associés à l'événement ou encore l'incapacité à se rappeler certains aspects de l'événement. Cette sous-échelle contient 8 items, comme : « Quand j'y repensais ou si l'on me le rappelait, j'évitais de me laisser bouleverser. »

– **L'hyperactivité ou hyperarousal** caractérise les symptômes du critère D du TSPT dans le DSM-IV-TR (APA, 2003) comme des réactions de sursaut exagérées, des difficultés à s'endormir ou encore une irritabilité ou des accès de colère. Cette dimension s'articule autour de 6 items, tels : « Je me sentais irritable et en colère. »

Pour coter le questionnaire, le sujet utilise une échelle en 5 points allant de 0 (pas du tout) à 4 (extrêmement). Brunet *et al.* (1998) choisissent de prendre un score total supérieur à 22 comme étant l'indice significatif de symptômes d'un état de stress aigu et un score supérieur à 36 comme signalant la présence probable d'un trouble de stress post-traumatique. Quel que soit le score à cette échelle, seul l'entretien clinique permettra d'établir le diagnostic.

*Tableau 2.2 – Échelle d'Impact des Événements Révisé
(Brunet et al., 1998).*

Voici une liste de difficultés que les gens éprouvent parfois à la suite d'un événement TRÈS STRESSANT. Vous **prendrez comme exemple d'événement celui pour lequel nous avons travaillé lors de nos consultations (agressions)**. Veuillez lire chaque question et indiquer à quel point vous avez été STRESSÉ par chacune de ces difficultés au cours de cette dernière semaine.

Pour vous aider à répondre, vous trouverez sur votre droite une échelle allant de 0 à 4. Il vous suffit d'entourer le chiffre qui correspond le mieux à ce que vous ressentez.

0 Vous n'éprouviez **pas du tout** ce qui est proposé à la question au cours des 7 derniers jours.

- 1 Vous éprouviez **un peu** ce qui est proposé à la question au cours des 7 derniers jours.
- 2 Vous éprouviez **moyennement** ce qui est proposé à la question au cours des 7 derniers jours.
- 3 Vous éprouviez **assez fortement** ce qui est proposé à la question au cours des 7 derniers jours.
- 4 Vous éprouviez **extrêmement** ce qui est proposé à la question au cours des 7 derniers jours.

Dans quelle mesure avez-vous été stressé(e) ou affecté(e) **au cours des 7 derniers jours** par les difficultés suivantes?

1. Tout rappel de l'événement ravivait mes sentiments en rapport avec celui-ci	0	1	2	3	4
2. Je me réveillais la nuit	0	1	2	3	4
3. Différentes choses m'y faisaient penser	0	1	2	3	4
4. Je me sentais irritable et en colère	0	1	2	3	4
5. Quand j'y repensais ou si l'on me le rappelait, j'évitais de me laisser bouleverser	0	1	2	3	4
6. Sans le vouloir, j'y repensais	0	1	2	3	4
7. J'avais l'impression que rien n'était arrivé ou que ce n'était pas réel	0	1	2	3	4
8. Je me suis tenu loin de ce qui m'y faisait penser	0	1	2	3	4
9. Des images de l'événement surgissaient dans ma tête	0	1	2	3	4
10. J'étais nerveux et je sursautais facilement	0	1	2	3	4
11. J'essayais de ne pas y penser	0	1	2	3	4
12. J'étais inconscient d'avoir encore beaucoup d'émotions à propos de l'événement, mais je n'y ai pas fait face?	0	1	2	3	4
13. Je me sentais frustré(e) par mon travail	0	1	2	3	4
14. Je me sentais et je réagissais comme si j'étais encore dans l'événement	0	1	2	3	4
15. J'avais du mal à m'endormir	0	1	2	3	4
16. J'ai ressenti des vagues de sentiments intenses à propos de l'événement	0	1	2	3	4
17. J'ai essayé de l'effacer de ma mémoire	0	1	2	3	4
18. J'avais du mal à me concentrer	0	1	2	3	4
19. Ce qui me rappelait l'événement me causait des réactions physiques telles que des sueurs, des difficultés à respirer, des nausées ou des palpitations	0	1	2	3	4

20. J'ai rêvé de l'événement	0	1	2	3	4
21. J'étais aux aguets et sur mes gardes	0	1	2	3	4
22. J'ai essayé de ne pas en parler	0	1	2	3	4

2. Procédure de l'étude de cas

Nous allons présenter ci-après un découpage qui permet un repérage des différents temps du travail psychothérapeutique mené auprès de patients en souffrance. Pour les besoins d'une illustration clinique synthétique, nous avons catégorisé les entretiens selon trois fonctions : (1) l'analyse de la demande, (2) l'analyse fonctionnelle et (3) la définition des modalités de prise en charge psychothérapeutique. Bien entendu, il ne faut pas lire ces différents temps avec rigidité : chaque catégorie ne correspond pas obligatoirement à un entretien.

• Analyse de la demande

Après nous être présenté et avoir donné des informations sur la déontologie des psychologues, sur le champ d'intervention du psychologue et sur notre approche clinique et psychopathologique, nous avons demandé aux patients leur accord pour prendre des notes durant les entretiens. En effet, certains y sont réticents. Or, cette prise de notes est importante, bien que non obligatoire, parce qu'elle nous permet au cours des séances d'en étudier les liens, de revenir sur certains propos, de mesurer et de pointer les évolutions ou les changements du patient.

Après cette présentation succincte, durant toute la durée de l'entretien, les patients trouvaient un espace d'écoute et d'expression de leur demande et de leurs souffrances. Leur détresse psychique et émotionnelle était étayée dans un cadre contenant et nous utilisions des reformulations pour avoir des précisions quant aux liens entre comportements, émotions et pensées (Beck, 1976). Nous leur demandions par exemple ce qu'ils avaient pensé lorsqu'ils exprimaient des émotions très vives lors de certaines situations spécifiques.

À la fin de ce premier entretien, nous convenions de la séance suivante. Nous prenions également leurs coordonnées afin de leur envoyer éventuellement des questionnaires permettant de mesurer certaines dimensions psychiques. Ils étaient choisis en fonction de ce

que nous avons constaté au cours de l'entretien. Nous leur demandions de les remplir afin de pouvoir en discuter lors du deuxième entretien.

• Analyse fonctionnelle

Ce deuxième entretien avait comme objectifs, d'une part de donner un compte rendu des questionnaires aux patients et, d'autre part, d'appréhender et de formaliser leur souffrance sous forme diagnostique.

• Investigations diagnostiques

En ce qui concerne le compte rendu, nous apportions les questionnaires et une retranscription écrite qui était laissée à la disposition du patient (voir figure 2.1). Nous lui expliquions, après lui avoir donné des informations sur le burnout, les événements traumatogènes et les stress qui en découlent, quels étaient ses niveaux d'épuisement émotionnel, de désinvestissement, d'efficacité personnelle pour le burnout et de stress traumatique, d'intrusion, d'évitement et d'hyperréactivité pour le traumatisme psychologique.



Figure 2.1 – Exemple de retranscription d'un questionnaire à un patient.

La restitution des résultats de leurs questionnaires était aussi l'occasion d'une discussion autour du ressenti émotionnel des patients et des liens qu'ils entretenaient entre leur souffrance actuelle, leur environnement et leurs pensées.

La poursuite des investigations diagnostiques permettait d'éliminer d'autres troubles associés ou au premier plan, comme un trouble

de l'humeur (dépression) ou un trouble addictif, notamment une dépendance à l'alcool. Elle permettait par ailleurs de préciser les difficultés, les comportements les plus problématiques et les souffrances, par le biais du questionnement socratique. Le *questionnement socratique en psychothérapie*, en référence à la dialectique de Socrate, est une approche didactique de l'écoute de la souffrance du patient. Il s'agit, à l'instar de la maïeutique, c'est-à-dire l'art d'accoucher l'esprit, de formuler des questions constructives qui vont permettre au patient de réfléchir à sa souffrance, de mieux appréhender sa détresse, de prendre conscience de ce qu'il sait et d'élaborer lui-même des réponses.

À la fin de cette séance, le troisième rendez-vous était convenu avec les patients. Entre cette deuxième séance et la troisième, nous procédions à l'analyse fonctionnelle.

• L'analyse fonctionnelle

L'analyse fonctionnelle est une phase charnière de la psychothérapie. Elle a comme but de recueillir des observations permettant d'élaborer des hypothèses sur l'apparition, le développement et le maintien de la souffrance du patient. Il s'agit de modèles interactifs de cette souffrance, qui relient les comportements, aux pensées et aux émotions du patient, ainsi qu'à ses antécédents et ses conséquences.

Partant du raisonnement déductif, l'analyse fonctionnelle est constituée autour de l'observation clinique des faits qui doit apporter un recueil objectivant des éléments de cette souffrance. Elle permet la formulation d'hypothèses sur les relations de causalité entre faits et de les replacer dans un système qui tente de les organiser en une hypothèse de travail cohérente. Enfin, elle vise la mise en place et la construction d'une prise en charge psychothérapique de la souffrance, au plus près de la singularité du patient. On peut ainsi déterminer quels éléments seront l'objet du travail psychothérapeutique en priorité et les procédures pour les appréhender.

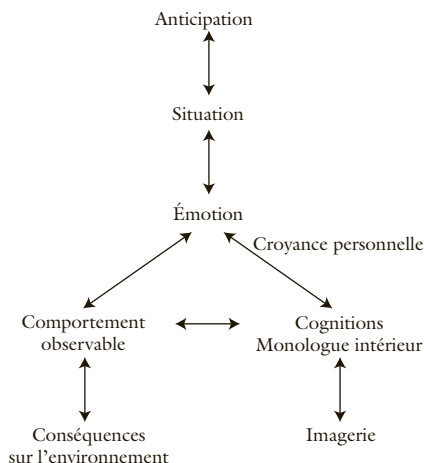
La littérature scientifique présente une pluralité de modèles, de grilles ou de méthodes permettant de constituer l'analyse fonctionnelle. Les plus connues sont la grille SORC (Stimulus – Organisme – Réponse – Conséquences), la BASIC IDEA (Lazarus, 1973) complétée par Cottraux (1985a) pour les Expectations du patient (E)

et pour l'Attitude du thérapeute (A) ou encore les grilles SECCA (Schéma d'Analyse Cognitivo-Comportementale), synchroniques et diachroniques (Cottraux, 1985b). Nous nous sommes inspirés du BASIC IDEA (voir tableau 2.3) pour le recueil des données parce que cette grille est simple, qu'elle est facile d'utilisation et permet de ne pas omettre certaines observations cliniques.

*Tableau 2.3 – Grille BASIC IDEA
(d'après Lazarus, 1973 et Cottraux, 1985a).*

B – Behavior	Comportement
A – Affect	Émotions
S – Sensation	Sensation
I – Imagery	Imagerie – images mentales
C – Cognition	Pensées – cognitions
I – Interpersonal Relations	Relations interpersonnelles
D – Drugs	Médicaments – drogues
E – Expectations	Attentes du patient
A – Attentes	Attentes du thérapeute

Nous l'avons complétée avec les grilles SECCA, notamment la grille synchronique qui permet une prise en compte interactionnelle des pensées-cognitions par rapport aux émotions et aux comportements (voir figure 2.2).



*Figure 2.2 – Grille SECCA synchronique
(d'après Cottraux, 1985b).*

• Définition des modalités de la prise en charge psychothérapeutique

Le troisième entretien avait comme objectif de définir les modalités de la prise en charge psychothérapeutique. Pour cela, nous revenions avec les patients sur les souffrances «les plus invalidantes» ou celles sur lesquelles ils voulaient travailler en premier lieu. Nous leur rapportions, dans le même temps, la manière dont nous avions formalisé l'expression de leurs troubles à partir de l'analyse fonctionnelle. Nous leur demandions ce qu'ils en pensaient, s'ils avaient des commentaires, si cette analyse leur semblait ajustée à leur problème. Cette étape visait à proposer une prise en charge la plus proche possible de leur singularité. Nous traduisions l'ensemble de ces éléments sous la forme du «niveau de base» du patient, c'est-à-dire l'ensemble des caractéristiques de la souffrance du patient au moment où il est vu au début de la thérapie.

Cette troisième séance était également l'occasion d'évoquer d'autres situations, d'autres problèmes qui n'avaient pas été exprimés par les patients mais qui devenaient importants dans la mesure où ils pouvaient agir comme des facteurs de maintien dans leurs troubles.

En particulier, toutes les stratégies comportementales et cognitives qu'ils avaient spontanément mises en place, notamment en termes d'évitement qui, adaptées à court terme, pouvaient s'avérer contre-productives à long terme (voir chapitre 1).

Enfin, nous proposons aux patients un plan des séances thérapeutiques, nous leur indiquons de quelle manière nous allons travailler et établissons un « contrat moral » sur les objectifs à court, moyen et long terme.

II. ÉTUDE DE CAS : ILLUSTRATION CLINIQUE DE LA PRÉSENCE CONJOINTE D'UN TRAUMATISME PSYCHOLOGIQUE ET D'UN BURNOUT

1. Cas clinique n° 1 – François

• Anamnèse – éléments biographiques du « passé »

François est âgé de 38 ans, il est marié et père de trois enfants. Il a effectué des études de comptabilité, puis, après son service militaire, a postulé à différents concours de la fonction publique, dont celui d'agent administratif de service territorial.

Son choix s'est orienté vers les métiers administratifs parce qu'il ne trouvait « pas de travail dans sa branche, la comptabilité, c'est un peu bouché ». Il a été reçu au concours à l'âge de 22 ans, il a travaillé dans un service de mairie en banlieue parisienne, où « tout allait bien ! ». François nous dira : « C'est drôle, je travaillais dans le 9-3¹, comme disent les jeunes. Dans les médias, on nous fait croire que c'est dangereux et que les jeunes s'entre-tuent, pourtant je n'ai jamais eu de problème. »

Avec la rencontre de son épouse, originaire du Nord de la France, et leur mariage quelques années plus tard, un projet de déménagement dans la métropole lilloise a vu le jour. Il s'est concrétisé avec la mutation de François dans un service d'accueil de mairie où il travaille maintenant depuis 10 ans.

François décrit ses relations avec sa femme et ses enfants comme paisibles. *A contrario*, il n'a plus de relations avec sa mère, parce qu'il

1. Il s'agit du département de la Seine-Saint-Denis (93). François détache le 9 du 3 et fait une pause entre les deux chiffres.

n'en exprime « pas le besoin », il garde des contacts avec ses deux frères et sa sœur. Son père est décédé il y a quelques années mais il n'avait plus de contact avec lui depuis le divorce de ses parents, lorsqu'il avait 16 ans. Il dépeint un univers de violences conjugales avec « beaucoup de cris » entre ses parents, qui « se disputaient pratiquement tous les jours ». Il essayait de « détourner l'attention » pour faire cesser la violence mais il n'était jamais écouté. Il s'isolait donc dans sa chambre et « priait pour que ça s'arrête ».

En conséquence, il considère que ses parents lui ont « gâché sa jeunesse ». Il décrit une enfance marquée par de « grandes émotions négatives » et par la violence physique de sa mère à son encontre. Elle lui donnait des « gifles » quoi qu'il fasse, s'il arrivait « à table deux secondes après les autres », s'il avait « renversé un verre d'eau ». Il devait accepter les gifles, sinon « elle s'acharnait et [il recevait] plus de coups ». Il dira au cours des entretiens que « ce n'est pas juste » d'être battu, « quoi qu'on fasse ce n'est pas bien » de battre un enfant. Pour être le moins souvent possible en contact avec sa mère, il essayait « le plus possible d'être hors de la maison », il partait « plus tôt » et revenait « plus tard ». Il recevait cependant un réconfort de sa grand-mère paternelle, qui vivait avec eux et qui « essayait toujours de prendre [sa] défense ».

Son environnement familial durant son enfance et son adolescence est caractérisé par une « ambiance explosive et malsaine » et il dira plus tard : « La situation actuelle au travail me fait le même effet. »

• Clinique subjectivante d'une souffrance – « Ici et maintenant »

François se sent complètement « angoissé » parce qu'il ne sait pas ce « qui peut se passer » dans son travail. Il ne supporte plus d'être au contact des usagers, d'une part parce qu'« ils mettent toujours un temps incalculable avant de comprendre qu'il y a des règles qu'il faut respecter et que ce n'est pas moi qui fais les règles. En plus, ils remplissent n'importe comment les documents qu'on leur donne », « on dirait qu'ils le font exprès ou qu'ils me prennent pour leur larbin ! ». D'autre part, François remarque que « tout incident, regard ou réponse mal compris(e) peut provoquer des insultes ou des agressions ». Par ailleurs, « le chacun pour soi au travail devient insupportable » et « la hiérarchie qui nous donne toujours plus de travail dans le même espace de temps n'arrange rien ». Il résume ses pensées de cette façon : « J'ai toujours l'impression qu'il va se passer quelque

chose de grave», «Je ne serai pas prêt à répondre à un problème». Il vit en permanence sous cet état émotionnel d'anxiété et de peur.

Il dit avoir déjà connu cet état il y a un peu plus de 10 ans, alors qu'il travaillait en région parisienne. On l'avait affecté temporairement dans un service de préfecture mais il n'arrivait «pas à supporter d'être là-bas» et d'être «constamment en présence de pauvres gens à qui, de toute façon, on ne va pas donner de papiers». Il se sentait «devenir cynique, froid, méchant, presque raciste» alors qu'il nous dira : «J'ai une grand-mère italienne et un grand-père maghrébin, je ne me reconnaissais plus!» À la suite d'une «altercation» avec un Africain qui réclamait ses papiers, François, qui tentait de lui expliquer qu'il ne décidait pas de l'attribution des papiers, s'est fait gifler. Les policiers sont arrivés en quelques minutes mais François se rappelle avoir fait une «crise d'angoisse». Sans comprendre vraiment pourquoi, il est resté prostré, inerte, incapable de répondre, sidéré par le choc. Il a demandé à ne plus être affecté à l'accueil. Une solution provisoire a été trouvée dans l'attente de sa mutation en métropole lilloise.

Tout est «rentré dans l'ordre» avec son arrivée dans son nouveau poste. Il se sentait «bien, compétent, content de vivre, avec du temps à consacrer à ses enfants et son épouse». Il était «heureux». Pourtant, depuis plusieurs mois, François se dit «épuisé, harassé, fatigué». Il est envahi de doutes quant aux comportements à adopter vis-à-vis des usagers. Il ne sait plus comment se positionner vis-à-vis d'eux, s'il doit être ferme ou souple, s'il doit ou non faire des signalements en cas de problème parce que «ça risque d'entraîner des gros problèmes aux usagers, ils sont obligés de passer par moi pour leurs papiers». Ce sentiment s'est insinué lentement, depuis environ deux ans avec l'arrivée de nouvelles lois et de pratiques qui limitent le temps échangé avec les usagers. Maintenant, comme il est épuisé, il évite «au maximum tout contact avec eux. J'essaie de parler le moins possible, je fais comme si j'étais à l'usine, comme si j'avais des produits à faire». Son travail lui semble inutile et il a le sentiment d'être inefficace. Il a l'impression que «s'il y a un problème à régler, ça tombera» sur lui. Pourtant, lorsqu'il a débuté sa carrière, il se souvient qu'il était «sympa», qu'il était «à l'aise» et qu'il aimait son travail. Il se sentait donc bien.

La «catastrophe» est arrivée il y a cinq semaines. François était à l'accueil, répondant de manière «automatique, sans émotion, sans

regarder vraiment les personnes». «Tout a démarré avec un papier mal rempli! Ça faisait une demi-heure que j'expliquais à un monsieur comment il devait remplir les papiers administratifs, je commençais vraiment à perdre patience. Excédé, fatigué, je lui ai dit qu'il ne comprenait rien et qu'il le faisait exprès. Je lui ai dit que je ne continuerais pas à perdre mon temps avec lui. J'ai appelé la personne suivante, sans le regarder. J'ai alors reçu un coup de poing dans le visage, il s'est jeté sur moi.»

François s'arrête, puis reprend, la gorge nouée, les mains crispées, les larmes aux yeux. «C'était horrible, irréel, rien que d'en parler, je me sens mal.» Il reprend alors difficilement, avec de nombreuses pauses. «Je pense que j'ai dû recevoir une série de coups de poing et de coups de pied, je me revois sur le sol, à côté de ma chaise, recroquevillé, tentant de me protéger. Et lui, il me regarde avec hargne, comme un dément, avec de la haine, il me frappe et m'insulte, de "fainéant de fonctionnaire", me dit qu'il va me faire payer, qu'il va me tuer. Il m'agrippe la tête et me la claque contre le sol. J'ai l'impression qu'elle va éclater. Je n'arrive pas à l'arrêter. Je ne sais pas combien de temps ça a duré, pour moi c'est une éternité. J'ai entendu au loin une sirène. Je me suis réveillé à l'hôpital.»

Depuis son agression, François dit qu'il ne dort «plus», qu'il revoit «constamment l'agression», et qu'il est «toujours sur le qui-vive». Le pire, nous dit-il, «c'est que j'ai un sentiment de fatigue, je n'ai plus d'énergie, je trouve que les gens sont malveillants, je n'ai plus confiance». Il n'évoque cependant pas d'idées morbides ou de pensées suicidaires. Il veut juste «aller mieux».

En conséquence, François donne comme objectif à la psychothérapie de comprendre ce qu'il ressent, «pourquoi c'est arrivé, mais surtout» de se sentir moins «tendu, d'arrêter de cauchemarder et de [se] sentir moins fatigué, de [se] rendre à [son] travail sans éprouver de souffrance ni de peur».

- **Lien entre passé et présent: schémas de pensées acquis au cours du développement et histoire actuelle de la souffrance**

Nous avons évoqué, lors du point consacré à l'anamnèse, la relation que François opérait entre son milieu de travail et son environnement de vie durant son enfance et son adolescence. Au cours de

la thérapie, nous lui avons donc demandé de restituer les éléments communs entre ces deux milieux.

François identifie un premier enchaînement : « Les tout petits problèmes en créent de gros. » Il illustre son propos en évoquant un souvenir précis. Lorsqu'il avait 6 ans, sa mère l'avait violenté parce qu'il avait cassé un verre. Dans son milieu de travail, si un usager lui demande quelque chose, il fait habituellement très attention à cette demande afin d'éviter toute agression verbale. Il évoque la scène suivante : « Je reçois une personne pour un dossier administratif. Je lui donne tous les papiers et je lui explique lesquels doivent être remplis et quels sont ceux qui nécessitent des documents complémentaires. Si je vois que la personne a des difficultés à comprendre, qu'elle s'agite, je fais redescendre la tension, sinon il y a un risque d'agression. »

Il évoque également son angoisse lorsqu'une personne « s'énervé ou hausse le ton ». Il situe cette angoisse dans son enfance, lorsque ses parents se mettaient à crier dans leur chambre et qu'il ne pouvait rien faire. Au travail, il associe tout bruit ou cri à une agression ou à une altercation. Il évoque la situation suivante : « Un usager hurle dans le couloir, je ne le vois pas immédiatement, une fois le problème localisé, mon inquiétude est redescendue. »

Ces liens entre événements actuels et situations passées donnent une indication sur la vision du monde, de soi et des autres, c'est-à-dire des schémas cognitifs de François (voir chapitre 3). On peut traduire le discours du patient à travers ses schémas cognitifs comme ceux qui découlent du manque de sécurité comme la *méfiance* et l'*abandon*, mais aussi la *peur de perdre le contrôle* parce que tout contact peut dégénérer et qu'il faut toujours être sur ses gardes.

• Clinique objectivante d'une souffrance

Burnout. Nous avons demandé à François de remplir l'inventaire de burnout de Maslach, dont les dimensions montrent un épuisement émotionnel très fort, un désinvestissement moyen et un sentiment d'efficacité personnelle très faible (voir figure 2.3). En effet, le score de François est respectivement de 36 pour l'épuisement émotionnel, de 7 pour le désinvestissement et de 7 pour l'efficacité personnelle. Si l'on compare ses scores aux normes de Lidvan-Girault (1989), l'épuisement émotionnel et le désinvestissement sont supérieurs aux

notes seuil, ce qui traduit un burnout important. L'efficacité personnelle, quant à elle, est inférieure à la note seuil, marquant un faible sentiment d'efficacité. Ceci ajoute un poids aux constats des entretiens cliniques : François présente un burnout pathologique.

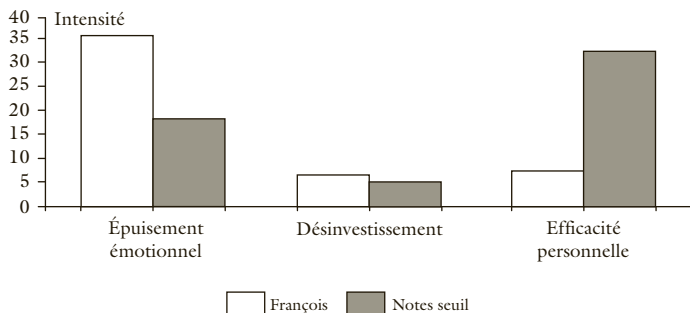


Figure 2.3 – Niveaux de burnout de François.

Traumatisme psychologique. François a également rempli l'échelle d'impact des événements révisée (voir figure 2.4). Ses scores sont respectivement de 39 pour le total de stress traumatique, de 13 pour l'hyperréactivité, de 13 pour l'intrusion et enfin de 13 pour l'évitement. Le score total, de 39, est supérieur à 36, note seuil pouvant indiquer la présence d'un TSPT selon Brunet *et al.* (1998). Au regard de nos entretiens cliniques, confortés par notre évaluation, François présente donc un trouble de stress post-traumatique, cette symptomatologie durant depuis plus d'un mois (OMS, 1992).

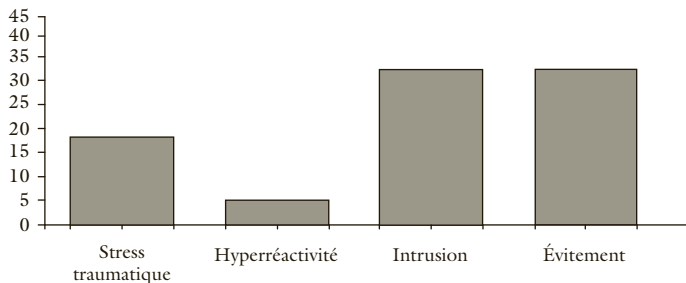


Figure 2.4 – Scores de François à l'IES-R.

Finalement, nous avons demandé à François d'estimer son anxiété sur une échelle allant de 0 à 10. Il a répondu qu'en général, elle était de 5 ou 6/10 et que lorsqu'il est au travail, elle est de 9/10.

- **Analyse fonctionnelle :**
conceptualisation clinique d'une comorbidité

Sur le plan clinique, le burnout pathologique s'exprime par un épuisement émotionnel important et une restriction des affects liés aux relations que le patient entretient avec les usagers. Il se sent anxieux et fatigué. Il anticipe des relations conflictuelles. Il ne sait plus comment s'ajuster aux demandes et évite toute situation de contact. Un désinvestissement s'installe progressivement. Enfin, le travail n'est plus une source d'épanouissement, il est ressenti comme inutile, astreignant et François se sent complètement inefficace. Cet état clinique n'est manifeste que dans la sphère de travail ; l'épuisement émotionnel et l'anxiété ne sont présents qu'au travail ou par anticipation du travail. Il ne s'agit donc pas d'une forme de trouble anxieux généralisé.

Le trouble de stress post-traumatique s'organise autour de l'hyper-réactivité, l'évitement des situations, les pensées d'imprévisibilité, d'incontrôlabilité et d'impuissance exprimées par notre patient. Il ne peut contrôler l'arrivée massive d'idées intrusives concernant une altercation avec un usager qui sont constamment revécues, diffèrent le sommeil et entraînent des réveils précoces. Il ressent donc une tension physique liée à l'hypervigilance dont il a besoin pour travailler. On peut observer une élévation de l'*arousal* (l'état d'éveil physiologique) qui l'amène à se focaliser sur n'importe quel bruit auquel il donne une signification dangereuse. Les cognitions (les pensées) sont donc élaborées autour du danger potentiel du travail et des usagers. Il tente donc d'éviter les situations en diminuant les contacts.

Nous présentons l'analyse fonctionnelle sous la forme de la grille SECCA (voir figure 2.5). Les évaluations cliniques que nous avons menées font apparaître un niveau de burnout pathologique et un niveau de stress traumatique que l'on retrouve chez les sujets présentant un trouble de stress traumatique.

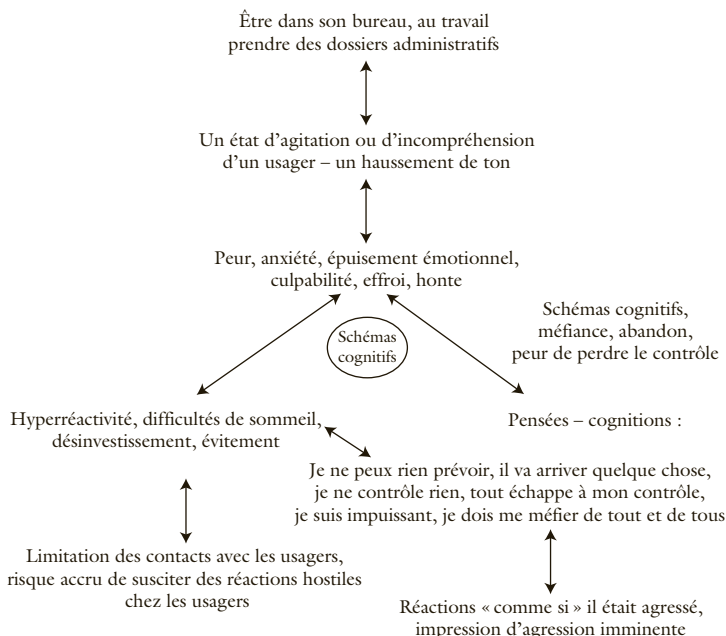


Figure 2.5 – Analyse fonctionnelle de la symptomatologie de François.

En conclusion, sur le plan clinique, François rapporte de manière concomitante un burnout pathologique et un TSPT. Nous ne présentons pas le traitement que nous avons mis en place, car l'objectif de cette vignette clinique ne porte pas sur le traitement conjoint du burnout pathologique et du trouble de stress post-traumatique. Nous aborderons le volet psychothérapique dans le prochain chapitre.

2. Cas clinique n° 2 – Hélène

• Anamnèse – éléments biographiques

Hélène est un médecin généraliste âgé de 45 ans. Elle est mariée et mère de deux enfants. Elle est installée en cabinet avec d'autres associés depuis quinze ans dans un quartier « populaire » d'une grande ville. Elle évoque d'emblée son choix de devenir médecin

généraliste parce que «aider l'autre, c'est une vocation, il n'y a pas de plus beau métier».

En plus de son travail en tant que médecin généraliste, elle exerce des vacations depuis plusieurs années dans une Unité de Soins et de Consultations Ambulatoires (USCA) au sein d'un établissement pénitentiaire. Ce choix n'est pas fortuit, nous dira-t-elle. «Aider les populations les plus vulnérables même si elles ont commis des actes effroyables fait partie du serment du médecin.»

Au moment où nous la rencontrons, elle est en congé pour cause de maladie, son médecin ayant diagnostiqué une «dépression réactionnelle». «Une dépression, nous dira-t-elle, c'est vraiment pour contenter les catégorisations de la sécurité sociale. Je ne suis pas experte en diagnostic psychologique mais je sais reconnaître une dépression... et ce que j'ai n'est pas une dépression!» Comprendre et mettre un nom sur sa souffrance est d'ailleurs l'un des objectifs qu'Hélène donne à la psychothérapie.

Au cours des entretiens, Hélène décrit son enfance comme paisible et insouciance. Son père était enseignant et sa mère infirmière. Mon frère, ma sœur et moi jouissions «d'une grande liberté». L'adolescence est au contraire vécue comme difficile. Elle coïncide avec la séparation de son père d'avec sa mère, en raison de l'alcoolisme de celui-ci et de la violence conjugale. «Maman a tenté tant qu'elle a pu de tenir, mais, après quelques années, elle devenait l'ombre d'elle-même, ce n'était plus possible... quant à mon père, depuis qu'il s'est soigné, il est beaucoup mieux, ça a pris du temps, mais maintenant on s'entend bien. Ça ne veut pas dire que je le déresponsabilise de ce qu'il a fait et j'ai des souvenirs horribles de mon père battant ma mère, qui ne s'effaceront jamais de ma tête. On en a reparlé un jour, il m'a dit que ce qu'il a fait était impardonnable mais que malgré tout, il n'a jamais cessé de nous aimer, que pour lui, c'est aussi arrivé sans qu'il ne puisse rien y faire, l'alcool, les classes avec des élèves turbulents...»

À la suite du divorce, la garde a été confiée à la mère. Ils ont déménagé et la fratrie a changé d'établissement scolaire. «Il a fallu tout reconstruire, nouvelle maison, nouvelle école, nouveaux amis, ça a été dur.» Sur le plan familial, sa mère a refait sa vie, s'est remariée et a eu un autre enfant. Ce conjoint, médecin, présentait lui aussi des problèmes avec l'alcool. «Il était très sympa, il s'appelait Bernard et c'était un vrai saint-bernard, il portait la misère du monde,

mais, nous dira Hélène, il ne savait pas couper avec son travail. Il n'avait pas l'alcool méchant et ne buvait pas tout le temps, c'était par périodes, alors toute la famille s'en accommodait. Il rendait maman heureuse. Après la violence de mon père, Bernard a été une bouffée d'oxygène, je garde de très bons rapports avec lui et notre métier commun nous a rapprochés, il est de bon conseil et m'aide à traverser mes difficultés actuelles.»

En raison de son vécu, Hélène dit mesurer «l'importance de certains mots comme “père, violence, alcool”», sait que «ça peut blesser» et qu'elle a beaucoup de mal avec les personnes «alcooliques ou agressives». Enfin, elle évoque spontanément l'idée que le fait de travailler en tant que médecin est peut-être lié à une envie de «réparer».

• Clinique subjectivante d'une souffrance

Hélène se sent, depuis deux mois, incapable de retourner à son travail, raison pour laquelle elle est en «arrêt». En effet, alors qu'elle était seule dans son cabinet, Hélène a été victime d'un braquage d'une grande violence. «Vous savez, on reçoit tout le monde, toute la misère humaine et on est préparé pour soigner mais pas pour être agressée.» Hélène pleure, puis reprend : «Il était 19 heures, j'avais eu une journée harassante, j'étais fatiguée, l'une de nos collègues est en congé maternité depuis un an et demi, ce qui fait qu'on a encore plus de consultations que d'habitude. Je pense que j'aurais dû prendre des vacances, je me suis rendu compte que depuis plus de 6 mois, j'étais devenue expéditive avec les patients, en fait j'en avais assez de mon travail, alors que j'adore mon métier!»

Hélène est très tendue lorsqu'elle s'exprime, les mains se crispent, nous prenons un moment avant qu'elle ne poursuive. «Je n'aurais jamais pensé que ça m'arriverait, j'entendais dans les médias, je lisais dans les revues spécialisées les témoignages de médecins sur leur détresse, leurs souffrances, sur les agressions qu'ils subissaient mais j'avais vraiment le sentiment que c'était un épiphénomène, des médecins trop fragiles, mal préparés ou trop jeunes. Mais pas moi! Moi, j'imposais le respect à des criminels en prison, j'étais forte! J'étais celle qui arrivait à mener de front un travail exigeant de médecin et une vie de famille accomplie.»

Elle reprend alors la chronologie : «Il faisait nuit, j'avais presque terminé, il restait deux patients. J'ai pris l'avant-dernier, la consultation

n'a pas duré plus de 5 minutes, *idem* pour le dernier. Ils n'étaient pas satisfaits, je leur ai assené que j'étais médecin, que je connaissais mieux mon métier qu'eux et qu'ils pouvaient consulter un autre médecin. Avec du recul, je me dis que ce genre de propos est inacceptable, je ne sais pas comment j'ai pu être à ce point méprisante, cela ne me ressemble pas. Tout ce que je sais, c'est que depuis des mois, je me sentais fatiguée, tendue, vide émotionnellement. Je voulais que ça se termine vite. J'avais juste envie de rentrer chez moi, voir mes enfants, discuter avec mon mari, me reposer. J'étais encore dans mon cabinet, j'avais presque terminé de ranger mes dossiers quand j'ai entendu frapper à la porte.»

Sa gorge se noue, Hélène reprend sa respiration puis continue : « J'ai ouvert la porte de mauvaise humeur, je me disais que j'allais encore perdre mon temps et là, j'ai été projetée en arrière, je n'ai pas compris ce qui m'arrivait. C'était si rapide, j'étais interloquée. Deux hommes se sont engouffrés dans la salle d'attente, l'un d'entre eux avait une arme. Il m'a menacé, il voulait de l'argent ou des médicaments. Je ne sais pas ce qui m'est passé par la tête pris mais je n'y ai pas cru ! J'avais l'impression de voir mon père menacer ma mère, pour moi c'était irréel. Je n'avais qu'une envie, c'était de partir, je lui ai dit qu'il fallait vraiment être débile pour braquer un médecin d'un quartier populaire qui recevait des patients qui avaient la CMU et qu'il se trompait, c'était dans une pharmacie qu'il allait trouver des médicaments ! Je pense *a posteriori* que mon état de détresse depuis quelques mois était tel que j'étais incapable de mesurer vraiment les conséquences de mes propos. Toujours est-il qu'il a pointé son arme sur moi, avec un rictus. Je ne voyais pas son visage parce qu'il avait une cagoule, mais son rictus est gravé dans ma mémoire : il revient sans arrêt, il tourne en boucle dans ma tête, m'empêche de dormir, me fait cauchemarder. Il m'a mis un coup de pistolet sur la tête, j'ai cru que mon visage allait éclater, puis un deuxième, je suis tombée sur le sol. Ensuite, je ne me souviens plus de rien. »

« Je me suis réveillée, il était 20 heures, mon visage en sang, j'avais mal. Je suis allée dans mon bureau, péniblement. Les meubles étaient fracturés, ils avaient dû chercher s'il y avait des médicaments. Je n'ai pas retrouvé mon sac, ni mon ordinateur. J'ai retrouvé le téléphone. »

Aujourd'hui, Hélène ne « se sent pas en sécurité ». Travailler dans un cabinet en libéral, « c'est travailler dans un univers menaçant.

Si j'ouvre une porte, j'ai toujours peur de me faire agresser». Elle évoque que cet état s'est développé progressivement parce qu'elle a «accumulé du stress». Au début, elle «réussissait toujours à faire face à la détresse des autres» et elle arrivait «à garder [son] sang-froid» mais au cours des derniers mois, elle craquait parfois : «Il m'arrivait de pleurer, comme ça, sans raison apparente.»

«Quand vous enchaînez 30, voire 40 patients par demi-journée vous finissez par ne plus faire un travail de qualité. Ça devient de la robotisation, on devient des débiteurs de médicaments. Les patients ne sont pas satisfaits, le médecin n'est pas satisfait, personne n'est satisfait. C'est dans ces moments que j'avais le sentiment de ne servir à rien.» Hélène nous dira, par ailleurs, qu'elle ne s'investissait plus dans son travail comme par le passé en raison de cette impression d'inutilité.

Hélène ne veut désormais plus qu'une chose, «rester chez elle avec sa famille». Elle se sent lasse, fatiguée, vidée, n'a plus envie de voir un patient et se sent incompétente. La peur et l'anxiété dominent également le tableau clinique, constitué autour de reviviscences de la scène traumatique, d'évitement des lieux considérés comme menaçants et enfin par un état de torpeur. Elle n'évoque aucune pensée morbide, ne présente pas de trouble de la personnalité et d'addiction. Ce qui domine, c'est la peur, l'insécurité, les images intrusives de l'agresseur et surtout un sentiment d'incapacité à gérer une relation avec un patient. Elle donne comme objectif à la prise en charge psychologique «de comprendre ce qui lui arrive», «de mettre un nom sur sa souffrance» mais, au-delà de tout, «d'aller mieux».

• **Lien entre passé et présent : schémas de pensées et histoire actuelle de la souffrance**

De la violence qu'Hélène a subie, elle dira : «Elle me renvoie à celle exercée par mon père à l'encontre de ma mère.» En effet, la violence familiale dans laquelle elle a baigné l'amène à considérer l'expérience traumatisante actuelle comme similaire à celle vécue par sa mère durant son adolescence et dont elle était témoin. «Ce qui m'est arrivé ressemble en condensé à ce que ma mère a vécu.»

Elle est dans une situation congruente à celle qu'elle a vécue adolescente, puisqu'elle considère qu'elle n'est pas à l'abri de «personnes dangereuses», qu'elle ne peut «ni maîtriser, ni contrôler». Elle

se sent donc «vulnérable et faible». Son père ne pouvait ni être contrôlé, ni être maîtrisé, dans un environnement marqué par l'alcool.

Les schémas de *méfiance et abus, vulnérabilité, peur de perdre le contrôle* tels que les définit Young (Young et Klosko, 1993; Young et al., 2005) peuvent donc être repérés et interprétés à travers le discours d'Hélène. Ces schémas découlent premièrement d'un manque de sécurité comme la méfiance, et traduisent une appréhension permanente d'être meurtri, trompé, manipulé. On retrouve donc une hypervigilance ou hyperréactivité dans l'attente de toute menace venant d'autrui. Ils sont la conséquence des scènes de violence conjugales auxquelles Hélène a assisté lorsqu'elle était adolescente. Ces schémas sont réactivés après l'agression, qui est un incident critique, c'est-à-dire une situation congruente à celles vécues à l'adolescence et qui en réactive les schémas de pensée. Le passé est clairement revenu à la porte du présent.

Pendant longtemps, Hélène a compensé ses schémas de pensée *méfiance et abus, vulnérabilité, peur de perdre le contrôle* par un sur-contrôle de toutes les situations, qu'elles soient familiales ou professionnelles, et par une forme de perfectionnisme.

• Clinique objectivante d'une souffrance

Le burnout. L'inventaire de burnout de Maslach nous indique la présence d'un épuisement émotionnel et d'un désinvestissement très importants (voir figure 2.6). Le sentiment d'efficacité personnelle, quant à lui, est faible, légèrement inférieur à la note seuil. Les scores sont respectivement de 42 pour l'épuisement émotionnel, de 23 pour le désinvestissement et de 29 pour l'efficacité personnelle. Le burnout pathologique ou trouble de burnout qui s'exprime subjectivement dans les entretiens cliniques et donc étayé par un outil objectivant.

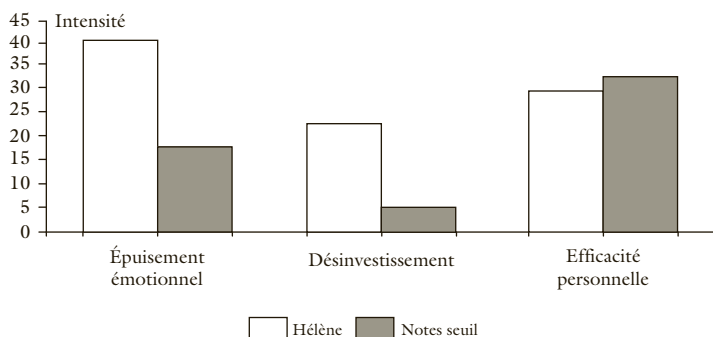


Figure 2.6 – Niveaux de burnout d'Hélène.

Stress traumatique. En ce qui concerne l'échelle d'impact des événements révisée, les scores d'Hélène sont de 62 pour le total de stress traumatique, de 20 pour l'hyperréactivité, de 30 pour l'intrusion et enfin de 12 pour l'évitement (voir figure 2.7). Le score total de 62 est supérieur à 36, note seuil que l'on retrouve chez des patients rapportant un TSPT selon Brunet *et al.* (1998). Le traumatisme psychologique qui s'exprime subjectivement dans les entretiens cliniques à travers ses symptômes pathognomoniques est donc étayé par un outil objectivant. Hélène ayant vécu cet événement traumatogène il y a plus d'un mois, le diagnostic de TSPT est avéré.

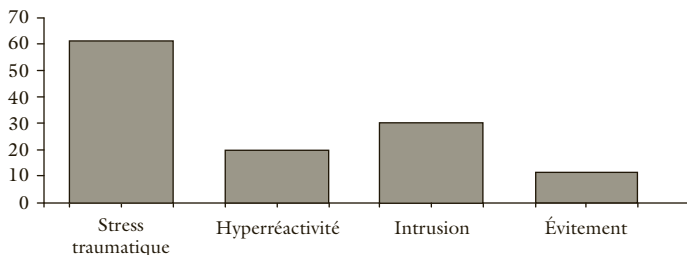


Figure 2.7 – Score d'Hélène à l'IES-R.

Finalement, nous avons demandé à Hélène de remplir la forme française de Collet et Cottraux (1986) du *Beck Depression Inventory*

short form (BDI, Inventaire de dépression, forme abrégée de Beck, Rial et Rickets, 1974). Il comporte 13 séries de 4 propositions, où le sujet doit coter la proposition qui décrit le mieux son état actuel. Notre patient obtient une note de 19/39, ce qui ne nous permet pas d'éliminer un épisode dépressif.

Analyse fonctionnelle. Le tableau clinique d'Hélène, à l'instar de François, est marqué par la symptomatologie du burnout pathologique et celle du TSPT. Ces deux troubles étant présents conjointement depuis plusieurs mois, on note la présence d'un épisode dépressif, souvent associé au burnout comme nous l'avons évoqué lors du chapitre 1, notamment en l'absence de traitement du burnout.

Le burnout se traduit par un sentiment général d'épuisement émotionnel ou de restriction de la gamme des affects et par une fatigue psychique. Ils sont la conséquence de la prise en charge des demandes chroniques des personnes en souffrance. Ils sont aussi liés aux confrontations et aux altercations de plus en plus nombreuses que vit Hélène en raison de l'installation progressive d'un désinvestissement de la relation et d'attitudes cyniques, voire méprisantes. Elle évoque son état de fatigue, de vulnérabilité et de stress comme conséquence de ses difficultés d'endormissement, qu'elle attribue à des ruminations relatives à l'absence de sa collègue en congé maternité et du nombre trop important de patients à traiter. Elle ressent par ailleurs une démotivation, se désinvestit des relations avec les autres et tente d'avoir des contacts de moins en moins longs avec ses patients. Ces derniers sont donc réifiés et alors qu'elle avait décidé de devenir médecin pour aider l'autre, par vocation, elle finit par ne plus pouvoir les supporter.

Elle devient également cynique sur son travail et l'utilité du médecin, perçu comme « un débiteur de médicaments ». Elle ressent une désillusion, elle est mal à l'aise et se sent inefficace. Cette symptomatologie clinique est clairement la conséquence des relations stressantes et chroniques dans son espace professionnel, il ne s'agit donc pas d'une forme de trouble anxieux généralisé. On pourrait aussi considérer qu'il s'agit d'un trouble de l'adaptation, mais Hélène n'a jamais présenté cet état dysphorique par le passé. Nous optons donc pour le diagnostic de burnout pathologique.

À ces symptômes, que nous avons identifiés comme un trouble de burnout, s'ajoute la symptomatologie du trouble de stress

post-traumatique. On retrouve sur le plan cognitif des intrusions d'images et de pensées relatives à la scène traumatique. Elle revit constamment les scènes ou les situations dans lesquelles elle se sentait à la merci des agresseurs et désormais tout patient lui apparaît comme dangereux. En conséquence, elle est hyper-tendue ou hyper-vigilante. Les émotions d'anxiété et de peur sont donc très présentes et exprimées de façon massive sur le plan corporel, sur l'attitude et le visage d'Hélène. Enfin, les évitements physiques ou psychiques s'organisent autour du retrait total de son espace professionnel.

Par ailleurs, comme François, Hélène exprime des cognitions d'impuissance et de désespoir. Celles-ci, par leur rigidité et leur durée, conduisent à un état dépressif qui nous semble la conséquence du burnout pathologique et de l'événement traumatogène.

L'analyse fonctionnelle que nous présentons ci-après donne une illustration synthétique de l'architecture de la souffrance d'Hélène (voir figure 2.8). Les évaluations cliniques que nous avons menées font apparaître des niveaux de burnout et de stress traumatique élevés.

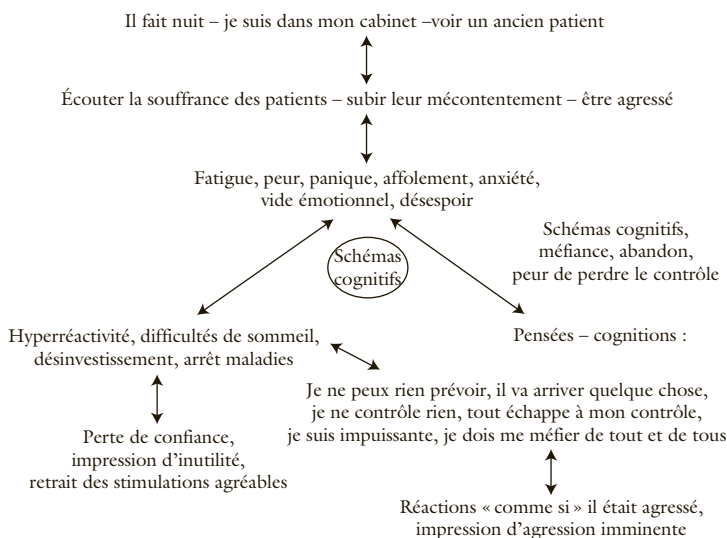


Figure 2.8 – Analyse fonctionnelle de la souffrance d'Hélène.

Sur le plan diagnostic, nous concluons donc à la présence concomitante d'un burnout pathologique et d'un TSPT. Ces deux troubles sont par ailleurs à l'origine de l'épisode dépressif.

3. Conclusion

Ces vignettes cliniques de François et Hélène illustrant une comorbidité TSPT-burnout pathologique posent de nombreuses questions en raison de la complexité du tableau clinique. Nous allons donc à présent nous intéresser aux aspects étiopathogéniques, c'est-à-dire à la manière dont on pourrait conceptualiser et expliquer l'apparition et le développement de ces deux troubles.

III. TSPT ET BURNOUT : COMMENT DÉFINIR LA COMPLEXITÉ D'UN TABLEAU CLINIQUE COMORBIDE ?

1. Un tableau clinique complexe

• « Les stress » : une base commune de ces deux troubles

Les vignettes cliniques de François et d'Hélène n'ont pas été choisies au hasard. En effet, elles se caractérisent non seulement par la présence conjointe de deux « troubles » sur le plan clinique, le trouble de burnout et le TSPT, mais aussi parce qu'elles illustrent leur base commune, c'est-à-dire « les stress ».

On retrouve ainsi l'expérience de « stress quotidiens » et chroniques qui trouvent leur expression dans les relations avec les personnes, ici des usagers ou des patients. François sait, avant de prendre sa fonction, qu'il sera confronté à des personnes en demande et qu'il pourra être confronté à des personnes qui ont des difficultés d'accès à la compréhension d'une démarche administrative, voire qui affichent du mépris pour les fonctionnaires. Hélène, en tant que médecin, a choisi un emploi dont la relation à l'autre, un autre souvent en souffrance et en attente de réponse, est l'élément prépondérant de son travail. François et Hélène savent également que leur fonction consistera à assurer une information et ont initialement à cœur de proposer aux usagers ou aux patients un suivi de la meilleure qualité possible.

Cependant, progressivement, les relations, les contacts avec les usagers-patients deviennent plus difficiles et stressants. En définitive,

chaque transaction, c'est-à-dire chaque relation d'échange spécifique entre le professionnel et les usagers, déborde leur capacité de faire face (en psychologie, on utilise le terme *coping*) et met en danger leur bien-être. Il s'agit donc initialement de stress défini comme une « transaction entre la personne et l'environnement que le sujet évalue comme débordant ses ressources et compromettant (mettant en danger) son bien-être » (Lazarus et Folkman, 1984).

Les relations sont donc subjectivement stressantes et l'accumulation de ces relations auxquelles ni François, ni Hélène, ni les autres patients présentant la même forme de souffrance que nous avons rencontrés, ne trouvent de solutions ou de *copings* adaptés. Cela génère un état de souffrance marquée, cette souffrance tirant son origine des situations relationnelles professionnelles chroniques et difficiles. Par la durée et l'intensité de la souffrance, on peut identifier cette expérience psychopathologique sous les termes de burnout ou de burnout pathologique. Il s'agit donc d'une pathologie du stress chronique et d'un véritable trouble sur le plan clinique.

Par ailleurs, les situations violentes, soudaines, traumatisantes vont déclencher un traumatisme psychologique. En effet, François, Hélène ou d'autres patients ne peuvent pas disposer de stratégies ou de ressources psychiques leur permettant de s'ajuster à ces événements qui, par leur intensité et leur soudaineté, provoquent un stress aigu. En effet, cette rencontre avec le réel de la mort, cette prise de conscience aiguë de possibilité de mourir, de la finitude inexorable de la vie, est une expérience qui laisse n'importe quelle personne sans défense. Ce stress aigu, se prolongeant, se développe sous la forme d'un état de stress aigu.

Il devient donc difficile d'exprimer sa détresse, ou d'être entendu dans sa souffrance. La peur de « contaminer sa famille » en parlant de son travail limite le soutien affectif, émotionnel et social. Les stress intenses et chroniques s'accumulent et deviennent de plus en plus prégnants sur le plan psychique. Les pensées intrusives sont de plus en plus importantes, les images de scènes violentes font irruption dans le psychisme. Elles provoquent des évitements, des ruminations et une hypervigilance-hyperréactivité tout au long de leur journée de travail. L'état de stress aigu évolue vers un trouble de stress post-traumatique.

On peut donc considérer que le trouble conjoint burnout pathologique-TSPT prend comme base commune deux formes de stress :

des stress relationnels chroniques et des stress aigus violents. Il s'exprime cliniquement par une souffrance massive, une restriction de la gamme des émotions autour de la peur et de la tristesse, un épuisement émotionnel, un désinvestissement des relations à autrui, des reviviscences de scènes traumatiques dont les patients tentent de se protéger par des évitements comportementaux et psychiques, une hyperréactivité du corps et une sensation de fatigue mentale.

- **Point de vue psychopathologique :**

- dépression, anxiété généralisée, un trouble anxio-dépressif ?**

Nous avons déjà évoqué le diagnostic de trouble de l'adaptation, non spécifié ou d'inhibition au travail (Bibeau, 1985 ; Coté *et al.*, 2005 ; Larouche, 1985) posé lorsqu'un patient présente ce que nous appelons désormais un burnout pathologique. Le diagnostic se complique également avec la présence d'un large éventail de symptômes lorsque trouble de burnout et TSPT sont présents simultanément. Parmi ceux-ci, ce sont les pensées d'impuissance et de désespoir, l'épuisement émotionnel et l'anxiété qui amènent des confusions diagnostiques.

En effet, il n'est pas étonnant que des cognitions dépressives (pensées d'impuissance et de désespoir – Beck *et al.*, 1979), parce qu'elles se manifestent dans le discours des patients, soient mises au premier plan par les cliniciens qui optent alors pour le diagnostic de trouble de l'humeur de type dépressif (APA, 2003 ; OMS, 1992). Initialement, il ne s'agit pas pour autant d'une dépression, mais bien d'une conséquence de stress chroniques et aigus, violents et réguliers, auxquels les patients ne peuvent plus se soustraire dans le cadre de leur relation au travail. Plus particulièrement, on n'observe pas de ralentissement psychomoteur, de sentiments de culpabilité hypertrophiés injustifiés, d'humeur dépressive ni d'idées morbides, ensemble de symptômes pathognomoniques (c'est-à-dire qui marquent spécifiquement) de la dépression.

L'intérêt majeur de l'identification diagnostique réside dans la prise en charge psychothérapeutique, différente dans notre cas d'un épisode dépressif. En effet, il sera nécessaire de travailler sur un ensemble beaucoup plus large de dimensions chez ces patients, qui vont avoir tendance à s'isoler et à tenter d'éviter tout contact en raison de leur peur d'être agressés. L'humeur dépressive peut en outre être une conséquence des deux troubles liés au stress.

Par ailleurs, la généralisation de la peur comme conséquence de l'interprétation menaçante de l'environnement peut faire penser à une forme d'anxiété généralisée. Or, la symptomatologie s'exprime en raison d'un environnement précis avec des relations particulières. Les symptômes anxieux débordent rarement la sphère relationnelle pathogène, les patients ne présentant pas une anxiété massive dans d'autres milieux. L'hypothèse d'un trouble anxieux généralisé peut donc être rejetée.

Enfin, la présence d'anxiété et d'une humeur dépressive conduit parfois au diagnostic d'épisode anxio-dépressif. Or, si des symptômes indéniables d'anxiété et de dépression sont présents, ils sont une conséquence du burnout *et* du traumatisme psychologique. Là encore, la possibilité de distinguer finement le diagnostic permettra de proposer la prise en charge psychothérapique la plus adaptée. Nous le verrons au cours du chapitre 3, et nous insistons sur ce point, les psychothérapies du traumatisme psychologique ou du burnout pathologique sont différentes. Elles sont également différentes de la psychothérapie conjointe du burnout pathologique-TSPT.

2. Burnout pathologique, TSPT et trouble conjoint de burnout et de TSPT : un développement progressif ?

Il semble que le burnout pathologique s'installe progressivement et joue un rôle dans l'apparition du trouble de stress post-traumatique (Boudoukha, 2006). En effet, l'analyse du discours des patients met en évidence un enchaînement temporel entre le burnout clinique et les troubles de stress traumatique.

Les usagers (clients, patients, etc.) ne sont pas d'emblée considérés comme des personnes menaçantes ou dangereuses. Ce sont les relations chroniques qui nécessitent pour les patients d'investir du temps, d'affronter des regards méprisants voire hostiles, des comportements passivement agressifs, qui vont produire un état d'épuisement émotionnel et de fatigue chez les professionnels (Boudoukha, Hautekeete et Groux, 2004).

Cet état n'est pas exprimé parce que banalisé dans un milieu professionnel dans lequel le professionnel compétent se définit par sa capacité à tout gérer et à être en capacité de « cadrer », de « canaliser » les usagers, patients, clients... Une fragilité est non seulement vécue comme une faiblesse mais parfois aussi comme une forme de

discrédit aux yeux des collègues. Le désinvestissement de la relation à autrui pourrait donc être considéré comme un mécanisme de défense ou une stratégie de *coping* : il aurait comme rôle l'évitement des relations trop envahissantes, difficiles et éprouvantes.

Cette idée d'une dynamique du burnout ou d'une interaction entre les différentes dimensions est intéressante, puisqu'elle permet de comprendre que les différentes dimensions du burnout vont « s'auto-entretenir ». Cependant, il n'est pas possible de postuler un ordre à la séquence. On ne peut pas affirmer que Le burnout s'installe par un épuisement émotionnel puis un désinvestissement de la relation à l'autre et enfin un sentiment d'inefficacité personnelle. *A contrario*, on peut aisément relier les effets que chaque dimension va avoir sur l'autre, selon une spirale descendante. De sorte que l'épuisement émotionnel va potentialiser le désinvestissement et le sentiment d'inefficacité, qui eux-mêmes potentialisent l'épuisement émotionnel. En l'absence de modification spontanée de la relation à autrui ou de prise en charge psychothérapique, le burnout se maintient. Il devient de plus en plus intense et va fragiliser, rendre plus vulnérable le sujet sur le plan psychique : des expériences de vie difficiles qu'il aurait pu gérer psychiquement en l'absence de burnout auront un retentissement psychopathologique.

En effet, le burnout, notamment pathologique, a des conséquences sur la manière dont les patients vont affronter les événements traumatisants et s'y adapter. En effet, un ensemble de symptômes physiques et psychiques accompagnent le burnout, notamment une irritabilité, une impatience, des difficultés d'endormissement, un sentiment d'absence d'énergie ou de ressources, des symptômes dysphoriques et une réification des personnes. Cette symptomatologie s'exprime dans les relations avec les usagers : les personnes qui rapportent un burnout pathologique sont plus tendues, moins patientes, plus énervées et moins disponibles en cas de problèmes des usagers ou des personnes avec lesquelles elles vivent (conjoint [e], compagne-compagnons, enfant [s], etc.).

Les personnes en burnout interagissent donc de manière particulière avec cet « autre ». Ce dernier, en retour, est plus en demande. Or, devant l'évitement ou le désinvestissement de la relation, l'usager-patient (ou les personnes de la sphère personnelle) peut réagir de manière agressive, voire violente. On aboutit donc à une spirale ou à une véritable escalade en intensité de la tension des rapports

interpersonnels qui peut aboutir à des agressions verbales, voire physiques. Le sujet souffrant d'un burnout pathologique n'aurait donc plus la capacité de gérer psychiquement l'événement et serait débordé par la violence. Cette fragilité psychique consécutive du burnout pathologique empêche toute intégration de l'expérience traumatogène. L'impact de l'événement est donc ressenti subjectivement de manière plus intense. Le trauma se développerait donc plus facilement, d'abord par la présence d'images dont le sujet ne pourrait plus se défendre puis par un sentiment de vulnérabilité et de fragilité devant les menaces. Enfin, l'autre serait perçu comme menaçant, puis la sphère relationnelle dans son ensemble.

On peut donc considérer le burnout pathologique comme un facteur de vulnérabilité devant l'expression d'un trouble de stress post-traumatique et, dans certains cas, comme un facteur déclenchant de l'événement traumatogène. En effet, il nous semble qu'il augmente la probabilité d'être agressé et que le retentissement de cette agression a lieu chez une personne fragilisée par le burnout. En retour, le traumatisme psychologique pourrait agir dans le maintien du burnout pathologique. En effet, le fait de présenter des symptômes d'hyperréactivité, d'intrusion et d'évitement pourrait augmenter l'épuisement émotionnel, le désinvestissement et le sentiment d'inefficacité. Les sujets, pour se protéger, choisiraient alors de diminuer ou d'éviter les relations avec les usagers-patients (ou personnes de la sphère personnelle), maintenant par là même le burnout pathologique.

Les sujets présentent alors un trouble conjoint de burnout et de stress post-traumatique (voir figure 2.9).

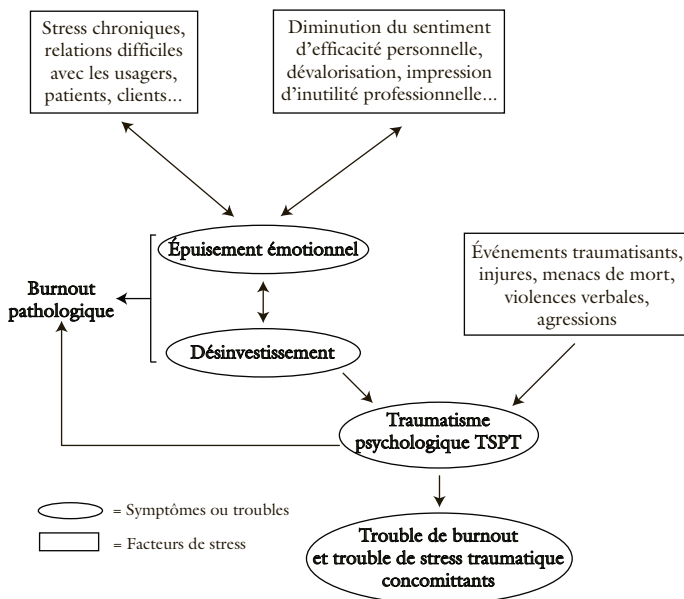


Figure 2.9 – Développement progressif: burnout pathologique, TSPT et troubles conjoints de burnout et de stress post-traumatique.

3. Une activation des schémas cognitifs favorisée par ces deux troubles du stress ?

L'analyse du discours des patients fait apparaître des liens entre les événements passés et les événements présents. En effet, presque spontanément, leur souffrance actuelle les renvoie à des expériences passées. On reconnaît en filigrane le fonctionnement des schémas cognitifs qui – sur le plan mnésique – vont filtrer les informations nouvelles de manière à confirmer la vision préexistante du monde, de soi et des autres (Brewer et Nakamura, 1984). Le passé affecte donc le présent et le futur de nos patients au moyen de l'expression de l'activation de leurs schémas cognitifs (Neisser, 1976), et la signification du présent est organisée en congruence avec celle du passé (Taylor et Crocker, 1981).

François et Hélène, comme d'autres patients que nous avons reçus, mettent en relation des événements ou des scènes difficiles, stressant(e)s, voire traumatiques vécu(e)s dans leur travail et ceux ou celles qu'ils ont expérimenté(e)s durant leur enfance et leur adolescence. Il s'agit donc de schémas précoces qui se sont construits et qui sont réactivés à l'âge adulte parce que nos patients sont dans un environnement partageant des similitudes avec celui dans lequel ils ont vécu enfants. On reconnaît les schémas précoces inadaptés ou *early maladapted schemas* qui sont activés lors d'incidents critiques (Young et Klosko, 1993).

Ainsi, chez François qui a expérimenté des expériences précoces de violences physiques et psychologiques, les schémas sont activés lorsqu'il perçoit des cris ou des hausses de ton. Ce type de situation peut être considérée comme un incident critique pour ce patient. Pour d'autres patients, il peut s'agir de conflits ou de violences qui les renvoient immédiatement à ceux vécus par ou observés chez leurs parents. La présence d'un grand nombre de situations de travail ou plus précisément d'incidents critiques dans leur environnement professionnel favorise ou amorce l'activation de leurs schémas cognitifs. Le burnout pathologique et le traumatisme psychologique vont donc favoriser l'activation de leurs schémas.

Face à ces incidents critiques, nos patients vont ressentir les mêmes émotions et les mêmes pensées que celles qu'ils éprouvaient lorsqu'ils étaient enfants ou adolescents. Ils vont par ailleurs manifester une détresse psychologique et un sentiment d'impuissance comme lorsqu'ils étaient plus jeunes. À leur tour, les schémas cognitifs vont donc renforcer et maintenir la symptomatologie du burnout pathologique et du TSPT.

Il est donc possible pour le clinicien d'identifier les schémas et, dans notre cas, les schémas de méfiance, comme la peur de perdre le contrôle, l'abandon et la vulnérabilité sont les plus exprimés par François. Les deux premiers, la méfiance et la peur de perdre le contrôle, nous semblent symptomatiques de la vision traumatique de l'environnement de travail : « Il est sur ses gardes parce les usagers sont potentiellement dangereux. » Ils font écho à l'univers chaotique dans lequel le patient a vécu enfant. Ils renforcent donc sa vision du monde, de lui-même et d'autrui, de sorte que le burnout dysfonctionnel et le trouble de stress traumatique se chronicisent.

IV. CONCLUSION

Cette observation clinique apporte des informations complémentaires sur l'expression du burnout clinique et son lien avec les troubles de stress traumatique. On peut notamment retenir que les symptômes du burnout et les troubles de stress traumatique sont intriqués et partagent une base commune. Par ailleurs, leur étude clinique et conjointe nous amène à identifier l'activité des schémas cognitifs. Nous pensons qu'une fois activés, les schémas interviennent dans le maintien des deux troubles de stress, en provoquant des biais de traitement des informations congruentes.

D'autres questions restent toutefois en suspens, il est donc nécessaire de continuer les investigations. Elles viseront d'une part à mieux formaliser les facteurs qui affectent la production du burnout et des troubles de stress tant séparément que concomitamment. D'autre part, d'autres expérimentations permettront de mieux étudier le lien entre l'activation des schémas cognitifs et le développement d'un burnout ou d'un trouble de stress traumatique.

Au-delà des études nécessaires, la question qui se pose au clinicien lors de sa rencontre avec des personnes en souffrance est très simple : comment aider au mieux ces patients dont la souffrance est massive ? C'est le volet psychothérapique, particulièrement important, que nous allons à présent aborder.

Chapitre 3

Approches thérapeutiques du burnout pathologique et/ou du traumatisme psychologique (TSPT) : comment prendre en charge les patients en souffrance ?

La souffrance clinique des personnes qui vivent une expérience de burnout ou de traumatisme psychologique interroge tant le praticien que le chercheur. En effet, une personne qui souffre d'un burnout pathologique comme Sarah (voir chapitre 1), d'un traumatisme psychologique (trouble de stress post-traumatique – TSPT) comme Pierre (voir chapitre 1) ou encore de la présence conjointe d'un traumatisme psychologique et d'un burnout pathologique comme François ou Hélène (voir chapitre 2) demande avant tout une aide psychologique. Au-delà de la souffrance, c'est également une interrogation sur une expérience étrangère au fonctionnement habituel qui est vécue par nos patients. Cette expérience est étrangère en ce sens que jusqu'alors, jamais ils n'ont soupçonné qu'un jour ils pourraient présenter un épisode de souffrance mentale aussi massif. Pour certains d'entre eux comme Sarah, l'expérience en tant que thérapeute lui donnait le sentiment d'une forme d'« immunisation » de toute expérience de détresse mentale.

Or, le burnout pathologique s'insinue lentement dans le psychisme à travers la masse de stress chroniques et relationnels, notamment dans le champ professionnel même s'il ne s'y réduit pas. Il s'agit de micro-événements stressants, désagréables, aversifs qui isolément ne posent pas de dilemme et sont souvent banalisés. Ils sont d'ailleurs souvent considérés comme inhérents à la vie en société puisqu'ils possèdent leurs caractéristiques communes dans la sphère relationnelle. En effet, la valence de la relation à autrui, c'est-à-dire la valeur positive

ou négative que la personne attribue subjectivement aux relations à autrui, est le marqueur significatif du burnout. C'est clairement une valence négative de la relation qui est en cause dans le burnout ; en d'autres termes, plus la relation aux autres est considérée comme stressante, difficile, coûteuse en énergie, pauvre en retours positifs, plus le burnout risque de se développer (Boudoukha et Hautekeete, 2007). Une absence chronique de gratification de ses collègues ou des membres de sa famille, un sentiment constant d'être utilisé ou de n'être qu'un objet, une impression de ne pas être écouté, entendu, voire d'être méprisé... Toutes ces micro-situations répétées tous les jours, ressassées, ruminées, vont créer un épuisement émotionnel, une fatigue psychique ou un gel des émotions. Souvent mis de côté, attribué à un surmenage ou un coup de « cafard », cet épuisement émotionnel, parce qu'il n'est pas identifié et parce que les stress relationnels chroniques se prolongent, mène à une déconsidération de soi, de son efficacité personnelle, à des attitudes cyniques et à un désinvestissement de la relation à l'autre.

Une image rendant compte du burnout pourrait être celle d'une petite pioche qui frappe contre un mur en béton. Le mur est solide, mais l'action répétée des coups de cette petite pioche va provoquer une fissure, puis un trou qui va s'étendre inexorablement. Le mur autrefois solide va s'effriter. Le temps est donc propice au développement du burnout, car la fragilisation, la « vulnérabilisation » laissent peu d'énergie au psychisme, qui risque alors à tout moment de s'effondrer. L'état psychique est ainsi gravement en détresse. Pourtant, l'un des constats que l'on peut faire concernant la prise en charge des personnes qui rapportent un burnout pathologique est déconcertant : on observe très peu de recherches ou de propositions d'accompagnement psychothérapeutiques. La première partie de ce chapitre concernera donc la question de la psychothérapie du burnout pathologique.

De son côté comme nous l'avons vu, le traumatisme psychologique (TSPT) est très dépendant du vécu, direct (être personnellement impliqué) ou indirect (être témoin), d'un événement traumatogène, événements particulièrement fréquents dans notre société. Il va faire irruption et causer une « effraction » dans le psychisme. Les scènes traumatiques vont être constamment revécues, les situations rappelant l'événement évitées et la réactivité du corps exacerbée.

On pourrait utiliser, comme métaphore, l'éclat sur une vitre provoqué par un projectile causant une large fissure menaçant à tout

moment la vitre de se briser. La douleur, l'inquiétude, l'anxiété, la peur, l'angoisse, l'incompréhension, l'insécurité, la vulnérabilité, la fragilité, etc., voilà autant de symptômes qui peuvent caractériser les personnes qui font l'expérience d'un traumatisme psychologique (TSPT). Devant les ravages psychologiques, voire psychosociaux, de nombreux cliniciens et chercheurs se sont penchés sur la prise en charge de ces patients. La deuxième partie de ce chapitre sera donc consacrée à la prise en charge individuelle de patients souffrant d'un traumatisme psychologique.

Que se passe-t-il lorsqu'un sujet rapporte conjointement un traumatisme psychologique et un burnout pathologique ? Cette question pourrait paraître inopportune, voire inutile, car ce phénomène n'est pas encore clairement identifié. Or, comme nous l'avons évoqué dans les chapitres précédents, notre société nous confronte de plus en plus à toute une somme d'événements, souvent stressants et pour certains potentiellement traumatogènes. Sans vouloir dépeindre un monde insécurisant, force est de constater que la confrontation indirecte et dans une moindre mesure directe à des situations traumatogènes est particulièrement fréquente. Bien entendu, s'il s'agit d'une condition *sine qua non* d'un traumatisme psychologique, elle n'est heureusement pas suffisante *per se*. Par ailleurs, l'évolution des rapports relationnels (de la sphère professionnelle ou personnelle), la confusion entre émulation et compétitivité, la réification de l'autre, l'individualisme, pour ne citer que quelque travers, génèrent progressivement des souffrances qui, par leur accumulation au cours du temps, deviennent insupportables.

Pour reprendre nos métaphores, le monde moderne, par les situations de stress chroniques et sournois, mais également les violences d'une rare intensité auxquels il confronte l'être humain, pourrait agir, dans certains cas, à la fois comme cette petite pioche qui martèle un mur en béton qui devient de moins en moins solide et ce projectile lancé qui va fissurer ce mur. L'action conjointe de la pioche et du projectile nous semble un exemple particulièrement saisissant de l'action des stress chroniques et aigus exercé sur le psychisme humain. Une fois atteint, le psychisme est dans un état de fragilité tel qu'il ne peut, sans aide, se « réparer ». Une aide psychothérapique nous semble donc à la fois nécessaire et urgente. Ce point fera l'objet de la troisième partie de ce chapitre. Nous proposerons des pistes

psychothérapiques pour aider les patients qui présentent conjointement un burnout pathologique et un traumatisme psychologique.

I. LA PSYCHOTHÉRAPIE DU BURNOUT PATHOLOGIQUE

Aborder la thérapie du burnout pathologique s'avère à la fois une nécessité mais également un problème épineux. Pourquoi un problème épineux ? Avant tout parce que, si le burnout se développe en raison de relations chroniques et stressantes, lorsqu'il se développe dans une structure (professionnelle, familiale, communauté, etc.), la responsabilité de cette structure, plus particulièrement quand il s'agit d'une entreprise, nous semble engagée.

C'est le cas, pour ne citer que quelques exemples des travaux de la psychologie sociale et du travail, de la charge de travail, des modes de management de « mise sous pression des employés », de « mise en compétition acharnée », « de minutage rigide », des organisations « paternalistes », « floues », des modes de communication « dysfonctionnelle » où « celui qui a la main sur l'information la garde pour saboter le travail de l'autre », des conflits de rôle, des profils de poste opaques, etc.

On pourrait, dans la même veine, faire le parallèle avec des structures familiales pathologiques, rigides, floues qui épuisent les membres progressivement les amenant à développer un burnout. Or, nous allons proposer les bases d'une prise en charge psychothérapique individuelle. Cela ne signifie en aucun cas que cela dédouane l'entreprise ou la structure familiale de la responsabilité qui leur incombe dans le maintien de situations qui nourrissent le burnout.

Cependant, c'est avant tout à un niveau individuel que se fonde la relation clinique qui va s'opérer entre le psychothérapeute (psychologue ou médecin-psychiatre) et le patient en souffrance. La demande de ce dernier étant avant tout d'ordre personnel : « Je veux aller mieux. » Ceci dit, le thérapeute gardera à l'esprit les facteurs relatifs au travail et à l'organisation de l'entreprise car ils jouent un rôle important dans cette souffrance.

Au regard de cette analyse des données scientifiques et des prises en charge psychothérapiques que nous menons, il nous semble que la thérapie individuelle du burnout doit porter, au minimum, sur deux aspects. Le premier concerne la dimension « stress chronique » par le

biais du travail psychologique sur les situations de stress chroniques que nous présenterons dans un premier temps. Le second concerne le domaine de l'assertivité ou affirmation de soi, que nous allons définir et présenter dans un deuxième temps.

1. La thérapie des pensées: adopter un regard nouveau sur ses événements de vie

L'objectif central de la thérapie concernera la mise en critique et l'assouplissement des pensées et des processus de pensée qui donnent lieu au développement-maintien du burnout pathologique à travers l'épuisement ou la restriction de la gamme des émotions, le sentiment d'inefficacité personnelle et relationnelle ou encore le désinvestissement de la relation à l'autre. La thérapie amènera également une discussion sur les modalités de la relation à l'autre. Cependant, le travail sur la relation à autrui sera au cœur de la thérapie d'affirmation de soi, c'est pourquoi nous l'aborderons plus en détail plus tard.

• Pourquoi amener une mise en critique des pensées et processus de pensée chez les personnes qui souffrent d'un burnout ?

Il est important de revenir à présent sur les conséquences psychiques du stress, et du stress chronique et relationnel plus particulièrement. Ainsi que le rappelle Beck (1984), la chronicité du stress va modifier voire interrompre la fluidité et le débit de la pensée habituellement adaptée aux situations. Tout un ensemble de symptômes mentaux-cognitifs vont voir le jour: une préoccupation de la pensée (ce sont les ruminations par exemple), la persistance sur certains sujets (en général la fatigue mentale, le désinvestissement des autres), des difficultés de concentration, des oublis, les pertes de mémoire... Autant de symptômes qui traduisent une perte progressive du contrôle de la volonté sur les processus de pensée. Cette perturbation des fonctions mentales-cognitives nous semble particulièrement saillante et problématique dans l'apparition du burnout car elle va grever l'objectivité et la capacité à tester la réalité. En conséquence, en perdant son « objectivité », le sujet souffrant d'un burnout pathologique perd progressivement sa capacité à critiquer la réalité, c'est-à-dire à mettre en perspective des événements de vie du quotidien et à prendre du recul vis-à-vis d'eux.

Les personnes en burnout pathologique sont donc enclines à des jugements extrêmes, catégoriques, unipolaires et globaux. Par exemple, Hélène considérera que «les patients ne sont jamais contents et qu'ils ne viennent pas pour de vrais problèmes de santé», François que «les usagers ne comprennent rien ou qu'ils font exprès de ne rien comprendre» ou encore Sarah que «les familles maltraitées ne veulent pas sortir de la spirale de la maltraitance». Par ailleurs, elles tendent à personnifier des événements qui ne leur sont pas destinés et à interpréter leurs expériences de manière catégorique, globale et absolue. François dira que «les usagers font exprès de mal remplir les dossiers pour [qu'il] le fasse à leur place». Ces «fausses» interprétations de la réalité sont identifiables au travers de la variété de ce que l'on nomme des distorsions cognitives, qui ont été décrites dans la littérature psychanalytique sous le concept de «processus primaires de pensée». On retrouve parmi les distorsions de la pensée la polarisation, l'abstraction sélective, la sur-généralisation et l'inférence arbitraire. Nous les aborderons plus en détail lorsque nous présenterons le travail du thérapeute auprès de patients en burnout.

Par ailleurs, notre psychisme est à la base de la mise en œuvre de nos pensées, comportements et émotions. Avec l'accumulation des stress chroniques relationnels menant au développement du burnout, les pulsions, envies, désirs, etc., tendent à être plus extrêmes et les mécanismes de contrôle montrent alors un caractère dichotomique, c'est-à-dire qui se divise en deux. À mesure que les capacités mentales-cognitives sont altérées, la mobilisation de l'inclination comportementale ou de l'agir se détériore dans un choix entre une perte de contrôle et une inhibition importante. Pour illustrer la perte totale de contrôle, Sarah (voir chapitre 1) évoque le sentiment étranger que font naître en elle les propos qu'elle a pu tenir à des familles en souffrance, cette réaction d'hostilité rend compte d'un contrôle réduit des impulsions. En ce qui concerne François, c'est l'inhibition des actions constructives qui montre une atténuation de son contrôle sur ses impulsions. Au fur et à mesure du temps passé, il a de moins en moins envie de faire un travail de qualité.

Un autre corollaire du burnout réside dans la diminution relative de ce qui a été décrit dans la littérature psychanalytique comme les «processus de pensée secondaire». Ainsi, les personnes souffrant de burnout perdent, à plusieurs degrés, la capacité de noter objecti-

vement leurs « pensées automatiques » (cognitions), pour les tester et les ajuster à la réalité. Par ailleurs, les cognitions idiosyncrasiques, c'est-à-dire les pensées singulières et spécifiques des sujets, sont souvent si intenses qu'elles ne permettent plus aux sujets de « couper » avec leurs problèmes et qu'elles empêchent toute réorientation de leur attention vers d'autres sujets. En conséquence, l'épuisement psychique ressenti, évoqué par le « vide émotionnel », s'auto-alimente en permanence. Sans aide, le burnout pathologique s'auto-entretient.

• **Comment le psychothérapeute peut-il intervenir auprès de patients en burnout ?**

Parmi nos lecteurs, nous informons les psychologues et médecins psychiatres qui désirent recevoir des patients souffrant d'un burnout que cette partie n'est pas un manuel clé-en-main pour « soigner » le burnout. Il s'agit plutôt, au regard des connaissances scientifiques et cliniques, de présenter les dimensions sur lesquelles le psychothérapeute devra travailler pour aider au mieux son patient.

Alliance thérapeutique et analyse fonctionnelle. La rencontre du thérapeute et du patient, parce que le premier est détenteur d'un savoir et le second fragilisé par sa souffrance, s'instaure sur une relation asymétrique. Cette dimension paradoxale de la thérapie doit être équilibrée par le thérapeute qui, en nouant une relation d'authenticité, doit amener le patient à devenir acteur de son devenir et de la thérapie. Pour cela, le thérapeute rappellera que s'il est détenteur d'un savoir sur la souffrance mentale, le patient est détenteur du savoir sur sa souffrance. Sur cette relation qui se noue, le thérapeute pourra travailler sur la singularité du patient, avec le patient. Ensemble vont être définis les objectifs (quelle est la demande ?) et la démarche de la thérapie (comment allons-nous travailler ensemble ?). La relation clinique se construira et s'élaborera donc tout au long de la thérapie, garante de l'investissement du patient dans son évolution psychique.

Par-delà l'alliance thérapeutique, l'un des premiers temps de la thérapie consistera en l'analyse fonctionnelle de la souffrance du patient (pour plus de détails, voir chapitre 2). On peut résumer autour de trois étapes la mise en œuvre de l'analyse fonctionnelle :

- **Appréhension clinique «subjectivante»** de l'état psychologique du patient au travers des entretiens cliniques.
- **Appréhension clinique «objectivante»** par le biais d'outils psychométriques (MBI, etc.), ou d'échelles (grilles SECCA, BASIC ID, etc.).
- **Clarification** : quels sont les éléments de souffrance ? Quelle est leur dynamique ? Quelles sont les réactions du patient devant les éléments stressants de son quotidien ?

Lorsque l'hyperréactivité du corps est patente, ce qui est souvent le cas chez les personnes en burnout, la mise en place de techniques de relaxation ou l'orientation vers un psychothérapeute formé à la relaxation nous semblent très importantes. En effet, avec la diminution des symptômes physiologiques, un accès aux éléments psychiques est facilité.

Prendre du recul sur sa détresse, regarder d'un œil nouveau les relations interpersonnelles, adopter une manière de vivre moins stressante. Comme l'énonce Epictète, «Ce qui trouble les hommes, ce ne sont pas les choses, mais les opinions qu'ils en ont. Par exemple, la mort n'est point un mal, car, si elle en était un, elle aurait paru telle à Socrate ; mais l'opinion qu'on a que la mort est un mal, voilà le mal. Lors donc que nous sommes contrariés, troublés ou tristes, n'en accusons point d'autres que nous-mêmes, c'est-à-dire nos opinions [...]».

C'est donc sur la manière dont le patient se représente subjectivement son rapport aux autres que notre travail de clinicien va prendre tout son sens. Il nécessitera dans un premier temps de lui permettre de prendre conscience de ses pensées automatiques-inconscientes. Elles se produisent instantanément sans que le sujet ne les contrôle. Le psychothérapeute les repérera au fur et à mesure du discours du patient pendant les entretiens. Pour permettre une prise de conscience chez le patient de ses pensées automatiques-inconscientes, le clinicien pourra :

- Demander des précisions au patient sur ce qu'il pense à l'évocation de certaines situations importantes dans la souffrance. Par exemple à Hélène évoquant des difficultés avec certains patients : «Je remarque que vous ressentez beaucoup d'hostilité lorsqu'un patient n'est pas satisfait de votre prise en charge. Pouvez-vous me

décrire ce que vous pensez, les idées qui vous viennent à l'esprit lorsque vous êtes confrontée à cette situation ? »

– Élaborer éventuellement une grille d'identification des pensées automatiques à la suite des entretiens avec le patient. Elle sera proposée au patient à qui on demandera de la remplir (voir tableau 3.1).

Tableau 3.1 – Grille d'identification des pensées automatiques.

Quelles sont les situations qui me mettent en souffrance ?	Qu'est-ce que je ressens ?	Quelles sont les pensées qui me viennent à l'esprit ?
C'est la fin de l'après-midi, je dois voir une famille dont le mari a été incarcéré à la suite de violences à l'encontre de son épouse.	Anxiété Abattement Colère	« Décidément, le monde est malveillant » « Je suis incapable d'écouter cette souffrance ».
Un usager vient pour la énième fois avec un dossier mal constitué où il manque des pièces.	Énervement Colère Lassitude...	« Il me prend pour un imbécile » « Il le fait exprès » « Tout le monde essaie de m'utiliser »...

Plus particulièrement, il s'agit ici de mettre au jour les manières erronées du raisonnement habituel du patient. Notre objectif de thérapeute consiste à identifier (1) les distorsions cognitives-processus secondaires de pensée du patient et (2) de les soumettre à une critique objective. Les distorsions les plus souvent répertoriées sont l'inférence arbitraire (tirer des conclusions sans preuve), l'abstraction sélective (ne prendre en compte qu'un élément d'une situation), la généralisation (généraliser une situation à toutes les autres), la personnalisation (surévaluer le lien existant entre l'événement et soi-même), le raisonnement dichotomique (c'est tout ou rien, blanc ou noir), ou encore la maximalisation des aspects négatifs et la minimisation des aspects positifs.

Pour permettre au patient de prendre de la distance avec ses pensées automatiques pathogènes, le clinicien va adopter une démarche socratique de remise en cause des pensées ou croyances dysfonctionnelles (voir chapitre 2). Il va, non pas conseiller le patient ou lui donner des réponses, mais l'amener à se poser de bonnes questions. Par exemple, à François, qui considère qu'un usager qui revient avec un dossier mal rempli « le fait exprès », nous demandions : « Quelles

sont les preuves en faveur de ce que vous pensez? Est-il possible d'expliquer autrement l'attitude de l'usager?» Il s'agit donc d'un travail de mise en hypothèses et d'assouplissement, c'est-à-dire de prise de distance des pensées automatiques-inconscientes pathogènes par l'intermédiaire de l'élaboration de pensées alternatives.

*Tableau 3.2 – Mise en hypothèse
des pensées pathogènes automatiques-inconscientes.*

Situations	Pensée automatique	Émotions générées et intensité (0 à 10)	Pensées alternatives et degré de croyance en %	Conséquences des nouvelles pensées et/ou comportement
Hélène : « Certains patients ne veulent pas prendre des médicaments alors que ça les aiderait... »	« Ils le font exprès », « Ils le font pour m'énervier ».	Anxiété 6 Colère 9	« Ils ont le droit de ne pas vouloir de médicaments » (20 %) « S'ils ne prennent pas de médicaments, il n'y a pas de risque pour leur santé » (90 %).	« Je suis moins déstabilisée », « Je leur réponds de façon moins agressive, moins méprisante ».
François : « Cela fait une demi-heure que j'explique comment il faut remplir les papiers, l'usager ne comprend pas. »	« Mais il ne comprend rien, il est débile, ce n'est pas possible de ne pas comprendre ! »	Anxiété 8 Colère 10 Lassitude 5	« Il a peut-être des difficultés à lire le français ? » (60 %). « Je peux demander à un autre collègue de le prendre en charge » (70 %). « Peut-être qu'il ne comprend pas mes explications ? » (30 %). « Ce n'est pas grave » (90 %).	« Plus serein, je ne me sens pas fatigué d'être sous pression, je peux regarder l'usager et lui demander s'il a des difficultés à comprendre les pièces (difficultés de lecture, etc.) », « Je vais prendre une pause, pour respirer ».

Cette nouvelle manière de reconsidérer un événement amène en retour des pensées moins contraignantes, moins absolues, moins rigides... moins pathogènes. En conséquence, l'épuisement émo-

tionnel, le sentiment d'inefficacité, l'impression de ne plus être en mesure de gérer des situations stressantes, la certitude que la souffrance ne se dissipera pas, sont progressivement identifiés, déconstruits, questionnés, élaborés, mis en sens, apprivoisés. Finalement, la souffrance, au fur et à mesure de la thérapie, diminue.

Ce premier volet de la thérapie de patients en burnout sera accompagné d'un travail sur la relation à l'autre. C'est la thérapie d'assertivité-affirmation de soi.

2. La thérapie d'assertivité-affirmation de soi : développer des compétences sociales pour ne plus souffrir de la relation à l'autre

À plusieurs reprises nous avons insisté sur la dimension relationnelle dans le développement de l'épuisement émotionnel, du désinvestissement et du sentiment d'inefficacité personnelle qui marquent de manière pathognomonique le burnout. C'est donc naturellement que nous avons intégré une dimension assertivité-affirmation dans la thérapie du burnout. Avant d'en présenter les principes, il nous semble important de définir le concept d'assertivité-affirmation de soi.

• Assertivité, affirmation de soi : définitions

L'assertivité est un domaine qui prend son origine avec le concept d'assertion qui, quant à lui, recouvre deux dimensions distinctes. La première réfère à une manière d'appréhender la personnalité en termes de construit, c'est-à-dire en tant qu'entité expliquant certains phénomènes, pour les rattacher à un facteur causal inobservable. La seconde renvoie à la thérapie axée sur l'amélioration des compétences dans les interactions sociales (Ladouceur, Marchand et Granger, 1977). Cette deuxième acception du terme renvoie donc plus particulièrement à l'affirmation de soi et par extension à la thérapie d'affirmation de soi. Cependant, il est difficile de comprendre et d'aborder l'assertivité-affirmation de soi sans revenir sur les différentes définitions de l'assertion.

On dénombre trois grandes théories de l'assertion qui, chacune, apporte une clé de compréhension d'un comportement dit « assertif ». On peut attribuer la paternité du concept d'assertion à Salter (1949), psychologue clinicien, avec son ouvrage intitulé

Conditioned Reflex Therapy. Il définit l'assertion, dans la deuxième édition de son ouvrage, comme (a) une sorte de liberté émotionnelle ; (b) une liberté émotionnelle qui serait totalement différente de la participation sociale ; et (c) dont les critères sont l'honnêteté de la réponse et son contenu (Salter, 1961).

Les deux autres approches de l'assertion peuvent être attribuées à Wolpe (1973) et McFall (1976). Wolpe (1973) définit ainsi le concept comme l'expression adaptée de toute une large gamme d'émotions, hormis l'anxiété, à l'égard d'une autre personne. Il s'agit donc de l'expression émotionnelle positive autant que négative. McFall (1976), quant à lui, ouvre la définition de l'assertion à un ensemble plus vaste de comportements spécifiques et hétérogènes reliés à une situation donnée. Cela peut concerner l'expression appropriée de ses droits, sentiments, refus, de sa colère, de son affection ou encore de sa tendresse. Sur ce point, comme le rappellent Ladouceur, Bouchard et Granger (1977), le travail psychothérapique de McFall focalisé sur un type d'assertion (le refus des demandes déraisonnables) a introduit un biais dans la manière dont on considère l'assertion. Souvent l'assertion, et l'assertivité par extension, sont considérées comme des synonymes de la défense de nos droits.

Nous garderons donc en tête deux éléments importants :

1. Que l'assertion recouvre une gamme large de comportements. On peut par exemple utiliser la taxonomie de Lazarus (1973), qui distingue quatre grandes catégories d'assertions : l'expression des émotions positives ou négatives appropriées ; le refus des demandes déraisonnables ; la demande raisonnable de services ou de faveurs et enfin « l'art » de la conversation, c'est-à-dire savoir amorcer, soutenir et clôturer une conversation.
2. Que la non-expression de ses émotions positives et négatives adaptées, l'acceptation de demandes déraisonnables, la difficulté voire l'incapacité à faire des demandes raisonnables de services, et enfin les difficultés dans la pratique de la conversation génèrent des conséquences psychopathologiques (souffrance psychique) et relationnelles (au travail, dans la famille, dans le couple, etc.) (Boisvert et Beaudry, 1979).

Les points que nous abordons plus particulièrement dans le cadre du volet « assertivité » de notre thérapie du burnout concernent les trois premiers points de la catégorisation de Lazarus (1973).

• **Se libérer du burnout consécutif à l'emprise de relations pathogènes : développement des habiletés sociales**

La thérapie d'affirmation de soi se déroule le plus souvent en groupe mais peut également être proposée de manière individuelle (Fanget et Rouchouse, 2007). Notre choix de prendre en charge individuellement les patients dans le cadre du volet « affirmation de soi » est avant tout lié à des critères contextuels : nos consultations en psychothérapie ne sont pas focalisées sur le burnout pathologique, nous recevons donc des patients présentant un large éventail de souffrances psychologiques. Par ailleurs, les patients souffrant d'un burnout pathologique ne se rendent pas aux consultations aux mêmes périodes, nous rencontrons donc une difficulté à réunir un nombre de patients suffisant pour mettre en place un groupe structuré.

Ainsi, avec chaque patient, au regard de chaque problématique, nous mettons en œuvre des jeux de rôle visant à amener une élaboration, un travail et une amélioration de leurs compétences dans les relations sociales (Cariou-Rognant, Chaperon et Duchesne, 2007).

Le jeu de rôle. Le patient va rejouer, avec le psychothérapeute, les situations relationnelles stressantes qui lui ont posé problème et qui provoquent, par leur répétition, un épuisement émotionnel ou une irritabilité. Les situations « problèmes » qui vont faire l'objet d'un jeu de rôle sont choisies de manière précise par le patient et le thérapeute. Ce sont soit des situations spécifiques qui sont créées pour rejouer une situation à laquelle le sujet a été confronté, soit des situations que le patient évalue comme importantes et pour lesquelles il n'a pas réussi à trouver un comportement assertif.

La séance s'articule autour de quatre étapes-principes. Lors de la première étape, le patient avec le thérapeute joue une situation comme il le ferait dans la vie réelle. La situation est décrite minutieusement pour que le patient puisse entrer dans son rôle. Dans un deuxième temps, une fois le jeu de rôle terminé, le thérapeute commente les composantes verbales et non verbales de l'interaction et les processus psychiques-cognitifs qui lui ont donné naissance. Il s'attache par ailleurs à relever les aspects positifs. Les critiques sont donc toujours constructives et jamais dépréciatrices. Dans un troisième temps, la scène est rejouée par le patient, qui essaie de tenir compte des indications qui lui ont été données. Quand c'est nécessaire, le thérapeute peut jouer la scène et servir de modèle à imiter.

Enfin, pour procéder à un façonnement progressif, l'entraînement respecte une hiérarchie de difficultés permettant de progresser graduellement en évitant les échecs.

Les outils du développement des habilités sociales. Nous allons ci-après présenter, en guise d'exemples, deux procédures parmi celles que nous utilisons dans le développement des compétences sociales pour traiter le trouble de burnout. Nous renvoyons les lecteurs qui désireraient en connaître d'avantage vers des ouvrages spécifiques (Boisvert et Beaudry, 1979 ; Cariou-Rognant, Chaperon et Duchesne, 2007 ; Fanget et Rouchousse, 2007).

1. Le *fogging* ou l'écran de brouillard

Il s'agit d'une technique de réponse à des critiques ou à des compliments fréquemment teintés de tentatives de manipulation ou d'agressivité. Il s'agit de reconnaître à la fois ce qu'il y a de vrai dans ce qui est dit tout en restant le seul juge de ce que l'on fait. Le terme « brouillard » est utilisé en référence à ses propriétés : il est persistant, tout en n'offrant pas de résistance et il n'est pas modifiable. Cette technique permet de ne pas répondre avec des émotions inadaptées. De la même façon, face à une critique ou à un compliment vague, nous pouvons répondre en étant persistants, de sorte que l'interlocuteur va devoir modifier son attitude antérieure.

Voici une scène travaillée avec Hélène. Il s'agit de sa difficulté à réagir sereinement aux critiques, par exemple celles portant sur son écriture sur les certificats médicaux. La réaction d'hostilité qu'elle ressent à l'encontre du patient ainsi que son envie de répondre agressivement sont modifiées par l'utilisation de cette technique, comme le montre un extrait de la scène suivante :

Thérapeute (jouant le rôle d'un patient d'Hélène). — Docteur, votre écriture est loin d'être parfaite !

Hélène. — C'est bien possible.

Thérapeute. — Vu la manière dont vous écrivez, personne ne peut vous comprendre, c'est illisible !

Hélène. — C'est vrai que certaines personnes ont de la difficulté à me lire, mais cela n'a jamais provoqué de problèmes.

2. L'édredon

Cette technique est utilisée lorsque la pression est sourde ou indirecte. Elle consiste à répondre « c'est vrai » quand le fait est indiscutable, « c'est possible » quand il s'agit d'une simple opinion. Elle est particulièrement adaptée face à des critiques mal intentionnées et non argumentées. Elle aide, de plus, les personnes très sensibles à acquérir un minimum d'assurance.

Voici un exemple à partir d'une scène évoquée avec François. Il s'agit du stress provoqué par les critiques qu'il peut recevoir par ses supérieurs ou des usagers concernant le rangement de son bureau. L'utilisation de cette technique, comme le montre un extrait de la scène, permet à François de vivre plus légèrement les critiques.

Thérapeute (jouant le rôle du supérieur de François). — François, qu'est-ce que c'est que ce bureau, c'est vraiment mal rangé !

François. — Effectivement, il y a beaucoup de papiers sur mon bureau.

Thérapeute. — Vous ne le trouvez pas bordélique ?

François. — C'est une question d'opinion...

Thérapeute. — Vous ne pourriez pas le ranger de temps en temps ?

François. — Je ne le crois pas nécessaire pour le moment. Je trouve toujours les documents dont j'ai besoin, cela ne gêne pas mon travail.

Il est important de concevoir la thérapie d'affirmation de soi à l'aune des travaux de Bandura sur l'apprentissage social et le sentiment d'efficacité personnelle (Bandura, 2003). En effet, c'est avec (1) la compréhension des mécanismes en jeu dans l'apprentissage des situations observées (apprentissage vicariant) tel que le jeu de rôle individuel ou groupal, (2) l'identification et le travail sur le sentiment d'auto-efficacité (l'évaluation par le sujet de ses propres aptitudes personnelles) et (3) avec la généralisation *in vivo* des situations travaillées avec le thérapeute que la thérapie d'affirmation de soi peut avoir un sens.

En résumé, la thérapie du burnout pathologique dont nous venons de présenter les principes généraux nécessite d'articuler deux niveaux. Le premier est relatif à la mise en critique des pensées pathogènes et l'adoption d'une nouvelle approche des situations de stress relationnelles inhérentes à notre vie moderne. Le second cible

plus spécifiquement la relation à l'autre et notamment un travail sur l'affirmation de soi.

Nous attirons à présent nos lecteurs sur un point fondamental : La thérapie du burnout, comme les autres thérapies que nous allons aborder, ne se réduit pas à des techniques « que n'importe qui pourrait facilement apprendre et utiliser » : elles nécessitent une formation de haut niveau en psychologie et ne sont mises en œuvre que dans le respect de l'intégrité psychique et physique du patient selon l'éthique et la déontologie des psychologues et des médecins. Ce point, qui est selon nous une évidence, n'est pas inutile car, comme nous allons le voir dans le chapitre qui suit, la formation de haut niveau en psychologie et les « garde-fous » éthiques et déontologiques qui protègent les personnes en souffrance d'interventions pathogènes, ne sont pas toujours garantis.

II. LA THÉRAPIE DU TRAUMATISME PSYCHOLOGIQUE

Lorsqu'on pense à la prise en charge des traumatismes psychologiques, un terme revient systématiquement dans les médias : le débriefing. Le débriefing peut être défini comme la mise en place d'une intervention groupale unique et post-immédiate, c'est-à-dire juste après un événement traumatogène. Elle vise à donner une information sur les répercussions possibles de l'événement et apporter une forme de « réconfort ». Pour autant, et c'est à ce niveau que le débriefing pose question, il est considéré comme une forme de prévention de la survenue d'un traumatisme psychologique. Or, comme le rappellent Benedek, Friedman, Zatzick et Ursano (2009), les études scientifiques remettent sérieusement en doute tant l'objectif du débriefing que son impact thérapeutique en raison des problèmes de formation, d'éthique, de déontologie et de temps d'intervention. Ne jetons pas pour autant « le bébé avec l'eau du bain ». Le débriefing est, selon nous, un outil utile car il permet à un ensemble de personnes ayant vécu un événement traumatogène d'être prises en considération dans leur expérience. Il ne s'agit cependant pas d'une thérapie, c'est la raison pour laquelle nous ne traiterons pas le débriefing dans ce chapitre. Il soulève néanmoins les questions tant de la compréhension des mécanismes psychiques sous-tendus dans une souffrance mentale, que de l'efficacité thérapeutique. Nous allons à présent nous y concentrer.

1. Comment conceptualiser l'impact traumatique de l'événement ?

Un certain nombre de facteurs viennent moduler les répercussions d'un événement traumatogène (pour plus de détails, voir chapitre 1). Pourtant, le traumatisme psychologique comporte une particularité en comparaison des autres troubles psychiques : un événement clairement identifiable est mis en relation avec l'apparition de la souffrance. On pourrait même ajouter que le TSPT est le seul trouble qui voit son développement en raison de la rencontre directe ou indirecte avec un événement potentiellement mortel : il aurait pu causer la mort, une blessure ou une atteinte grave à l'intégrité physique. En conséquence, les différentes approches étiopathogéniques, qu'elles soient psychodynamiques (psychanalytiques) avec la névrose traumatique, athéoriques avec le TSPT ou cognitives et comportementales avec le traumatisme psychologique-TSPT, conçoivent ce trouble en lien avec l'événement traumatogène.

Ainsi, l'événement peut être conceptualisé comme un stimulus inconditionnel traumatique ou un signal de danger mortel. La nature inconditionnelle de ce stimulus signifie qu'intrinsèquement, l'événement peut générer des conséquences mortelles, que ce soit une agression armée comme dans la vignette clinique de Pierre (voir chapitre 2), un tremblement de terre, une guerre, etc. Cet événement traumatogène est également composé de tout un ensemble de caractéristiques qui, en elles-mêmes, ne sont pas traumatogènes. Ce sont ce que nous pourrions nommer des stimuli neutres comme les bruits, les odeurs, les images... qui environnent cette expérience. En ce qui concerne Pierre, on peut donc comprendre que la vue d'une boule de pétanque puisse déclencher une sensation de mal-être en raison du souvenir subjectif auquel une boule de pétanque est pour lui associée. C'est également le cas de tout ce qui renvoie à la prison, comme des grilles, ou encore un détenu, voire le mot « détenu »... Il s'agit donc de stimuli qui, en eux-mêmes, ne sont pas traumatiques mais qui, après l'expérience traumatique, symbolisent et reflètent cette dernière.

Conséquemment, les souvenirs, les pensées, les récits relatifs à l'événement traumatogène sont devenus autant de signaux qui réactivent l'anxiété et maintiennent une hyperréactivité du corps (par exemple, un sentiment constant d'être sur le qui-vive). À l'instar des phobies, l'une des conséquences face à une peur excessive est l'évitement.

La personne souffrant d'un traumatisme psychologique, comme Pierre, va éviter tout contact avec les stimuli (pensées, souvenirs, odeurs, bruits, images, etc.) relatifs au traumatisme. Elle va, par un processus d'apprentissage que l'on nomme le conditionnement opérant, renforcer négativement l'anxiété et la peur. En d'autres termes, puisque les évitements permettent de diminuer l'anxiété et la peur, ils vont devenir réguliers et surtout augmenter l'aspect potentiellement dramatique de la rencontre avec ces stimuli. Le patient ne peut donc pas gérer la peur sous-tendue. La reviviscence de l'événement (images, souvenirs, cauchemars, etc.), les évitements et l'hyperréactivité se chroniciseront, maintenant une souffrance particulièrement intense chez les patients (Sabouraud-Seguin, 2001).

Les théories de l'apprentissage apportent une explication solide au développement et au maintien du traumatisme psychologique. Elles n'expliquent cependant pas pourquoi certaines personnes confrontées au même événement traumatogène ne présentent pas de TSPT. Sur ce plan, d'autres théories issues de l'approche cognitive proposent, avec le concept de Schémas Cognitifs Précoces Inadaptés (SCPI), de rendre compte de cette différence. Nous développerons plus longuement ce concept dans la thérapie conjointe du traumatisme psychologique et du burnout pathologique car c'est une étape fondamentale dans le travail psychothérapique.

En résumé, les SCPI sont des structures et des processus intrapsychiques formés sur la base d'expériences et de connaissances. Ils se créent au cours du développement, au cours de nos expériences, notamment relationnelles. Enfin, ils président à la vision du monde, de soi et des autres (Young, Klosko et Weishaar, 2005). Le lien entre les SCPI et le TSPT se situe dans le vécu traumatique de l'événement. En effet, l'événement traumatique ne peut être vécu comme tel que si, préalablement, le sujet considérait le monde comme stable, contrôlable et sécurisant, autrui comme bienveillant et lui-même comme respectable (Janoff-Bulman, 1992). Si préalablement au trauma, le monde est considéré comme incontrôlable, autrui comme malveillant et le sujet lui-même comme indigne de respect, alors l'événement ne sera pas vécu comme traumatique puisqu'il sera congruent (réflétera) les SCPI du sujet, ne provoquant pas de TSPT. Le rôle des SCPI dans le TSPT offre une clé de compréhension solide de l'expression différenciée du TSPT (Boudoukha, Przygodzki, Lionet et Hautekeete, à paraître).

2. La thérapie du traumatisme psychologique

Nous n'allons pas présenter l'ensemble des thérapies proposées dans le cadre du traitement du trouble de stress post-traumatique. Ils ont fait l'objet de nombreux ouvrages que le lecteur pourra consulter (Brillon, 2005 ; De Clerc et Lebigot, 2001). Nous allons nous centrer sur la Thérapie Comportementale, Cognitive et émotionnelle, connue sous le sigle TCC car elle est considérée comme la psychothérapie la mieux indiquée dans les traumatismes psychologiques (Ursano *et al.*, 2004).

Le travail psychothérapique que nous menons avec les patients qui souffrent d'un traumatisme psychologique s'articule autour de trois phases qui ne sont pas disjointes et peuvent être mises en œuvre de concert. Pour des besoins de clarté, nous allons cependant les traiter séparément. Il faut également noter qu'une part importante d'informations sur le traumatisme psychologique, ses conséquences et son traitement est régulièrement donnée aux patients.

• La dimension comportementale : la thérapie d'exposition

L'objectif de la thérapie d'exposition est d'amener progressivement le patient à une rencontre avec la situation anxiogène ou phobogène (qui cause l'anxiété ou la peur). Le processus visé est l'extinction ou la diminution graduelle de la peur par l'exposition répétée aux stimuli phobogènes, et ce bien entendu en l'absence d'événements désagréables ou aversifs. Plus simplement, on peut dire que le sujet est confronté à sa peur, mais qu'il est en sécurité. Ainsi, il commence à percevoir à nouveau les situations antérieurement phobogènes comme inoffensives et se sent capable de gérer ces situations plus efficacement.

La thérapie d'exposition peut prendre trois grandes formes : l'exposition imaginaire ou en imaginaire (s'imaginer avec l'objet phobogène ou dans la situation phobogène), l'exposition *in vivo* (confrontation réelle avec l'objet-situation phobogène) et enfin, depuis quelques années, se sont développées deux autres modalités de thérapie d'exposition que sont l'EMDR et l'exposition en réalité virtuelle. Dans le cadre de notre travail, nous avons préférentiellement travaillé avec les deux premières formes, nous allons donc les présenter. Nous consacrerons par ailleurs, un point sur l'EMDR en raison de l'engouement qu'il suscite.

L'exposition imaginée et l'exposition *in vivo*. L'exposition *in vivo* peut être plus efficace que l'exposition en imaginaire ; néanmoins les deux procédures thérapeutiques sont souvent utilisées dans la thérapie comportementale. D'ailleurs, l'efficacité de la thérapie d'exposition est solidement établie dans le traitement des phobies de sorte qu'elle est considérée comme la thérapie à proposer en première intention pour aider les patients – personnes souffrant d'une phobie (INSERM, 2004).

Dans le cadre du travail d'exposition avec nos patients, nous déterminons dans un premier temps les différentes situations selon leur intensité, de celle provoquant le moins de peur à celle provoquant le plus de peur. Les situations sont donc affrontées graduellement de la moins anxiogène à la plus anxiogène. Nous aidions Pierre, François, Hélène et les autres patients durant les premières expositions, mais nous diminuons progressivement les supports directs en étant moins présent au fur et à mesure des expositions afin qu'ils apprennent à gérer par eux-mêmes les situations. En effet, le thérapeute ou une personne significative pour le patient peut l'accompagner durant les premiers essais, l'objectif final étant que la personne se sente capable de gérer seule les situations anxiogènes, sans une anxiété ou un inconfort massifs (Kennerley, 2008).

L'EMDR : un traitement miracle ? Nous avons évoqué plus haut le développement récent de deux modalités de thérapie d'exposition : l'exposition par la réalité virtuelle et l'EMDR. Il nous semble important de présenter succinctement l'EMDR en raison de l'engouement pour son utilisation dans le cadre du TSPT.

L'EMDR est le sigle de *Eye Movement Desensitisation and Reprocessing*, que l'on traduit en France par « désensibilisation et re-programmation par le mouvement oculaire ». C'est une modalité nouvelle pour soigner le TSPT élaborée par Francine Shapiro (2001), psychologue américaine. L'EMDR utilise la stimulation sensorielle des deux côtés du corps par le mouvement des yeux ou par des stimuli auditifs. Ces derniers permettraient une résolution rapide des symptômes liés à des événements traumatogènes. Certaines recherches nord-américaines montrent le bénéfice de l'utilisation de l'EMDR dans le traitement du TSPT (Taylor *et al.*, 2003). Cependant, une controverse est née sur les raisons qui expliquent l'effet de l'EMDR. Notamment les chercheurs tentent de comprendre si les mouvements oculaires sont le facteur qui explique les effets de l'EMDR.

En effet, la science manque de modèles théoriques expliquant pourquoi et comment des mouvements oculaires soulageraient des symptômes post-traumatiques. Les critiques avancent que l'effet thérapeutique de l'EMDR n'a rien à voir avec les mouvements oculaires *per se*. Il est possible que l'efficacité de la technique soit liée à des facteurs non spécifiques que l'on retrouve dans d'autres thérapies comme les attentes positives d'amélioration ou l'attention du thérapeute. Il est plus probable que l'EMDR fonctionne, en ce qu'elle expose le patient aux souvenirs traumatogènes. Dans cette optique, le facteur explicatif de l'efficacité résiderait dans l'exposition répétée en imaginaire au trauma et non dans les mouvements oculaires (Taylor *et al.*, 2003). Bien que la controverse ne soit pas close, l'EMDR pourrait n'être juste qu'une nouvelle manière de conduire une thérapie d'exposition. Sur ce point, les études montrent que la thérapie d'exposition classique fonctionne plus rapidement et plus efficacement que l'EMDR (Taylor *et al.*, 2003).

• La dimension cognitive : la thérapie des pensées

La thérapie cognitive va se focaliser sur les pensées et les schémas de pensée (Hautekeete, 1998), à travers l'identification des croyances irrationnelles et des pensées pathogènes puis leur critique par le biais de la procédure de restructuration cognitive.

1. Les croyances irrationnelles

Ellis (1962) avec la thérapie rationnelle émotive a montré que les personnes qui souffrent psychologiquement présentent des besoins irrationnels d'approbation et un perfectionnisme qui sont responsables notamment de la peur et de l'anxiété. La clé de la thérapie réside donc dans la prise de recul et l'assouplissement des besoins excessifs et dysfonctionnels. Elle passe dans un premier temps par l'identification des profils de pensée pathogènes parce que générateurs d'anxiété et de dépression, de colère et de honte.

Par exemple, on peut retrouver cette croyance pathogène chez Hélène : « Si je retourne à mon cabinet maintenant, s'il fait nuit, je suis certaine que d'autres agresseurs vont venir, de toute façon, ils se donnent le mot. » Notre rôle sera dans cet exemple d'aider Hélène à identifier les erreurs de logique dans ses pensées pour lui permettre de les regarder plus rationnellement, avec plus de neutralité. Nous lui demandions ainsi de trouver et de donner des preuves infirmant

ses pensées, à partir de situations réelles ou imaginées. Hélène, après réflexion, évoquait des collègues médecins, hommes et femmes, qui travaillaient dans des quartiers réputés plus dangereux que le sien et qui n'avaient jamais été agressés.

L'objectif ici n'est pas tant de contre-argumenter ou trouver « coûte que coûte » un contre-exemple. Il s'agit plutôt de prendre de la distance avec des certitudes qui, par leur rigidité, font souffrir les patients. Cela les amène à se rendre compte que ces croyances n'ont, pour finir, pas d'assise dans la réalité. Le clinicien va également encourager le patient à déconstruire, à mettre en question *in vivo* ces croyances, par exemple, lorsqu'il discute avec sa famille, ses amis, ses collègues de la manière dont il réagirait dans telle ou telle situation. Par exemple à François qui ressentait « une peur de certains usagers », notamment « les hommes qui comprennent mal le français parce qu'ils sont dangereux ». Nous lui demandions d'une part de trouver des preuves infirmant que tous les hommes comprenant mal le français étaient dangereux et, d'autre part, ce qu'en pensaient ses collègues, amis et famille. Ce fut l'occasion pour lui de prendre de la distance avec la rigidité de ses pensées car des souvenirs tels que des rapports très cordiaux avec des hommes maîtrisant peu la langue française lui revenaient en mémoire, infirmant l'absolutisme de ces pensées pathogènes. Enfin, le patient apprend à développer des compétences sociales qui vont améliorer son efficacité interpersonnelle.

2. La restructuration cognitive

La restructuration cognitive est l'une des procédures thérapeutiques les plus utilisées dans l'approche cognitive. Il s'agit d'une méthode qui vise à permettre au patient d'identifier ses pensées autodéfaitistes ou d'échec personnel et de trouver, à leur place, des pensées alternatives plus rationnelles qu'il pourra utiliser pour dominer les situations phobogènes.

Le clinicien utilise un dialogue socratique qui amènera le patient à pouvoir critiquer ses pensées. Pierre a bénéficié d'une approche cognitive qui l'a aidé à mieux affronter les situations phobogènes. En effet, Pierre, surveillant de prison, ne sortait presque plus de chez lui, à la suite d'une agression avec une boule de pétanque perpétrée par une personne détenue. Il avait fini par penser que s'il

allait à l'extérieur, il rencontrerait un détenu, qu'il lui arriverait des catastrophes et qu'il serait incapable de les gérer.

Le sentiment d'incontrôlabilité et d'insécurité était donc particulièrement exacerbé chez Pierre, comme il le résumait ainsi : « Je ne suis en sécurité nulle part, sauf chez moi et dans votre bureau. » Derrière ce sentiment, se cachait chez Pierre une impression vivace d'incapacité et de défaitisme. Cette agression traduisait un « échec » professionnel et personnel avec comme noyau central l'idée (répandue malheureusement) qu'« un homme, un vrai, ça n'a pas peur, ça sait tout surmonter, ça ne se laisse pas abattre ! ». Pierre ayant été agressé par une personne détenue et n'ayant pas réagi brutalement pour se défendre, s'étant enfui sans « rendre les coups », avait le sentiment de ne pas « être un homme ». Il avait perdu sa « virilité » au sens étymologique du terme, c'est-à-dire sa puissance.

C'est donc sur les pensées pathogènes que le travail cognitif a pris tous son sens. En effet, le raisonnement de Pierre donnait à penser qu'il aurait dû réagir à l'agression comme s'il avait pu la prévoir, et mettre en œuvre une défense comme si la fuite n'en était pas une. Par ailleurs, sa représentation de « l'homme » omnipotent maintenait sa souffrance. La restructuration cognitive a ainsi permis (1) d'identifier les liens rigides entre ses pensées ; (2) d'assouplir le caractère catégorique de ces pensées par leur remise en question ; et (3) d'élaborer une autre approche de sa représentation de la virilité. Pour cela, nous avons orienté Pierre vers ses collègues pour qu'il puisse en discuter et partager son expérience. Au décours des discussions, Pierre a pu entendre de ses collègues qu'ils ne pensaient pas qu'ils auraient pu faire autre chose que lui dans cette situation.

3. La dimension émotionnelle : la régulation des émotions

La dimension émotionnelle dans les traumatismes psychologiques est particulièrement prégnante, cependant, contrairement à une idée répandue, elle ne se limite pas à des émotions en lien avec la peur (Dalglish et Power, 2004). En effet, toute une gamme d'émotions peuvent voir le jour et maintenir, auto-entretenir ou différer la symptomatologie. Le travail sur la gestion, l'expression et le vécu des émotions est donc nécessaire car le traumatisme peut générer (1) une modification de l'intensité des émotions ; et (2) la « rigidification » de certains *patterns* d'émotions qui rendent pathogène le vécu émotionnel du patient. Ce travail peut être articulé autour de

trois étapes. La première concerne l'évaluation de l'expression et du vécu émotionnels postérieurs au traumatisme. La seconde concerne la prise de conscience chez le patient des caractéristiques et de la nature de ses émotions. Enfin, la dernière phase se focalise sur la gestion des émotions.

4. L'évaluation des émotions :

comment le patient vit-il son expérience émotionnelle ?

Après un événement traumatique, c'est peu de dire que l'expression émotionnelle des patients est vivement modifiée. Habituellement adaptées aux situations, leurs émotions leur semblent étrangères, figées, ou contraire complètement labiles, incapables de rester sur la même tonalité. Les émotions correspondent à un vécu subjectif, consécutif du traitement de l'information de notre environnement. Il s'agit donc d'une forme de construction mentale opérée à partir de ce que nous percevons du monde extérieur ainsi que des sensations physiques que nous ressentons. Malheureusement, le traumatisme psychologique va complètement « dévaster » ce vécu subjectif.

Le clinicien, à l'écoute du patient, aura donc comme tâche de relever minutieusement les caractéristiques de ce changement émotionnel. Les émotions sont-elles suractivées ? Sous-activées ? Le patient inhibe-t-il ses émotions ? Quelles sont les émotions dominantes ? La gamme des émotions est-elle restreinte ? Le patient rend-il compte d'émotions figées ? A-t-il le sentiment de ne plus contrôler ses émotions ? Voilà autant de questions auxquelles le clinicien tentera de répondre pour évaluer avec justesse les changements émotionnels post-traumatiques.

5. La prise de conscience des émotions :

comment le patient ressent-il son vécu émotionnel ?

La prise de conscience des états émotionnels est une phase importante car elle vise à faciliter l'identification et l'appropriation des émotions. Le clinicien, avec des reformulations, va amener le patient à repérer ses émotions. Il peut utiliser, comme le préconise Brillon (2005), les *reflets émotionnels superficiels*, que l'on peut définir comme une reformulation du message du patient en lui faisant découvrir l'aspect émotionnel dont il n'avait pas pris conscience. Ils sont dits superficiels parce qu'ils vont s'attacher à décrire les comportements non verbaux directement observables lorsque le patient évoque une anecdote.

Par exemple, à Pierre qui évoque le regard du « détenu » :

Le clinicien. — Lorsque vous parlez de ce détenu, vos sourcils se froncent, votre visage se ferme, vos yeux se fixent, qu'est-ce que vous ressentez ?

Pierre. — De la colère, de la rage, un truc énorme à l'intérieur, j'ai envie de le dégommer !

Par-delà les séances de thérapie, pour rapprocher le patient de ses expériences émotionnelles, il peut s'avérer utile de proposer lui des grilles d'auto-observation (voir tableau 3.3). Il s'agit d'une sorte de « journal de bord » qui permet au patient d'y inscrire ses états émotionnels, ce qui permet d'une part de relever de manière plus minutieuse les émotions ressenties au cours d'une période de temps et d'autre part d'apprendre à mieux les repérer.

Tableau 3.3 – Grilles d'auto-observation.

Description de la situation	Qu'est-ce que je ressens ?	Quel nom je donne à ce que je ressens ?	Quelle est son intensité ? (échelle de 0 à 10)
Hélène : je ramène mes enfants à l'école	Je me sens bizarre, tendue, fatiguée	Anxiété	6/10
Pierre : je regarde la télévision, il y a une émission sur la prison	Je suis tendu, mal à l'aise, énervé, j'ai envie de changer de chaîne	Je ne sais pas vraiment. De la peur ? De la colère ?	C'est fort 8/10

6. La gestion des émotions : comment vivre avec ses émotions ?

La relaxation pourra aider le patient à diminuer l'intensité de certaines émotions, plus spécifiquement celles en lien avec la peur. Nous insistons sur la caractéristique des émotions car, il nous semble remarquer que certains patients, qui présentent un profil émotionnel de colère, de dégoût, de honte ou encore de culpabilité, c'est-à-dire des émotions qui n'appartiennent pas directement au champ de l'anxiété, réagissent négativement à la relaxation ou l'abandonnent rapidement.

Après le travail sur le repérage des émotions, l'une des étapes-clés de la gestion des émotions a trait à la prise de conscience que certaines émotions sont certes douloureuses mais qu'elles ne sont pas dangereuses. En effet, certains patients, c'était le cas par exemple de Pierre, ont tendance à réprimer leurs émotions. Il s'agit de ce que l'on appelle en psychologie des processus d'inhibition et d'évitement des émotions. Or les études sont formelles, l'évitement ou l'inhibition des émotions ne mène pas à leur disparition (Philippot, 2007). En effet, l'évitement ou l'inhibition des émotions empêche la prise de conscience des difficultés qui en sont à l'origine et donne une tonalité pathogène au ressenti de telles émotions. Par ailleurs, la tentative d'évitement des émotions rend les émotions encore plus vivaces : le simple fait d'éviter de ressentir une émotion provoque un ensemble de souvenirs et de sensations qui la déclenche. En conséquence, les évitements, voire les tentatives de suppression des émotions mobilisent une telle énergie que le patient, toujours sur le qui-vive, guette les signes avant-coureurs de l'émotion. Il s'agit donc d'un véritable cercle vicieux que thérapeute et patient briseront progressivement.

L'acceptation des émotions est une autre étape du travail psychothérapique sur les émotions. Il faut favoriser un positionnement moins cruel des patients vis-à-vis d'eux-mêmes. Il faut amener une prise de conscience sur le fait qu'une attitude très négative vis-à-vis de soi n'aide en rien le patient. À Pierre qui s'en voulait d'avoir « été agressé et de n'avoir pas réagi » et était en colère contre lui-même parce qu'il se trouvait « nul et faible », nous demandions en quoi une attitude cruelle vis-à-vis de lui-même pouvait être aidante. Pourquoi se rajouter une souffrance supplémentaire ? Est-il anormal d'avoir peur ? L'objectif de l'acceptation des émotions est de permettre de développer une attitude lucide, raisonnable et indulgente envers soi-même.

La thérapie du traumatisme psychologique, comme nous venons de le voir, est une thérapie multifocale, comportementale, cognitive et émotionnelle. Elle va non seulement permettre de re-vivre après un trauma mais également agir en prévention d'autres risques psychosociaux. En effet, elle favorise le support social et les *coping* adaptés, limitant le recours à des stratégies d'adaptation pathogènes (alcool, dépendance aux médicaments, etc.). Bien entendu, il ne s'agit pas de la panacée et le temps de thérapie dépend du temps

psychique du patient, qui lui-même dépend de l'importance objective et subjective des événements traumatogènes. Sur ce dernier point, la présence d'une période de temps de détresse intense comme le burnout complique la prise en charge du patient. C'est sur le cas de la comorbidité traumatisme psychologique et burnout pathologique que nous allons nous focaliser maintenant.

III. LA THÉRAPIE CONJOINTE DU BURNOUT ET DU TRAUMATISME PSYCHOLOGIQUE

Peu d'études ont été menées spécifiquement sur le lien entre une période de stress relationnels chroniques intenses et le vécu direct ou indirect d'un événement traumatogène. Ces deux situations sont, comme nous l'avons développé dans le premier et le deuxième chapitre, propices au développement d'un burnout et d'un traumatisme psychologique. Nos constats cliniques nous amènent d'ailleurs à penser que le burnout joue un rôle de facteur de risque devant un traumatisme psychologique. En d'autres termes, il nous semble, et cela est soutenu par nos recherches, qu'une personne souffrant d'un burnout serait beaucoup plus vulnérable et ainsi, lors d'une confrontation à un événement traumatogène, pourrait voir le développement d'un traumatisme psychologique (Boudoukha, 2006). Rappelons que les événements traumatogènes sont fréquents mais que l'évolution vers un traumatisme psychologique comme le Trouble de Stress Post-Traumatique est, pour sa part, beaucoup plus faible. Concrètement, certaines études avancent que 90 % des personnes vivent au cours de leur vie un événement traumatogène (Breslau *et al.*, 1998) alors qu'elles sont moins de 10 % à développer un TSPT (Brillon, 2005). On pourrait dire qu'une personne souffrant de burnout augmente son risque de présenter un traumatisme psychologique. Comment expliquer de telles observations cliniques et expérimentales? Un certain nombre de facteurs prédicteurs et modérateurs vont influencer le développement et l'expression du burnout et du traumatisme psychologique, individuellement et conjointement (voir figure 3.1).

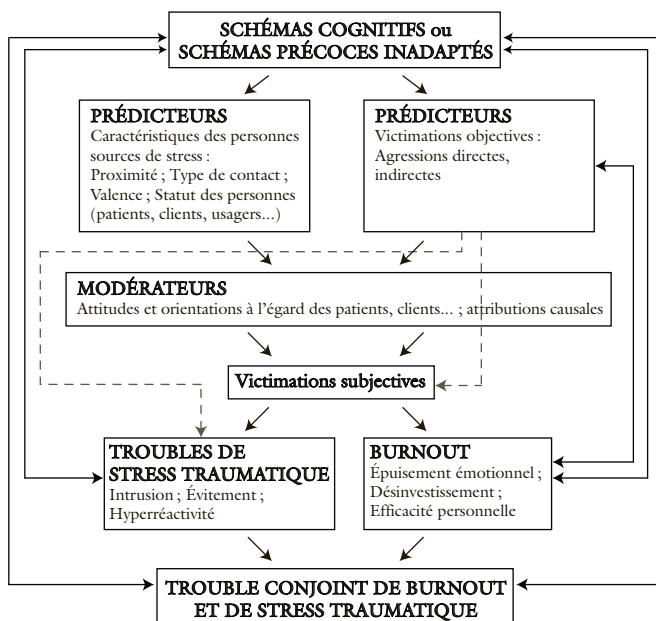


Figure 3.1 – Facteurs impliqués dans le développement et l'expression du trouble conjoint de burnout et de traumatisme psychologique.

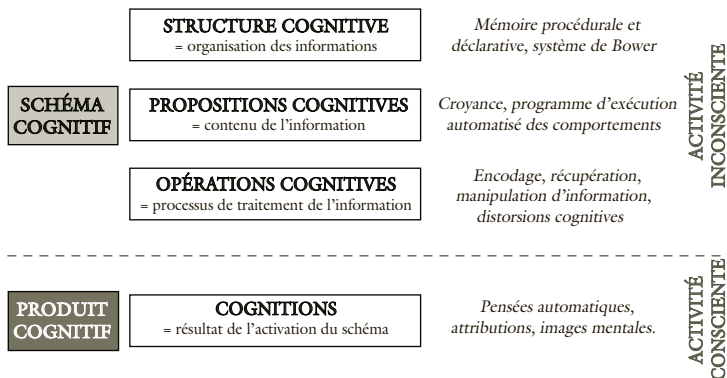
Cependant, au-delà de ces facteurs, ce sont les schémas cognitifs qui sont, chez un sujet, le socle de l'identité, de la mémoire, de la représentation de soi et des autres... qui permettent de comprendre le développement psychopathologique et qui seront la base de la psychothérapie du burnout pathologique et du traumatisme psychologique concomitant. Avant de présenter les bases de la thérapie telle que nous la menons avec les patients, nous allons aborder les schémas cognitifs.

1. Les schémas cognitifs

Comme le rappelle Rusinek (2006), le concept de schéma prend son origine en philosophie. Kant (1864) est ainsi le premier à introduire la notion de *schemata* dans sa *Critique de la raison pure*. Ce terme va surtout prendre un sens en psychologie pour désigner

des «structures mentales inconscientes et des processus qui sous-tendent les aspects globaux des connaissances et des compétences humaines» (Brewer et Nakamura, 1984). Ils fonctionnent comme «des anticipations par le biais desquelles le passé affecte le futur» et peuvent générer des constructions mentales nouvelles, provoquant parfois des distorsions systématiques (Neisser, 1976). Ils se développent au cours des expériences et sont hiérarchiquement organisés et reliés entre eux de façon interactive et complexe (Hastie, 1981). Les différences individuelles, situationnelles et culturelles sont explicables par les schémas (Mandler, 1984). Ils fournissent une base au concept de soi, aux comportements sociaux et à la résolution de problèmes (Taylor et Crocker, 1981).

En résumé, on peut, à l'instar de Williams, Watts, McLeod et Matthews (1988), retenir quatre caractéristiques des schémas. Premièrement, ils sont composés d'informations prototypiques ou d'abstractions représentant les caractéristiques essentielles d'un stimulus. Deuxièmement, les informations qui entrent dans le système sont organisées de façon cohérente avec l'architecture interne des schémas. Troisièmement, leur structure modulaire permet l'activation de l'ensemble des informations connectées à la première information activée. Enfin, ils sont en interaction avec les différents processus de traitement de l'information, que ce soit la sélection des informations, leur représentation abstraite, leur interprétation ou encore la construction d'un souvenir (voir figure 3.2). Les schémas ont donc une fonction adaptative en organisant les expériences dans des *patterns* pour maintenir leur sens et en réduisant la complexité de l'environnement (Bouchard et Freeston, 1995).



*Figure 3.2 – Représentation schématique
du fonctionnement cognitif d'après Tison (2003).*

En quoi la théorie des schémas nous aide-t-elle à comprendre les souffrances mentales ? Les propriétés des schémas, qui en font à la fois une structure et un fonctionnement, où l'architecture du « dehors » ne peut pas être dissociée de l'architecture du « dedans », apportent une compréhension clinique des troubles mentaux (Rusinek, 2006). En effet, au cours des interactions continues de l'état du sujet avec son environnement, la structure des schémas va permettre leur fonctionnement qui, de par son propre fait, va modifier cette structure, qui en retour va agir sur le fonctionnement, et ainsi de suite. C'est de la plasticité de cet ensemble complexe de rétroactions entre le sujet et son environnement que vont dépendre le bien-être et donc aussi les pathologies mentales (Hautekeete, 1998).

La psychopathologie, le domaine de la psychologie qui étudie les souffrances et les pathologies mentales, s'est vite emparée de ce concept, notamment avec les travaux de Beck. En effet, l'auteur (Beck, 1976) suppose la présence d'un profil et d'un contenu cognitifs qui seraient spécifiques à chaque état affectif. Ils sont normalement latents mais peuvent devenir actifs et créer un fonctionnement pathologique. C'est donc en premier lieu vers des troubles comme la dépression (Beck, Rush, Shaw et Emery, 1979) et l'anxiété (Beck et Emery, 1985) puis les troubles de la personnalité (Beck et Freeman, 1990) que le rôle des schémas a été opérationnalisé. Les troubles psychiques résultent donc de désadaptations ou de distorsions de schémas qui biaisent la

perception et la pensée. Ces troubles psychiques se caractérisent par des *patterns* d'émotions et de pensées récurrents, une thématique spécifique du discours des patients, des règles de raisonnement et d'attribution desquels les schémas cognitifs peuvent être plus facilement identifiés. Par ailleurs, à mesure que les nouvelles informations sont traitées, les schémas se renforcent pour devenir plus rigides et plus importants et se structurer entre eux pour former, à un niveau plus global, des constellations et des modes.

Selon Hautekeete (1995), l'analyse des processus cognitifs montre que le trouble mental est parfois essentiellement caractérisé par un dysfonctionnement précis du traitement de l'information, ce qui peut conduire à penser que ce dysfonctionnement constitue le noyau central du trouble. C'est ainsi que des dysfonctionnements prolongés des processus cognitifs peuvent avoir une répercussion sur l'architecture cognitive elle-même. Le schéma cognitif est alors considéré comme la source des dysfonctionnements cognitifs et émotionnels.

Il faut garder à l'esprit que les schémas cognitifs et les productions cognitives sont différents mais dans une interrelation dynamique (voir figure 3.2 ci-contre). La thérapie visera donc à mettre au jour ces schémas dysfonctionnels puis les assouplir. Pour ce faire, elle va dans un premier temps procéder à la modification des symptômes et des pensées automatiques puis des règles de vie et des croyances de base pour atteindre les schémas (J.S. Beck, 2002). Nous y reviendrons dans la partie psychothérapie.

Dans la lignée des travaux de Beck, se développe depuis quinze ans une théorisation de la genèse des schémas. À la base de cette approche, Young (Young et Klosko, 1993; Young, Klosko et Weishaar, 2005) fait l'hypothèse de l'existence de schémas précoces inadaptés (*Early Maladapted Schemas* ou EMS). Ils se seraient constitués sur une base biologique et dès la prime enfance au cours des interactions entre l'enfant et son environnement, notamment avec ses parents. Ces schémas précoces sont nécessaires à l'évolution du jeune enfant en ce qu'ils le dotent de ressources pour affronter les situations auxquelles il devra faire face. L'auteur considère que ces schémas «primaires» ou «primitifs» ont une utilité existentielle puisqu'ils permettent à l'enfant de survivre au monde dans de bonnes conditions (Rusinek, 2006).

Toutefois, le vécu d'événements particuliers ou le contact permanent avec des personnes présentant des problèmes peut générer chez l'en-

fant des schémas précoces inadaptés (EMS). Young, Klosko et Weishaar (2005) supposent d'ailleurs que l'activation d'un schéma chez l'adulte ne peut qu'être l'écho d'un drame familial durant l'enfance (voir figure 3.3).

Une fois activés, les schémas précoces inadaptés vont sélectivement filtrer les expériences ou les événements congruents de telle sorte qu'ils s'étendent et s'élaborent tout au long de la vie (Schmidt, Joiner Jr, Young et Telch, 1995). En conséquence, si un schéma précoce a un sens pour l'enfant puisqu'il lui permet de comprendre et de gérer l'environnement, chez l'adulte, il a perdu sa valeur adaptative. En effet, ce schéma n'est plus utile et provoque un mal-être lorsqu'il est activé par une expérience qui lui est congruente.

Comme le souligne Rusinek (2004), les schémas précoces inadaptés connaissent des processus d'auto-renforcement médiatisés par le traitement préférentiel des informations congruentes et sont très résistants au changement. Comme ils sont le noyau du concept de soi d'une personne, ils sont familiers et inconditionnels. Leur nature inconditionnelle traduit le fait que le traitement des informations incongruentes ne soit pas possible, de sorte qu'il se maintient en maximisant les informations qui le confirment et en minimisant les informations inconsistantes (Schmidt et Joiner Jr, 2004).

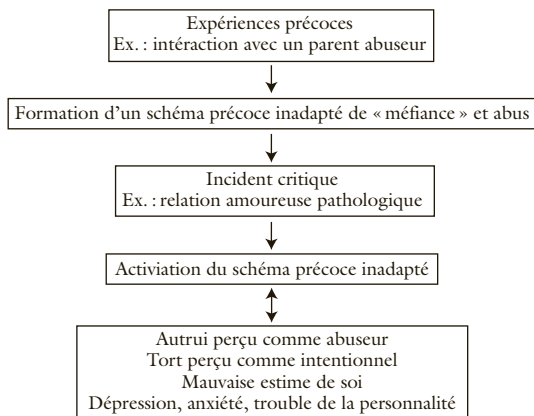


Figure 3.3 – Genèse et activation d'un schéma précoce inadapté d'après Rusinek (2006).

La théorie des schémas précoces de Young (Young et Klosko, 1993 ; Young *et al.*, 2005) est en accord avec les autres théories portant sur ce concept, notamment celle de Beck. Chacune décrit les schémas comme des structures stables et permanentes qui sont le noyau des concepts de soi d'un sujet. Ils créent des distorsions de l'information, modifient la vision du monde de soi et des autres et aboutissent à des pensées automatiques et à un mal-être. Il faut cependant noter une distinction fondamentale entre les schémas « béckiens » et « youngiens ». Ces derniers sont considérés pour une majorité comme inconditionnels (ex. « Personne ne m'aime »), contrairement à ceux de Beck qui sont, par essence, conditionnels (ex. « Si je peux plaire à tous et tout le temps, alors je serai apprécié »).

Young et Klosko (1993) ont proposé différents outils destinés à mesurer les schémas cognitifs. Dans un premier temps à partir d'entretiens puis à l'aide d'analyses factorielles, les auteurs ont identifié 123 schémas regroupés en 15 modes. La critique principale de ce premier questionnaire réside dans le fait qu'un schéma est uniquement mesuré par l'item qui le mesure (Rusinek, 2006). En conséquence, une deuxième forme de ce questionnaire a été élaborée et l'analyse factorielle menée sur les réponses de 1 129 sujets (Schmidt, Joiner Jr, Young et Telch, 1995) permet d'identifier treize schémas organisés autour de trois modes (figure 3.4).

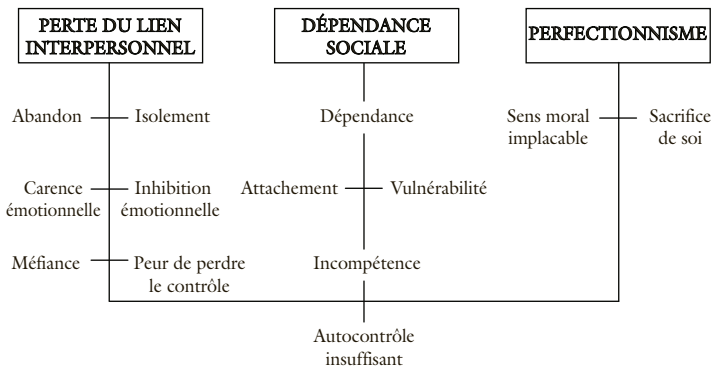


Figure 3.4 – Relations hiérarchiques entre modes et schémas d'après Schmidt et al. (1995), traduit par Rusinek (2006).

Il faut garder à l'esprit que les schémas cognitifs et les productions cognitives sont différents mais dans une interrelation dynamique (voir figure 3.4). La thérapie visera donc à mettre au jour ces schémas dysfonctionnels puis à les assouplir. Pour ce faire, elle va dans un premier temps procéder à la modification des symptômes et des pensées automatiques puis des règles de vie et des croyances de base pour atteindre les schémas. Ce travail gouverne la psychothérapie que nous proposons dans le traitement conjoint du burnout pathologique et du traumatisme psychologique. Nous allons maintenant nous y focaliser.

2. Comment aider les patients souffrant conjointement de burnout pathologique et d'un traumatisme psychologique ? La thérapie des schémas de pensée

Le choix de situer le travail psychothérapique sur les schémas de pensée (ou schémas cognitifs ou schémas cognitifs précoces inadaptés) dans le cadre de personnes souffrant conjointement d'un burnout et d'un traumatisme psychologique n'est pas anodin. En effet, nous avons observé (1) que mettre en place soit une thérapie du burnout pathologique, soit une thérapie du traumatisme psychologique, n'était pas suffisant et (2) que c'est plus particulièrement le rapport à la vie, une interrogation sur des expériences de malveillance, à la confiance en l'humanité... souvent des questions ayant trait à l'existence qui s'expriment chez les patients. Les patients évoquent d'emblée un sentiment de changement de personnalité durable. Par ailleurs, les expériences passées, notamment durant l'enfance et l'adolescence, envahissent le champ du présent, « l'ici et maintenant », de sorte qu'il est fondamental de revenir de manière minutieuse sur ce « passé ». On pourrait dire que c'est le passé du patient qui rencontre une expérience présente réactivant des souffrances du passé n'ayant malheureusement jamais cicatrisé.

La thérapie des schémas est donc le traitement le plus approprié pour aider les patients en burnout pathologique et traumatisme psychologique car elle va agir sur les souffrances passées et présentes. Bien entendu, elle combinera à différents niveaux certains dispositifs des thérapies précédemment présentées. Focalisons-nous maintenant sur la thérapie des schémas de pensée et son application avec nos patients. On peut décrire trois phases que sont (a) la phase de diagnostic-évaluation, (b) la phase intersubjective de la relation

thérapeutique et (c) le travail d'assouplissement-modification des schémas de pensée.

• La phase de diagnostic-évaluation


La phase de diagnostic-évaluation réfère au repérage des scénarios de vie répétitifs et pathogènes et des schémas de pensée de l'enfance rigidifiés à l'âge adulte. Elle comprend également la compréhension de l'origine des schémas de pensée, des styles d'adaptation et de l'expression des émotions. Enfin, ces deux premières étapes sont conceptualisées sous la forme d'un cas clinique.

Cette première phase de la thérapie des schémas de pensée se focalise plus particulièrement sur les problèmes actuels des patients. En effet, le fait de travailler sur le passé et de faire un repérage des scénarios de passé n'empêche nullement de définir un travail sur « l'ici et maintenant ». En d'autres termes, c'est la souffrance d'aujourd'hui que le patient souhaite diminuer. S'il est clair que cette souffrance d'aujourd'hui fait écho, dans le cas d'un burnout pathologique et d'un traumatisme psychologique conjoint, à celle du passé, il n'en demeure pas moins que c'est dans le présent et le futur que le patient souhaite aller mieux. Le thérapeute doit donc rester concentré sur les problèmes actuels tout au long de cette phase d'évaluation. Ainsi, les buts thérapeutiques seront ancrés dans le présent et le futur pour le bénéfice du patient.

Par ailleurs, l'identification des schémas de pensée et des scénarios de vie pathogènes n'est pas toujours évidente. En effet, la question centrale pourrait être posée ainsi : la souffrance évoquée par le patient est-elle situationnelle, réactionnelle à un événement ou alors découle-t-elle de scénarios pathogènes répétitifs en lien avec des schémas de pensée pathogènes ? Cette question est parfois difficile à trancher car le patient n'est pas conscient de ce mode de fonctionnement. L'écoute clinique, la reformulation et le repérage des séquences temporelles répétitives chez le patient apportent une aide précieuse. Par exemple avec François, au sujet des périodes précédant les agressions :

Thérapeute. — Vous avez évoqué qu'il y a dix ans vous aviez vécu la même situation qu'aujourd'hui ?

François. — Oui, c'est à peu près la même chose, on prend les mêmes et on recommence.

 *Thérapeute.* — Vous voulez dire que ce scénario se répète? D'autres situations vous reviennent en mémoire?

François. — C'est toute mon enfance! J'ai l'impression de revivre toutes les quelques années le même cauchemar. Je revois à peu près les mêmes scènes, j'essaie de diminuer la tension et à la fin c'est moi qui prends tout, c'est moi qui suis violenté! Ce scénario se répète, je suis vulnérable...

Dans cet exemple, le lien entre scénario de vie répétitif pathogène (agression) et schéma cognitif (vulnérabilité) s'exprime directement par le patient. Les liens sont parfois plus difficiles, les schémas peuvent donc être appréhendés par des questionnaires comme le questionnaire des schémas de Young – YSQ – validé en français par l'équipe de Rusinek et Hautekeete (1999). Nous utilisons pour notre part le questionnaire de Schémas Cognitif Précoces – SCP II – élaboré par l'équipe de Hautekeete (2001).

L'identification des scénarios de vie permet le repérage des schémas de pensée. Leur « déclenchement » durant la thérapie permettra une compréhension de leur origine durant l'enfance-adolescence pour les relier au problème actuel. Par exemple, avec Hélène, le schéma « peur de perdre le contrôle » est exprimé ainsi :

Thérapeute. — J'aimerais que l'on revienne sur les situations de votre enfance. Quand vous vous sentirez à l'aise, que votre état de stress et d'anxiété sera inférieur à 3/10 (seuil défini avec Hélène) j'aimerais que vous fermiez les yeux et que vous retourniez dans votre enfance lors des scènes de violence. Dites-moi ce que vous voyiez, ce que vous ressentez, ce que vous pensez?

Hélène. — Mon père est alcoolisé, maman rentre du travail. Elle est fatiguée, on sent la tension, je suis dans ma chambre, je ne sais pas où sont mon frère et ma sœur. J'entends du bruit, je me dis, il va se passer quelque chose. J'ai peur, je me dis qu'il faut que je sois sage, que je fasse le moins de bêtises possibles sinon ça va déclencher une bagarre... je me sens fatiguée, vulnérable...

Le style d'adaptation s'exprime à travers le déclenchement du schéma et sera soigneusement observé par le thérapeute. Il peut s'agir d'un *pattern* de réactions émotionnelles (peur, colère, etc.), des stratégies comportementales (consommation d'alcool, de médicaments,

ou encore mentale-cognitive comme l'évitement du schéma, etc.). L'ensemble des éléments sera opérationnalisé sous la forme d'un cas clinique tel que défini dans le chapitre 2.

• La phase intersubjective de la relation thérapeutique

Comme le rappellent Young et ses collègues (2005), la relation clinique dans la thérapie des schémas de pensée va présenter deux spécificités. D'une part, le thérapeute renvoie au patient une compréhension des raisons pour lesquelles ses schémas se sont maintenus, tout en l'amenant à s'en défaire : c'est la confrontation empathique. D'autre part, le thérapeute est beaucoup plus étayant. Dans les limites déontologiques et éthiques, le thérapeute va apporter au patient ce qu'il n'a pu obtenir de ses parents. C'est le re-maternage partiel.

Dans un style collaboratif, le clinicien est amené à créer une relation de compréhension qui répond aux besoins émotionnels de base du patient. C'est parce que le patient se sent en confiance qu'il est en mesure de s'investir dans la thérapie. Le thérapeute doit donc créer une relation qui assure la sécurité psychique du patient, lui permettant une liberté d'expression de ses émotions et pensées.

Cette relation thérapeutique va inévitablement activer des schémas de pensée précoces. Il s'agit d'une certaine manière d'une forme de transfert car le patient va projeter sur le thérapeute une image parentale appartenant à son passé (Freud, 1914). Cependant, à la différence du transfert freudien, le thérapeute entretient une discussion ouverte et directe avec le patient sur ses schémas de pensée ainsi que sur les *patterns* de comportements, émotions ou pensées qu'il met en place pour s'y adapter.

Au-delà des spécificités, c'est la relation intersubjective entre le patient et le thérapeute qui est interrogée et qui est à la base de l'évolution des schémas du patient. Si le patient rapporte des schémas de pensée précoces pathogènes, le thérapeute n'en est pas exempt. Il est donc nécessaire qu'il ait conscience de ses propres schémas et de son style d'adaptation.

• Le travail d'assouplissement et/ou de modification des schémas de pensée pathogènes

Trois domaines seront appréhendés pour modifier ou assouplir les schémas de pensée pathogènes : domaines cognitif, émotionnel et comportemental.

Deux objectifs gouvernent le travail cognitif de la thérapie des schémas de pensée. Premièrement, la prise de conscience des schémas pathogènes. Deuxièmement, la mise en critique de ces schémas. Patient et thérapeute vont élaborer des explications alternatives aux arguments confirmant le schéma. Voici une illustration de ce travail avec Hélène :

Thérapeute. — Vous avez évoqué votre fatigue et votre peur de travailler à nouveau dans votre cabinet. Vous m'avez évoqué votre sentiment concernant les patients à qui vous ne pouvez faire confiance et aux liens que vous faites avec votre adolescence. Nous avons identifié plusieurs schémas, ceux de «perdre le contrôle», «de vulnérabilité» notamment, que vous compensez (style d'adaptation) par une forme de sur-contrôle des événements.

Hélène. — Oui, c'est exactement ça, à l'intérieur, je ressens une forme de peur, de fragilité, une impression que je ne vais pas réussir, que les événements vont échapper à mon contrôle, et je masque tout ça par une forme de résolution, je donne aux autres une image de professionnelle sûre d'elle, confiante, et même d'une mère qui sait tout faire... une vraie superwoman.

Thérapeute. — Nous allons travailler sur ces schémas. J'aimerais que vous imaginiez que vous avez une consultation avec un patient et que vous laissez votre schéma diriger la scène. Puis ensuite, imaginez une manière différente de construire cette scène. Qu'en pensez-vous ?

Hélène. — Laisser mon schéma diriger la scène, ça ne va pas être compliqué. Voilà ce qui se passerait : j'invite le patient à entrer dans le cabinet, je lui serre la main et lui demande de s'asseoir. Je lui demande ce qui se passe. J'ai déjà envie de finir la consultation ! Il m'explique ce qu'il a, je l'écoute, à l'intérieur je me dis qu'il faut que je fasse attention à ce qu'il dit, ne pas faire un mauvais diagnostic, je lui pose des questions précises avec une grille dans la tête. Il répond mal à mes questions, je suis agacée. Je me dis que ça risque de m'amener à des erreurs. Alors je deviens directive, je pose des questions précises et le patient a moins le temps de parler. Avec ses réponses, j'élabore le diagnostic, lui fais un certificat et termine la consultation.

Thérapeute. — Est-ce qu'on peut rejouer cette scène mais, cette fois-ci, avec un schéma de pensées non pathogène, celui que l'on pourrait lui substituer ?

Hélène. — Je me dis que comme j'ai peur de perdre le contrôle et que je me sens vulnérable, je fais en sorte que le patient, mais d'ailleurs les autres personnes de mon entourage aussi, n'aient pas de marge de manœuvre. Ça me rend directive... Si j'imagine une autre moi, je pourrais par exemple me

☞ dire que je suis médecin depuis de nombreuses années et que je n'ai jamais fait de fautes professionnelles, donc je peux me faire confiance. Si le patient ne répond pas aux questions, ce n'est pas grave, il n'y a pas de catastrophe, je peux écouter calmement et ramener la discussion autour des difficultés. Je peux aussi l'orienter vers un confrère si j'ai des difficultés. Je ne suis pas emprisonnée dans une relation avec le patient. Je ne suis pas l'adolescente que j'ai été, coincée entre une mère vulnérable et un père agressif...

La dimension émotionnelle poursuit le travail élaboré au niveau psychique. Elle vise l'introduction d'un adulte sécurisant dans les scènes douloureuses de l'enfance et de l'adolescence du patient. Il peut s'agir également de l'introduction du thérapeute dans une scène douloureuse ou encore de l'écriture d'une lettre à des parents.

Thérapeute. — Qu'avez-vous envie de dire à cette adolescente que vous avez été et qui se sent vulnérable ?

Hélène. — De ne pas s'inquiéter, que tout va s'arranger, que ce n'est pas de sa faute. J'ai envie de la prendre dans mes bras et lui dire que je serai toujours là pour elle, qu'elle n'est pas faible au contraire... Il en faut du courage, de la ténacité et de la volonté pour tenir... Je veux lui dire que je l'aime. Que ce n'est pas de sa faute si ses parents se battent. Que désormais, elle n'aura plus jamais peur.

La dernière étape est comportementale. Il s'agit de la rupture des schémas pathogènes par expérimentation. En effet, nous avons vu que les schémas dysfonctionnels sont communément articulés sous la forme de règles générales (« Je suis faible, dès que je retournerai dans mon cabinet ou au bureau, je vais me faire agresser »). Malheureusement, les patients ne les soumettent pas à des preuves qui les infirmeraient. La dernière étape consiste donc à créer des expérimentations dans lesquelles les patients doivent délibérément rechercher des opportunités de rompre ces schémas pathogènes et évaluer les résultats.

Par exemple, pour évaluer ses croyances de faiblesse et d'abandon, nous avons demandé à François de faire un effort pour être le plus dépendant et fragile possible durant une semaine. La consigne était de ne pas hésiter à solliciter son entourage lorsqu'il avait une demande, quand bien même il avait l'impression de renvoyer une

forme de faiblesse. Il a découvert que, contrairement à ses attentes, cette expérience n'apportait pas d'effets malencontreux (il n'était pas abandonné, on ne le percevait pas comme faible), il se sentait donc mieux.

L'objectif primordial a été d'affaiblir cette croyance principale en fournissant des preuves qui ne soutiennent pas son schéma «abandon» qui, d'une certaine manière, maintenait sa souffrance. Lorsque des occasions suffisantes d'information sont stockées en mémoire, il est possible pour les patients d'utiliser ces expériences comme un moyen de faciliter des interprétations plus adaptées des événements.

Par ailleurs, en lien avec la théorie sur l'accessibilité du *construct*, plus la nouvelle information est utilisée fréquemment, plus elle devient accessible et interconnectée avec d'autres réseaux (Rusinek, Graziani, Servant et Deregnaucourt, 2004). L'expérience de rupture permet alors au patient d'acquérir suffisamment d'exemples de comportements de schémas contraires aux siens pour faciliter une nouvelle organisation cognitive d'informations se référant à soi.

3. Conclusion

Ce chapitre dévolu aux thérapies individuelles et conjointes du traumatisme psychologique et du burnout nécessite, et nous insistons à nouveau, (1) une formation en psychologie de haut niveau et (2) des règles éthiques et déontologiques qui garantissent aux patients le respect de sa dimension psychique. Elles ne sont donc pas à prendre comme des recettes, ou comme un manuel du « parfait » thérapeute. Il s'agit de pistes de travail qui doivent être prises en compte dans la prise en charge des patients, chacune ayant sa spécificité.

La thérapie du burnout pathologique se focalise préférentiellement sur les stress chroniques et relationnels à l'origine de la souffrance, tant par la mise en critique des pensées que par la construction de nouvelles stratégies de gestion des relations pathogènes. La thérapie du traumatisme psychologique va se centrer sur les comportements, les pensées et les émotions. Elle permettra de s'exposer aux situations redoutées avec un sentiment de sécurité et de revivre « comme avant » les situations de la vie courante, sans émotions invalidantes, sans reviviscences anxiogènes. Enfin, la thérapie du burnout pathologique et du traumatisme psychologique s'intéressera aux schémas

de pensée du patient et à la relation qu'il noue avec le thérapeute. Ce sont des aspects existentiels qui font le pont entre le présent, le passé et le futur qui seront au cœur du travail psychothérapique.

Chaque thérapie sera aménagée et déterminée dans le respect de la singularité du patient.

Conclusion générale

Le burnout, notamment pathologique, et le traumatisme psychologique sont des manifestations psychopathologiques prégnantes au sein de notre société, et leur développement conjoint ne peut être ignoré dans certaines situations. La souffrance et la détresse sont marquées chez les personnes qui en sont atteintes. Elles sont visibles sur le plan clinique : nous avons identifié un ensemble de symptômes appartenant à la fois aux critères diagnostiques du traumatisme psychologique et à la séméiologie du burnout. Malgré la difficulté à déterminer les relations de cause à effet, nous pensons que le burnout pathologique intervient pour potentialiser l'impact des événements traumatogènes dans le développement d'un traumatisme psychologique comme le trouble de stress post-traumatique.

Nous avons observé par ailleurs la correspondance entre des expériences actuelles de violence, d'agressions, de face-à-face anxio-gènes, et des expériences passées, notamment de violence, dans la sphère familiale durant l'enfance et l'adolescence. Les patients évoquent d'ailleurs lors des entretiens cliniques spontanément les relations qu'ils entrevoient entre leur détresse actuelle et des scènes douloureuses de leur vie d'enfant ou d'adolescent, que nous avons identifiées comme des incidents critiques en lien avec leurs schémas de pensée pathogènes. Cet état les replonge dans des souffrances anciennes qui nous semblent maintenir l'état actuel.

En fait, ces deux troubles où le stress est impliqué présentent un grand nombre de symptômes communs qui rendent sans doute difficile une analyse dissociée de certains symptômes dans le cas d'un trouble conjoint, le burnout pathologique semblant agir comme un facteur de « vulnérabilisation », de « préparation », de « sensibilisation » ou de fragilisation pour le trouble de stress traumatique.

En parallèle, les schémas de pensée activés auraient un rôle dans le développement et le maintien des deux troubles conjoints. Nous pensons que plus les sources de stress, notamment au niveau relationnel, sont importantes, plus les schémas de pensée pathogènes sont activés. Plus les schémas de pensée pathogènes sont activés,

plus le filtrage dysfonctionnel des informations est important, ce qui peut être un facteur favorisant l'émergence d'un burnout pathologique. Une fois le burnout pathologique installé, l'activation des schémas est maintenue, fragilisant ainsi le sujet face à un événement violent et soudain, en favorisant subjectivement la perception traumatique.

La sensibilisation par le burnout aux événements potentiellement stressants nous semble être un processus des plus importants dans l'installation de troubles de stress traumatique mais peut-être aussi d'autres troubles anxio-dépressifs. Le développement conjoint d'un burnout pathologique et d'un traumatisme psychologique, entretenu par l'activation des schémas pathogènes, en intensifiant la souffrance, la détresse et l'impuissance des personnes, peut alors évoluer vers un trouble anxio-dépressif sinon une dépression sévère.

Il nous semble donc nécessaire qu'une aide psychologique soit mise en place avant de tels développements. Sur ce point, depuis un certain temps se développent des partenariats avec des entreprises chargées de l'intervention auprès de personnes ayant vécu des « chocs traumatiques » dans le cadre de leur travail. C'est le cas dans le domaine bancaire, dans celui de la sécurité publique ou privée, chez les transporteurs de fonds et dans les administrations d'accueil des usagers (Caisses d'allocations familiales, mairies, etc.). Certaines structures emploient d'ailleurs directement des psychologues dans le cadre de l'accompagnement psychologique des professionnels (ministère de l'Intérieur, Administration pénitentiaire...).

La demande expresse se focalise alors sur une prise en charge post-immédiate de la détresse des personnels et, très souvent, l'attente principale concerne un « débriefing ». On peut s'interroger sur cette technique, dont l'efficacité est sujette à caution. On entrevoit également un problème dans ce type d'intervention. En effet, d'une part les processus visés ne sont pas spécifiés (sur quels processus psychologiques le débriefing va-t-il agir ?) et, d'autre part, rien n'est pensé dans le cadre d'un éventuel effet sensibilisant du burnout. En effet, si le traitement se donne comme objectif d'éviter le développement d'un traumatisme psychologique, il faudrait qu'il agisse non seulement sur les symptômes de stress aigu (puisque le débriefing a lieu quelques heures après l'événement) mais aussi sur l'épuisement émotionnel, le désinvestissement et le sentiment d'inefficacité personnelle, et sur l'interprétation parfois complètement dysfonction-

nelle et disproportionnée de l'événement, comme c'est parfois le cas lorsque le patient a été préalablement rendu vulnérable par un burnout pathologique. Sur ce point, nous pensons que d'autres pratiques que le débriefing devraient être plus efficaces. Nous pensons en particulier ici à la restructuration cognitive qui est utilisée dans la thérapie du traumatisme psychologique.

Que faire lorsque un patient souffre à la fois d'un burnout pathologique et d'un traumatisme psychologique? La prise en charge psychothérapique s'impose immédiatement. Bien entendu, il nous semble qu'elle doit obéir à certains principes. Cette prise en charge soulève également des questions. Notamment en ce qui concerne le burnout pathologique, trop peu de travaux cliniques ou expérimentaux portent sur la thérapie du burnout pathologique. Or ce dernier provoque une détresse manifeste et un retrait de la relation à autrui qui, lorsqu'ils se prolongent, peuvent conduire vers un sentiment d'impuissance et de désespoir, cognitions clés de la dépression. Des travaux spécifiques sur la thérapie du burnout pathologique sont donc urgents.

Par ailleurs, le développement concomitant du trouble de burnout et d'un traumatisme psychologique ne peut pas être pensé sans référence aux schémas de pensée pathogènes. En effet, les événements passés, notamment les victimisations durant l'enfance et l'adolescence, font écho à la souffrance présente, de sorte que la prise en charge psychologique nécessite l'intégration d'un volet «Thérapie Schémas» (Rusinek, 2006). Les recherches et les prises en charge psychothérapiques que nous avons faites montrent que la thérapie d'un patient souffrant d'un traumatisme psychologique et d'un burnout pathologique ne peut qu'être multimodale et ne peut pas être réduite à une (ou des) séance(s) de débriefing.

Comme le rappelle Hautekeete (2001), «le stress est un phénomène qui semble envahir notre vie». Les conditions de vie actuelles, sur le plan relationnel en particulier, l'exposition (en imaginaire – entretenue par les *mass media* – et dans la réalité) à des agressions de toutes sortes, sont également susceptibles de faire du burnout pathologique et du traumatisme psychologique des phénomènes envahissants dans notre vie. Au regard de la souffrance qu'ils produisent, il est nécessaire d'œuvrer à une compréhension et à une prise en charge des patients.

Bibliographie

- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (1983). *DSM III: Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*, 3^e éd., Paris, New York, Barcelone, Masson.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (2003). *DSM-IV-TR: Manuel diagnostique des troubles mentaux*, trad. J.-D. GUELF, 4^e éd., Paris, Masson.
- ANDREWS B., BREWIN C.R., ROSE S. et KIRK M. (2000). « Predicting PTSD symptoms in victims of violent crime: The role of shame, anger, and child abuse », *Journal of Abnormal Psychology*, 109, 69-73.
- BAEYENS C. et PHILIPPOT P. (2003). « La prévention secondaire du syndrome de stress post-traumatique : Les débriefings psychologiques en question », *L'Encéphale*, XXIX, 535-544.
- BAKKER A.B., DEMEROUTI E., DE BOER E. et SCHAUFELI W.B. (2003). « Job demands and job resources as predictors of absence duration and frequency », *Journal of Vocational Behaviour*, 62 (2), 341-356.
- BARBEAU I. (2001). « L'épuisement professionnel: se brûle-t-on encore? », *Psychologie Québec*, 18 (2), 21-25.
- BECK A.T. (1976). *Cognitive Therapy and the Emotional Disorders*, Oxford (Angleterre), International Universities Press.
- BECK A.T. et EMERY G. (1985). *Anxiety Disorders and Phobias: A Cognitive Perspective*, New York, Basic Book.
- BECK A.T. et FREEMAN A. (1990). *Cognitive Therapy of Personality Disorders*, New York, Guilford Press.
- BECK A.T., RIAL W.Y. et RICKETS K. (1974). « Short form of depression inventory, Cross validation », *Psychological Reports*, 34 (3), 1184-1186.

- BECK A.T., RUSH A.J., SHAW B.F. et EMERY G. (1979). *Cognitive Therapy of Depression*, New York, Wiley.
- BIBEAU G., DUSSAULT G., LAROUCHE L.-M., LIPPEL K., SAUCIER J.-F., VÉZINA M. *et al.* (1989). « Certains aspects culturels, diagnostiques et juridiques du burn-out », *Pistes et repères opérationnels*, Montréal, GIRAME, Université de Montréal.
- BOISVERT J.-M. et BEAUDRY M. (1979). *S'affirmer et communiquer*, Québec, Les Éditions de l'homme.
- BOUCHARD S. et FREESTON M. (1995). « Schema cognitif et anxiété, I – Considérations théoriques et cliniques », *Journal de thérapie comportementale et cognitive*, 5 (1), 7-16.
- BOUDOUKHA A.H. (2006). « Étude conjointe du burnout et des troubles de stress post-traumatique dans une population à risques », dans *Cas des professionnels en milieu carcéral*, Lille 3 Charles-de-Gaulle, Villeneuve d'Ascq.
- BOUDOUKHA A.H. et HAUTEKEETE M. (2007). « Burnout, une conséquence de la relation à autrui chronique et stressante », dans AFTCC (éd.), Paris, 35^e Journées nationales de thérapie comportementale et cognitive.
- BOUDOUKHA A.H., HAUTEKEETE M. et GROUX W. (2004). « L'épuisement professionnel chez les surveillants de prison : Effet de la relation avec les détenus sur l'expression d'un stress chronique », *Journal de thérapie comportementale et cognitive*, 14 (hors série), 15.
- BOUDOUKHA A.H., PRZYGODZKI-LIONET N. et HAUTEKEETE M. (à paraître). « Traumatic events and Early Maladaptive Schemas (EMS) : The psychological vulnerability to prison guards », *European Revue of Applied Psychology*.
- BRADLEY W.B. (1969). « Community-based treatment for young adult offenders », *Crime and Delinquency*, 15 (3), 359-370.
- BRENNINKMEIJER V., VAN YPEREN N.W. et BUUNK B.P. (2001). « I am a better teacher, but other are doing worse: Burnout and perceptions of superiority among teachers », *Social Psychology of Education*, 43 (3-4), 259-274.
- BRESLAU N., DAVIS G.C., ANDRESKI P. et PERTERSON E. (1991). « Traumatic events and posttraumatic stress disorder in an urban

- population of young adults», *Archive of General Psychiatry*, 48, 216-222.
- BRESLAU N., KESSLER R.C., CHILCOAT H.D., SCHULTZ L.R., DAVIS G.C. et ANDRESKI P. (1998). «Trauma and posttraumatic stress disorder in the community: The 1996 Detroit Area Survey of Trauma», *Archives of General Psychiatry*, 55, 626-632.
- BREWER W.F. et NAKAMURA G.V. (1984). «The nature and function of schemas», in R.S. WYER et T.K. SRULL (ed.), *Handbook of Social Cognition*, Hillsdale, New Jersey, Erlbaum, vol. 1, p. 119-160.
- BREWIN C.R., ANDREWS B. et VALENTINE J.D. (2000). «Meta-analysis of risk factors for Posttraumatic Stress Disorder in trauma-exposed adults», *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68 (5), 748-757.
- BREWIN C.R., DALGLEISH T. et JOSEPH S. (1996). «A dual theory of posttraumatic stress disorder», *Psychological Review*, 103, 670-686.
- BRUNET A., KING S. et WEISS D.S. (1998). Version française de l'«Impact of Event Scale revised», manuscrit non publié.
- CALHOUN L.G., CANN A., TEDESCHI R.G. et McMILLAN J. (1998). «Traumatic events and generational differences in assumptions about a just world», *Journal of Social Psychology*, 136 (6), 789-791.
- CARIOU-ROGNANT A.-M., CHAPERON A.-F. et DUCHESNE N. (2007). *L'Affirmation de soi par le jeu de rôle*, Paris, Dunod.
- CASTRO D. (2005). «Étude de cas», *Pratiques psychologiques*, 11 (3), 209-210.
- CHERNISS C. (1980). *Staff Burnout. Job Stress in the Human Services*, Beverly Hills, Sage.
- COLLET L. et COTTRAUX J. (1986). «Inventaire abrégé de la dépression de Beck (13 items). Étude de la validité concurrente avec les échelles de Hamilton et de ralentissement de Widlöcher», *L'Encéphale*, 12, 77-79.

- CORDES C.L. et DOUGHERTY T.W. (1993). «A review and an integration of research on job burnout», *Academy of Management Review*, 18 (4), 621-656.
- CÔTÉ L., EDWARDS H. et BENOIT N. (2005). «S'épuiser et en guérir : Analyse de deux trajectoires selon le niveau d'emploi», *Revue internationale sur le travail et la société*, 3 (2), 835-865.
- COTTRAUX J. (1985a). «Basic idea», n J. COTTRAUX, M. BOUVARD et P. LEGERON (ed.), *Méthodes et échelles d'évaluation des comportements*, Issy-les-Moulineaux, EAP – Échelles d'applications psychotechniques, p. 64-70.
- COTTRAUX J. (1985b). «Grille SECCA», in J. COTTRAUX, M. BOUVARD et P. LEGERON (ed.), *Méthodes et échelles d'évaluation des comportements*, Issy-les-Moulineaux, EAP – Échelle d'applications psychotechniques.
- CRABBE J.M., BOWLEY D.M.G., BOFFARD K.D., ALEXANDER D.A. et KLEIN S. (2004). «Are health professionals getting caught in the crossfire? The personal implications of caring for trauma victims», *Emerg. Med. J.*, 21, 568-572.
- CRESSWELL S.L. et EKLUND R.C. (2004). «The athlete burnout syndrome : possible early signs», *Journal of Science and Medicine in Sport*, 7 (4), 481-487.
- DALGLEISH T. (2004). «Cognitive approach to posttraumatic stress disorder: the evolution of multirepresentationnal theorizing», *Psychological Bulletin*, 130 (2), 226-260.
- DALGLEISH T. et POWER M. (2004). «Emotion-specific and emotion-non-specific components of posttraumatic stress disorder (PTSD): implications for a taxonomy of related psychopathology», *Behavior Research and Therapy*, 42 (9), 1069-1088.
- DAVIDSON J.R.T., KUDLER H.S., SAUNDERS W.B. et SMITH R.D. (1990). «Symptoms and comorbidity pattern in World Wild and Vietnam Veterans with posttraumatic stress disorder», *Comprehensive Psychiatry*, 31, 162-170.
- DE CLERC M. et LEBIGOT F. (2001). *Les Traumatismes psychologiques*, Paris, Masson.
- DE VENTE W., OLFF M., VAM AMSTERDAM J.G.C., KAMPHUIS J.H. et EMMELKAMP P. (2003). «Physiological differences between

- burnout patients and healthy controls: blood pressure, heart rate, and cortisol responses», *Occup. Environ. Med.*, 60 (suppl. I), i54-i61.
- DION G. et TESSIER R. (1994). «Validation de la traduction de l'inventaire d'épuisement professionnel de Maslach et Jackson», *Revue canadienne des sciences du comportement*, 26, 210-227.
- DUNMORE E., CLARK D.M. et EHLERS A. (1997). «Cognitive factors in persistent versus recovered post-traumatic stress disorder after physical or sexual assault: A pilot study», *Behavioral and Cognitive Psychotherapy*, 25, 147-159.
- DUNMORE E., CLARK D.M. et EHLERS A. (1999). «Cognitive factors involved in the onset and the maintenance of posttraumatic stress disorder (PTSD) after physical or sexual abuse», *Behavior Research and Therapy*, 37, 809-829.
- EDELWICH J. et BRODSKY A. (1980). *Burnout: Stages of Disillusionment in the Helping Professions*, New York, Human Sciences Press.
- EHLERS A. et CLARK D.M. (2000). «A cognitive model of posttraumatic stress disorder», *Behavior Research and Therapy*, 38 (4), 319-345.
- ELLIS A. (1962). *Reason and Emotion in Psychotherapy*, New York, Lyle Stuart.
- EPICTÈTE. *Manuel*, Maximes V, traduit du grec ancien par André Dacier, Paris, Pissot, 1776.
- FANGET F. et ROUCHOUSE B. (2007). *L'affirmation de soi, une méthode de thérapie*, Paris, Odile Jacob.
- FERNET C., GUAY F. et SENÉCAL C. (2004). «Adjusting to job demands: the role of work self-determination and job control in predicting burnout», dans *Journal of Vocational Behaviour*, 65 (1), 39-56.
- FOA E.B. et McNALLY R.J. (1996). «Mechanisms of change in exposure therapy», in R.M. RAPEE (ed.), *Current Controversies in the Anxiety Disorders*, New York, Guilford Press, p. 329-343.
- FOA E.B., RIGGS D.S., MASSIE E.D. et YARCZOWER M. (1995). «The impact of fear activation and anger on the efficacy of exposure

- treatment for posttraumatic stress disorder», *Behavior Therapy*, 26, 487-499.
- FOY D.W., SIPPRELLE R., RUEGER D. et CARROLL E.M. (1984). « Etiology of posttraumatic stress disorder in Vietnam veterans : Analysis of premilitary, military and combat exposure influences », *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 52, 79-87.
- FREUDENBERGER H.J. (1974). « Staff burnout », *Journal of Social Issues*, 30 (1), 159-165.
- FREUDENBERGER H.J. (1977). « Burn-out: the organizational menace », *Training and Development Journal*, 31 (7), 26-27.
- GLASS D.C. et MCKNIGHT J.-D. (1996). « Perceived control, depressive symptomatology, and professional burnout: A review of the evidence », dans *Psych Health*, 11, 23-48.
- GOLOMBIEWSKI R.T., BOUDREAU R.A. et LUO H. (1994). *Global Burnout: A Worldwide Pandemic Explored by the Model Phase*, Greenwich, JAI Press.
- GREENGLASS E.R., RONALD J.B. et MOORE K.A. (2003). « Reactions to increased workload: Effects on professional efficacy of nurses », *Applied Psychology: An International Review*, 52 (4), 580-597.
- GUÉRITAULT-CHALVIN V. et COOPER C. (2004). « Mieux comprendre le burnout professionnel et les nouvelles stratégies de prévention: Un compte rendu de la littérature », *Journal de thérapie comportementale et cognitive*, 14 (2), 59-70.
- HASTIE R. (1981). « Schematic principles in human memory », in E.T. HIGGINS, C.P. HERMAN et M.P. ZANNA (ed.), *Social Cognition: The Ontario Symposium*, Hillsdale, NJ, Erlbaum, vol. 1, p. 395-420.
- HAUTEKEETE M. (1995). « Sciences cognitives, psychologie cognitive, thérapies cognitives », *Journal de thérapie comportementale et cognitive*, 5 (1), 3-6.
- HAUTEKEETE M. (1998). « Principes généraux des thérapies cognitives », in B. SAMUEL-LAJEUNESSE, C. MIRABEL-SARRON, L. VERA, F. MEHRAN et coll. (éd.), *Manuel de thérapie comportementale et cognitive*, Paris, Dunod.

HAUTEKEETE M. (2001). «Comment définir un ensemble de concepts complexes: Stress, adaptation et anxiété», in P. GRAZIANI, M. HAUTEKEETE, S. RUSINEK et D. SERVANT (ed.), *Stress, anxiété et troubles de l'adaptation*, Paris, Acanthe/Masson, p. 1-13.

HAUTEKEETE M., HAUTEKEETE-SENCE D., RUSINEK S., GRAZIANI P.L., CORDONNIER C. et HUMEZ C. (2001). «Le questionnaire de Schémas cognitifs forme adulte SCP II», papier présenté à la 29^e Journée scientifique de thérapie comportementale et cognitive, Paris.

HOROWITZ M.J., WILNER M. et ALVAREZ W. (1979). «Impact of Event Scale: A measure of subjective stress», *Psychosomatic Medicine*, 41, 209-218.

INSERM E.C. (2004). «Psychothérapie: Trois approches évaluées», Paris, Les éditions INSERM.

JANOFF-BULMAN R. (1989). «Assumptive worlds and the stress of traumatic events: Applications of the schema construct», *Social Cognition*, 7, 113-136.

JANOFF-BULMAN R. (1992). *Shattered Assumptions: Towards a New Psychology of Trauma*, New York, Free Press.

JAYARTNE S., HIMLE D. et CHESS W.A. (1988). «Dealing with work stress and strain: Is the perception of support more important than its use?», *Journal of Applied Behavioral Science*, 24(2), 191-2002.

JENKINS S.R. et BAIRD S. (2002). «Secondary traumatic stress and vicarious trauma: A validation study», *Journal of Traumatic Stress*, 15(5), 423-432.

JOLLY A. (2000). «Événements traumatiques et état de stress post-traumatique: Une revue de la littérature épidémiologique», *Annales médico-psychologiques*, 158(5), 370-378.

JOSEPH S.A., YULE W., WILLIAMS R. et HODGKINSON P. (1994). «The herald of free enterprise disaster: Correlates of distress at thirty months», *Behavior Research and Therapy*, 32, 521-524.

KAHILL S. (1988). «Symptoms of professional burnout: A review of the empirical evidence», *Canadian Psychology*, 76, 523-537.

- KAHN J. (1993). *Mental Health in the Workplace: A Practical Psychiatric Guide*, New York, Van Nostrand Reinhold.
- KANT I. (1864). *Critique de la raison pure*, trad. J. Tissot, 3^e éd., Paris, Ladrance.
- KENNERLEY H. (2008). *Peurs, anxiété et phobies: un guide personnel à vivre au quotidien*, Paris, Dunod.
- KOP N., EUWEMA M. et SCHAUFELI W.B. (1999). « Burnout, job stress and violent behaviour among Dutch police officers », *Work and Stress*, 13 (4), 326-340.
- KULIK L. et RAYYAN F. (2003). « Spousal relation and well-being: A comparative analysis of Jewish and Arab dual-earner families in Israel », *Journal of Community Psychology*, 31 (1), 57-73.
- LADOUCEUR R., BOUCHARD M.-A. et GRANGER L. (1977). *Principes et applications des thérapies comportementales*, Saint-Hyacinthe, Quebec, Edisem Inc.
- LAROUCHE L.-M. (1985). « Manifestations cliniques du “burn-out” chez les médecins », *Santé mentale au Québec*, X (2), 145-150.
- LAZARUS A.A. (1973). « Multimodal behavior therapy, treating the “basic id” », *Journal of Nervous and Mental Disease*, 156, 404-411.
- LAZARUS R.S. et FOLKMAN S. (1984). *Stress, Appraisal and Coping*, New York, Springer.
- LEBIGOT F. et LAFONT B. (1985). « Psychologie de l'épuisement professionnel », *Annales médico-psychologiques*, 143 (8), 769-775.
- LEITER M.P. et SCHAUFELI W.B. (1996). « Consistency of the burnout construct across occupations », *Anxiety, Stress and Coping*, 9, 229-243.
- LIDVAN-GIRAULT N. (1989). « Burn-out: émergence et stratégie d'adaptation. Le cas de la médecine d'urgence », Paris, Université Paris 5-René-Descartes.
- LITZ B.T. (1992). « Emotional numbing in combat-related post-traumatic stress disorder: A critical review and reformulation », *Clinical Psychology Review*, 12, 417-432.

- LOUREL M., GANA K., PRUD'HOMME V. et CERCLÉ A. (2004). « Le burn-out chez les personnels des maisons d'arrêt : test du modèle "demande-contrôle" de Karasek », *L'Encéphale*, XXX, 557-563.
- MANDLER G. (1984). *Mind and Body: Psychology of Emotion and Stress*, New York, Norton.
- MASLACH C. (1976). « Burned-out », *Human Behavior*, 5 (9), 16-22.
- MASLACH C. (1982). « Understanding burnout : definitional issues in analysing a complex phenomenon », in W.S. PAINE (ed.), *Job Stress and Burnout: Research, Theory and Intervention Perspectives*, Beverly Hills, CA, Sage Publications, p. 29-40.
- MASLACH C. (2001). « What we learned about burnout and health ? », *Psychology and Health*, 16, 607-611.
- MASLACH C. et JACKSON S.E. (1981). « The measurement of experienced burnout », *Journal of Occupational Behaviour*, 2, 99-113.
- MASLACH C. et JACKSON S.E. (1986). *Maslach Burnout Inventory: Manual*, 2^e éd., Palo Alto, CA Consulting Psychologist Press Inc.
- MASLACH C. et JACKSON S.E. (1991). « The measurement of experienced burnout », in G.L. COOPER (ed.), *Industrial and Organizational Psychology*, Hants (Angleterre), Edward Elgar Publishing Limited, vol. II, p. 253-266.
- MASLACH C. et LEITER M.P. (1997). *The Truth about Burnout: How Organizations Cause Personal Stress and What to Do About It*, San Francisco, CA, Jossey-Bass.
- MASLACH C. et SCHAUFELI W.B. (1993). « Historical and conceptual development of burnout », in W.B. SCHAUFELI, C. MASLACH et T. MARCK (ed.), *Professional Burnout: Recent Developments in the Theory and Research*, Washington, Taylor et Francis, p. 1-16.
- MASLACH C., SCHAUFELI W.B. et LEITER M.P. (2001). « Job burnout », *Annu. Rev. Psychol.*, 52, 397-422.
- MAURANGES A. et CANOÛI P. (2001). *Le Syndrome d'épuisement professionnel des soignants. De l'analyse du burn out aux réponses*, Paris, Masson.

- McFALL R.M. (1976). «Behavioral training: a skill-acquisition approach to clinical problems», in J.T. SPENCE, R.C. CARSON et J.W. THIBAUT (ed.), *Behavioral Approaches to Therapy*, Morriston, N.J., General Learning Press.
- McFARLANE A.C. (1996). «Resilience, vulnerability, and the course of posttraumatic reaction», in A.B. VAN DER KOLK, A.C. McFARLANE et L. WEISAETH (ed.), *Traumatic Stress: The Effect of Overwhelming Experience on Mind, Body and Society*, New York, Guilford Press, p. 155-181.
- McMANUS I.C., WINDER B.C. et GORDON D. (2002). «The causal links between stress and burnout in a longitudinal study of UK doctors», *Lancet*, 359, 2089-2090.
- MURRAY J., EHLERS A. et MAYOU R.A. (2002). «Dissociation and posttraumatic stress disorder: Two prospective studies of motor vehicle accident survivors», *British Journal of Psychiatry*, 180, 363-368.
- NEISSER U. (1976). *Cognition and Reality*, San Francisco, Freeman.
- NORTH C.S., SMITH E.M. et SPITZNAGEL E.L. (1994). «Posttraumatic stress disorder in survivors of a mass shooting», *American Journal of Psychiatry*, 151, 82-88.
- OSCA A., GONZÁLEZ-CARMINO G., BARDERA P. et PEIRO J.M. (2003). «Estrès de rol y su influencia sobre bienestar físico y psíquico en soldas profesionales», *Psicothema*, 15 (1), 12-17.
- OZER E.J., BEST S.R., LIPSEY T.L. et WEISS D.S. (2003). «Predictors of posttraumatic stress disorder and symptoms in adults: a meta-analysis», *Psychological Bulletin*, 129 (1), 52-73.
- OZER E.J. et WEISS D.S. (2004). «Who develops posttraumatic stress disorder? Current directions», *Psychological Science*, 13 (4), 169-172.
- PHILIPPOT P. (2007). *Émotion et psychothérapie*, Wavre (Belgique), Mardaga.
- PINES A., ARONSON E. et KAFRY D. (1981). *Burnout: from Tedium to Personnal Growth*, New York, Free Press.
- REYNOLDS M. et BREWIN C.R. (1998). «Intrusive cognitions, coping strategies and emotional responses in depression, post-

- traumatic stress disorder and a non-clinical population», *Behaviour Research and Therapy*, 36 (2), 135-147.
- RICHARDSSEN A.M. et MARTINUSSEN M. (2004). «The Maslach burnout inventory: Factorial validity and consistency across occupational groups in Norway», *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 77, 377-384.
- RUSINEK S. (2004). «Réflexion sur la notion de schémas», manuscrit non publié, Villeneuve d'Ascq.
- RUSINEK S. (2006). *Soigner les schémas de pensée: Une approche de la restructuration cognitive*, Paris, Dunod.
- RUSINEK S., GRAZIANI P., SERVANT D. et DEREGNAUCOURT I. (2004). «Thérapie cognitive et schémas cognitifs: Un aspect du paradoxe», dans *Revue européenne de psychologie appliquée*, 54, 173-177.
- RUSINEK S. et HAUTEKÈETE M. (1999). «Instrument d'étude des schémas des enfants: L'inventaire des schémas précoces pour enfants (ISPE)», *Journal de thérapie comportementale et cognitive*, 9 (2), 55-61.
- SABOURAUD-SEGUIN A. (2001). *Revivre après un choc, comment surmonter le traumatisme psychologique*, Paris, Odile Jacob.
- SALTER A. (1949). *Conditioned Reflex therapy*, New York, Capricorn, 2^e éd, 1961.
- SCARFONE D. (1985). «Le syndrome d'épuisement professionnel (burnout): Y aurait-il de la fumée sans feu?», *Annales médico-psychologiques*, 143 (8), 754-761.
- SCHAT A.C.H. et KELLOWAY K.E. (2003). «Reducing the adverse consequences of workplace aggression and violence: The buffering effects of organizational support», *Journal of Occupational Health Psychology*, 8 (2), 110-122.
- SCHAUFELI W.B., BAKKER A.B., HOOGDUIN K., SCHAAP C. et KLADLER A. (2001). «On the clinical validity of the Maslach Burnout Inventory and the Burnout Measure», *Psychology and Health*, 16, 565-582.
- SCHAUFELI W.B. et ENZMANN D. (1998). *The Burnout Companion to Study and Practice*, Palo Alto, Taylor and Francis.

- SCHMIDT N., JOINER JR T.E., YOUNG J.E. et TELCH M.J. (1995). «The Schema Questionnaire: Investigation of psychometric properties and the hierarchical structure of a measure of maladaptive schemas», *Cognitive Therapy and Research*, 19 (3), 295-321.
- SHAPIRO F. (2001). *Eye Movement Desensibilization and Reprocessing: Basic Principles, Protocols and Procedures*, New York, Guilford Press.
- SHIROM A. (2005). «Reflection on the study of burnout», *Work and Stress*, 19 (3), 263-270.
- SHIROM A. et EZRACHI Y. (2003). «On the discriminant validity of burnout, depression and anxiety. A re-examination of the burnout measure», dans *Anxiety, Stress and Coping*, 16 (1), 83-97.
- SHIROM A., MELAMED S., TOKER S., BERLINER S. et SHAPIRA I. (2005). «Burnout, mental and physical health: A review of the evidence and a proposed explanatory model», dans *International Review of Industrial and Organizational Psychology*, 20, 269-309.
- SPEED N., ENGDHAL B., SCHAWARZ J. et EBERLY R. (1989). «Post-traumatic stress disorder as a consequence of POW experience», dans *Journal of Nervous and Mental Disease*, 177, 147-153.
- SULS J. et BUNDE J. (2005). «Anger, anxiety, and depression as risk factors for cardiovascular disease: the problems and implications of overlapping affective dispositions», dans *Psychological Bulletin*, 131 (2), 260-300.
- TAYLOR S.E. et CROCKER J. (1981). «Schematic bases of social information processing», dans E.T. HINGGINS, C.P. HERMAN et M.P. ZANNA (ed.), *Social Cognition: The Ontario Symposium*, Hillsdale, NJ, Erlbaum, vol. 1, p. 89-134.
- TAYLOR S., THORDARSON D.S., MAXFIELD L., FEDOROFF, I.C., LOWEL K. et OGRODNICZUK J. (2003). «Comparative efficacy speed, and adverse effects of three PTSD treatments: Exposure therapy, EMDR, and relaxation training», dans *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69, 541-551.
- TENNE H. et AFFLECK G. (1990). «Blaming other from threatening events», dans *Psychological Bulletin*, 108, 209-232.

- TISON P. (2003). « La dépression du sujet âgé : hypothèse de schémas cognitifs spécifiques », doctorat de psychologie, non publié, Lille, Lille 3-Charles-de-Gaulle.
- TOPPINEN-TANNER S., OJAJÄRVI A., VÄÄNÄNEN A., KALIMO R. et JÄPPINEN P. (2005). « Burnout as a predictor of medically certified sick leave absences and their diagnosed cause », dans *Behavioral Medicine*, 35 (1), 18-27.
- TRUCHOT D. (2004). *Épuisement professionnel et burnout : concepts, modèles, interventions*, Paris, Dunod.
- TRUCHOT D. et BADRÉ D. (2003). « Equity and the burnout process : The role of helping models », dans *Revue internationale de psychologie sociale*, 16 (4), 5-24.
- TRUCHOT D. et BADRÉ D. (2004). « Aggressions au travail et burnout chez les travailleurs sociaux : Influence de l'auto-efficacité et du pouvoir organisationnel », dans *Stress et Trauma*, 4 (3), 187-194.
- URSANO R.J., BELL C., ETH S., FRIEDMAN M.J., NORWOOD A., PFEFFERBAUM B. et al. (2004). *Practice Guideline for the Treatment of Patients with Acute Stress Disorder and Posttraumatic Stress Disorder*, Washington, D.C., APA.
- VAN DER PLOEG E. et KLEBER R.J. (2003). « Acute and chronic job stressors among ambulance personnel : Predictors of health symptoms », dans *Occup. Environ. Med.*, 60 (suppl. I), 40-46.
- VARTIA M. et HYYTI J. (2002). « Gender differences in workplace bullying among prison officers », dans *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 11 (1), 113-126.
- VENIGA R.L. et SPRADLEY J.P. (1981). *The Work/Stress Connection : How to Cope with Job Burnout*, Boston, Little, Brown.
- WEBER A. et JAEKEL-REINHARD A. (2000). « Burnout syndrome : a disease of modern societies? », dans *Occupational Medicine*, 50 (7), 512-517.
- WEISS D.S. et MARMAR C.R. (1997). *Assessing Psychological Trauma and PTSD*, New York, US Guilford Press.
- WESTMAN M. et ELTZION D. (1995). « Crossover of stress, strain and resources from spouse to another », dans *Journal of Organizational Behavior*, 16 (2), 169-181.

- WILLIAMS J.M.G., WATTS F.N., MCLEOD C. et MATTHEWS A. (1988). *Cognitive Psychology and Emotional Disorders*, Chichester, Wiley and Sons.
- WOLPE J. (1973). *Pratique de la thérapie comportementale*, trad. J. Rognant, Paris, Masson.
- WOLPIN J., BURKE R.J. et GREENGLASS E.R. (1991). « Is job satisfaction as antecedent or a consequence of psychological burnout? », dans *Human Relation*, 44, 193-209.
- YOUNG J.E. et KLOSKO J.S. (1993). *Je réinvente ma vie*, Montréal, Les Éditions de l'homme.
- YOUNG J.E., KLOSKO J.S. et WEISHAAR M.E. (2005). *La Thérapie des schémas: Approche cognitive des troubles de la personnalité*, Bruxelles, De Boeck Université.
- ZIMBARDO P.G. (1973). « On the ethics of intervention in human psychological research: With special reference to the Stanford prison experiment », dans *Cognition*, 2 (2), 243-256.

Index des notions

A-B

analyse fonctionnelle, 56
burnout, 8, 15
burnout pathologique, 24, 78

C-D

cas clinique, 47
débriefing, 100
désinvestissement, 18

E

échelle d'impact des événements -
révisée (IES-R), 51
EMDR, 104
épuisement émotionnel, 17
événements traumatogènes, 31

I-J

INSERM, 104
jeu de rôle, 97

M

Maslach Burnout Inventory
(MBI), 14, 49

P

psychothérapie du burnout
pathologique, 88

R

régulation des émotions, 107
relation thérapeutique, 121
restructuration cognitive, 106

S

schémas cognitifs, 81, 112
Schémas Cognitifs Précoces
Inadaptés (SCPI), 102
schémas de pensées, 62, 70
schémas précoces inadaptés, 115
sentiment d'inefficacité
personnelle, 18
stress, 18

T

TCC, 48, 103
thérapie des pensées, 89, 105
thérapie d'exposition, 103
traumatisme psychologique, 30,
38, 112
trouble conjoint de burnout, 112
trouble conjoint de burnout et de
TPST, 78
trouble de burnout, 24
trouble de l'adaptation, 26
trouble de stress post-traumatique
(TSPT), 34, 36, 78

V

vulnérabilité à un traumatisme
psychologique, 40

Index des auteurs

B

Bandura A., 99
Beck A.T., 77, 89, 114
Boisvert J.M., 98
Boudoukha A.H., 24
Breslau N., 33
Brillon, 108

C

Cariou-Rognant A.M., 97
Castro D., 48

D

Dalgleish T., 28, 107

E

Ellis A., 105

F

Fanget F., 97
Folkman S., 18
Freudenberger H.J., 8

H

Hautekeete M., 48, 105, 129

L

Lazarus R.S., 18

M

Maslach C., 8

R

Rusinek S., 112, 116

S

Shapiro F., 104

T

Truchot D., 17

Y

Young J.E., 82, 102, 115, 117

conception
réalisation
mise en page

pca

44405 Rezé cedex

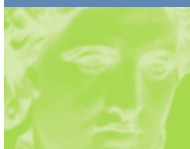
Abdel Halim Boudoukha

BURN-OUT ET TRAUMATISMES PSYCHOLOGIQUES

Stress, fatigue, épuisement, voire choc ou traumatisme ? Il ne se passe pas une journée sans que nous les invoquions pour expliquer notre état de santé, nos tracas passagers, nos échecs ou les comportements de nos semblables. Premier au rang des accusés, le stress, qui génère un mal-être, voire de véritables « maladies » ou souffrances psychiques. Il s'agit du **burn-out** (épuisement psychique) ou du **traumatisme psychologique** (stress post-traumatique).

Comment se créent et se développent de telles psychopathologies ? Comment s'expriment-elles cliniquement chez les patients ? Que faire et comment aider psychologiquement ces patients qui souffrent ?

Pour répondre à ces questions et bien d'autres encore, cet ouvrage aborde de façon très pédagogique les aspects tant cliniques que psychopathologiques des souffrances psychiques consécutives des violences et du stress de plus en plus prégnants dans les relations interpersonnelles.



Psychologie

ABDEL HALIM
BOUDOUKHA

Maître de conférences en psychologie clinique et psychopathologie à l'université de Nantes, il est aussi psychologue clinicien et psychothérapeute formé aux thérapies émotionnelles, comportementales et cognitives (TCC). Ses recherches dans le cadre du laboratoire LabECD EA-3259 portent sur les aspects cliniques, psychopathologiques et psychothérapeutiques du stress et des violences.



DUNOD

www.dunod.com