

- > En tant que partie intégrante d'un changement dépressif global du vécu et du comportement, la fatigue dans la dépression est moins facile à individualiser que la fatigue par exemple d'origine somatique ou médicamenteuse, ou que le syndrome de fatigue chronique.
- > Selon le type de dépression, la fatigue dépressive est traitée comme un épisode dépressif ou un trouble dépressif de l'adaptation. Au premier plan se trouvent les traitements psychothérapeutiques et psychopharmacologiques. En cas de résistance, des psychostimulants peuvent également être utilisés comme appoints.

Financement / Conflits d'intérêts

L'auteur n'a déclaré aucun lien financier ou personnel en rapport avec cet article.

Références

- 1 Organisation Mondiale de la Santé. Classification internationale des troubles mentaux et des troubles du comportement. CIM-10.
- 2 American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders DSM-5. APA, 2013.
- 3 Jud LL, Schettler PJ, Akiskal HS. The prevalence, clinical relevance and public health significance of subthreshold depression. *Psychiatr Clin North Am* 2002;25:685-98.
- 4 Angst J, Gamma A, Neuenschwander M, Adjacic-Gross V, Eich D, Rössler W, et al. Prevalence of mental disorders in the Zurich Cohort Study: a twenty year prospective study. *Epidemiol Psychiatr Soc*. 2005;14(2):68-76.
- 5 Ahola K, Honkonen T, Isometsä E, Kalimo R, Nykyri E, Aromaa A, et al. The relationship between job-related burnout and depressive disorders – results from the Finnish Health 2000 Study. *J Affect Disord*. 2005;88:55-62.
- 6 Jacobsen P, Donovan K, Weitzner M. Distinguishing fatigue and depression in patients with cancer. *Seminars in Clinical Neuropsychiatry* 2003;8:229-40.
- 7 Handke P. Essai sur la fatigue. Paris: Gallimard, 1996.
- 8 Han B. Müdigkeitsgesellschaft. 7. Auflage. Berlin: Matthez + Seitz; 2012.
- 9 Ferrentinos P, Kontaxakis V, Havaki-Kontaxakis B, et al. The Fatigue Questionnaire: Standardization in patients with major depression. *Psychiatry Res* 2010;177:114-9.
- 10 Fava M, Ball S, Nelson JC, Sparks J, Konechnik T, Classi P, et al. Clinical relevance of fatigue as a residual symptom in major depressive disorder. *Depress Anxiety*. 2014;31(3):250-7.
- 11 Ball HA, Sumathipala A, Siribaddana SH, Kovas Y, Glozier N, McGuffin P, et al. Aetiology of fatigue in Sri Lanka and its overlap with depression. *Br J Psychiatry*. 2010;197:106-13.
- 12 Karasz A, McKinley PS. Cultural differences in conceptual models of everyday fatigue: A vignette study. *J Health Psychol* 2007;12:613-26.
- 13 Hell D. Depression als Störung des Gleichgewichts. 2. Auflage. Stuttgart: Kohlhammer, 2013.
- 14 Ahola K, Hakkanen J. Job strain, burnout, and depressive symptoms: A prospective study among dentists. *J Affect Disord* 2007;104:103-10.
- 15 Papakostas GI, Nutt DJ, Hallett LA, Tucker VL, Krishen A, Fava M. Resolution of sleepiness and fatigue in major depressive disorder: a comparison of bupropion and the selective serotonin reuptake inhibitors. *Biol Psychiatry*. 2006;60(12):1350-5.
- 16 Chang T, Fava M. The future of psychopharmacology of depression. *J Clin Psychiatry* 2010;71:971-5.

Surmenage ou sous-menage: stress dangereux pour la santé

Fatigue en cas de burnout et boreout

Toni Brühlmann

Ambulantes Zentrum Zürich, Privatklinik Hohenegg, Meilen

Summary

Fatigue in burnout and boreout

When employing the terms *burnout* or *boreout*, one should take into account modern working conditions. They are the product of neo-capitalist economic development, meaning competition, competitive thinking, market analyses, global outsourcing, etc. An individual employee enjoys recognition and entitlement particularly based on his performance figures and position, acquired through rivalry with other employees. When one is needed and viewed as important, this reinforces one's job identity. One's narcissistic balance therefore greatly depends upon one's range of performance. If demands are too great, this may cause overload and burnout. If one's possibilities are limited, this may result in understimulation and boreout. Both may lead to psychophysical fatigue. Distinguishing between burnout fatigue and boreout fatigue opens the door to better understanding and targeted measures.

Key words: burnout; boreout; depression; depression from exhaustion

Résumé

Celui qui utilise les désignations *burnout* (syndrome d'épuisement professionnel) et *boreout* (syndrome d'épuisement professionnel par l'ennui) doit prendre en compte le monde du travail d'aujourd'hui. Ce monde est façonné par le développement économique néo-capitaliste, c'est-à-dire par la concurrence, l'esprit de compétition, les analyses de marché, l'externalisation à travers le monde, etc. Le simple employé obtient reconnaissance et légitimité presque uniquement par son rendement et l'obtention de la place convoitée par son combat de rivalité. Lorsqu'on est regardé comme quelqu'un d'utile et d'important, on se sent ancré dans l'identité professionnelle. L'équilibre narcissique dépend ainsi largement du champ d'activités. Si on nous en demande trop, il y a un risque de surmenage avec *burnout*; si on nous en demande trop peu, il y a un risque de «sous-menage» avec *boreout*. Les deux peuvent entraîner une fatigue psychophysique. La différenciation entre fatigue de *burnout* et fatigue de *boreout* permet une meilleure compréhension et des mesures plus ciblées.

Qu'est-ce que le burnout?

On sait aujourd'hui que le *burnout* n'est pas une entité clinique à part entière mais une cause fréquente de différentes maladies secondaires physiques et psychiques (tableaux de synthèse [1, 2]). Dans la CIM-10 (Classification Statistique Internationale des Maladies et des Problèmes de Santé Connexes), le *burnout* est un des facteurs Z qui décrivent des difficultés néfastes pour la santé dans la vie quotidienne. On peut ainsi le comprendre comme un état de risque [3]. Les maladies psychiatriques secondaires typiques sont les dépressions d'épuisement et les troubles de l'anxiété. La dépression liée au *burnout* est aujourd'hui la forme de dépression réactionnelle la plus fréquente. Selon l'ampleur, elle est codée dans la CIM-10 en tant que trouble d'adaptation dépressif ou épisode dépressif. Si la dimension dépressive fait défaut en cas d'épuisement, la catégorie de la neurasthénie est la plus appropriée.

D'un point de vue clinique, le syndrome principal est l'épuisement dans toutes ses dimensions, à savoir physique (par exemple, faiblesse musculaire), émotionnel (accablement), motivationnel (manque de motivation), cognitivo-mnésique (troubles de la concentration) et social (repli sur soi). L'épuisement est le plus souvent combiné à des symptômes de stress comme des troubles du sommeil, végétatifs ou des douleurs de tension. Un processus de *burnout* peut également se manifester par une crise de panique, avec le développement éventuel d'un réel trouble anxieux.

Qu'est-ce que le boreout?

Le *boreout* est encore moins une catégorie médicale à part entière que le *burnout*, et il n'est pas évalué scientifiquement. Le concept doit ici être exposé et discuté. L'expression s'est fait connaître en 2007 dans le livre «*Diagnose Boreout*» (Diagnostic: *boreout*) (réédition en 2014 sous le titre «*Unterfordert*» [Sous-mené]) écrit par Philipp Rothlin, diplômé en gestion d'entreprise et actif dans l'industrie de la finance, et Peter R. Werder, spécialiste en communication travaillant dans le domaine de la santé [4]. Ces auteurs définissent le *boreout* par les quatre termes *ennui*, *sous-menage*, *désintérêt* et *stratégies comportementales*. Il s'agit d'un manque de tâches captivantes et exigeantes, sur le plan qualitatif et/ou quantitatif. L'identification au travail et à l'entreprise se perd. Le travail quotidien devient alors un «long moment» difficile à supporter et frustrant.

La dynamique spécifique est décisive pour la compréhension. Les personnes touchées par le *boreout* ne sont, en premier lieu, ni des fainéants ni des employés démotivés. De la même manière que les personnes risquant le *burnout*, elles sont en principe ambitieuses et intéressées à l'idée de se réaliser avec succès dans le monde professionnel. Il leur manque simplement l'environnement de travail adéquat pour y parvenir,

que ce soit en raison d'un choix professionnel inadapté ou d'un lieu de travail inapproprié (par exemple, un supérieur hiérarchique qui ne confie que des tâches ennuyeuses). Pourtant, on s'agrippe au poste, par exemple, par peur de ne pas retrouver quelque chose de convenable. Avec le temps, le manque de reconnaissance entraîne une crise narcissique. En compensation, on a recours à des *stratégies comportementales dysfonctionnelles*: bien que l'on ait clairement trop peu à faire, on souhaite donner l'impression d'être très occupé, on fait durer les tâches, on participe à des réunions superflues, on est là le premier le matin et le dernier le soir. Un cercle vicieux destructeur se construit alors progressivement. La personne atteinte de *boreout* se désidentifie de plus en plus de son travail et tombe à un niveau de motivation et d'activité où plus aucun intérêt pour des tâches exigeantes ne peut être suscité. A l'aide des stratégies paradoxales, elle se maintient à distance de ses obligations et se réfugie dans des occupations privées (surf sur internet, envoi d'e-mails, etc.). L'activité est dévoyée.

Une situation professionnelle aussi peu gratifiante peut provoquer des *symptômes cliniques* présentant des similitudes avec ceux du *burnout*. Le symptôme principal n'est pas tant l'épuisement qu'une vacuité frustrante. Mais ici aussi, toutes les dimensions biopsychosociales sont touchées: les dimensions physique (lassitude, fatigue), émotionnelle (sentiments de frustration, langueur), motivationnelle (perte de motivation et d'intérêt), cognitivo-mnésique (réceptivité réduite) et sociale (repli sur soi, irritabilité). De la même manière, des maladies secondaires cliniquement significatives peuvent survenir, telles que la dépression ou les troubles somatoformes.

Le *boreout* peut ainsi se présenter au clinicien tel un *burnout*. La différenciation est avant tout rendue possible par l'exploration des conditions d'apparition, caractérisées pour le *burnout* par le surmenage et pour le *boreout* par le sous-menage. Il existe cependant des formes mixtes. Un *burnout* peut basculer vers un *boreout*: lorsque l'épuisement du *burnout* a l'effet d'une «démission intérieure» avec désidentification de l'emploi et que des stratégies comportementales paradoxales sont adoptées en tant qu'aide, un processus de *boreout* se met en marche. Il est également possible que, derrière l'étiquette aujourd'hui facilement utilisée du «j'ai un *burnout*», se cache en réalité un *boreout*.

Stress de burnout et stress de boreout

Aussi bien le surmenage de longue durée que le sous-menage sont associés à un risque de stress dangereux pour la santé. Leur différenciation est rendue plus plausible par le cercle du stress psychique. Ses éléments sont le facteur de stress (surcharge extérieure), les renforçateurs de stress (participation personnelle), la détresse (Devoir et Pouvoir sont trop éloignés l'un de

l'autre) et la réaction de stress (troubles). Si le cercle ne peut pas être rompu à temps, on se dirige vers un collapsus avec un syndrome clinique significatif.

En cas de *burnout* (figure 1), une spirale infernale s'amorce. L'élément déclenchant, à savoir le stress, inclut la surcharge de travail et de responsabilité, la pression de la part de l'entreprise, un supérieur hiérarchique difficile, etc. De plus, le candidat au *burnout* s'impose lui-même une énorme pression par des mécanismes intérieurs ancrés dans sa personnalité, notamment le perfectionnisme, la sur-responsabilité allant jusqu'au syndrome du sauveur, le contrôle compulsif anankastique ou l'addiction narcissique à l'admiration. La détresse naît de l'écart grandissant entre le Devoir (exigences intérieures et extérieures) et le Pouvoir (entre autres les compétences personnelles, le budget-temps et le soutien au travail). La réaction de stress se manifeste par l'épuisement accompagné de symptômes de stress. Les exigences données deviennent alors un déclencheur de stress encore plus important et le cercle devient de plus en plus vicieux, jusqu'à atteindre un dangereux épuisement physique et moral. En cas de *boreout* (figure 2), le facteur de stress est de type négatif et réside dans la frustration liée au sous-menage. Celle-ci est aggravée par les stratégies comportementales paradoxales. Initialement, celles-ci sont tout à fait apaisantes, mais progressivement, elles deviennent un piège. Comparativement au *burnout*, la détresse est ici inversée: le Devoir est plus bas que le Pouvoir. La réaction de stress réside dans un vide narcissique épuisant, accompagné d'une perte de la motivation. Le manque de tâches intéressantes s'accroît et le stress lié au sous-menage se renforce, entraînant finalement un sentiment d'«ennui mortel» [4], accompagné de symptômes cliniques. Le cercle vicieux de stress est soumis à un processus de ralentissement se renforçant lui-même.

La réaction de stress liée à la fatigue doit être regardée, pour le *burnout* comme pour le *boreout*, comme un renoncement à la forme de vie ou à la situation de vie actuelle: «Je suis fatigué de devoir toujours plus que je ne peux / de devoir toujours moins que je ne peux.»

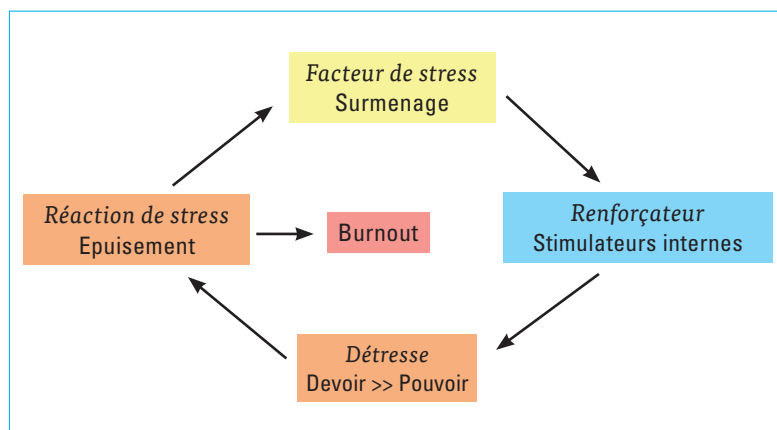


Figure 1: Burnout: spirale d'accélération.

Traitement et prévention

Il existe de nombreuses indications thérapeutiques en cas de *burnout* [5–7], mais pas en cas de *boreout*. Les recommandations suivantes sont à considérer comme cliniques-pragmatiques.

Accompagnement et conseil

Bien souvent, les patients consultent d'abord leur médecin de famille. Celui-ci peut déjà effectuer des interventions décisives. La première étape est un *accompagnement professionnel*. Il faut apprendre au patient souffrant de *burnout* à reconnaître sa surcharge, à en parler avec son supérieur hiérarchique et évaluer les possibilités de décharge et de soutien. Le patient souffrant de *boreout* a besoin de comprendre sa situation de blocage qui lui fait honte. Il doit reconnaître l'absurdité de ses stratégies comportementales paradoxales et discuter ouvertement de son sous-menage avec son supérieur. Souvent, la question d'un changement de poste se pose.

Dans l'*accompagnement de vie* (coaching), la recherche d'un nouvel équilibre de l'aménagement du quotidien est au premier plan. Le patient souffrant de *burnout* doit prendre des distances plus nettes avec son travail et incorporer davantage d'activités reposantes et intéressantes à son agenda (famille, amis, hobbies créatifs ou sportifs). Le patient souffrant de *boreout* n'occupe pas son temps libre avec des questions de travail ou d'entreprise. Il est cependant insatisfait et devrait aménager des activités ciblées, qui lui apportent joie, satisfaction et plénitude.

La question d'envisager une discussion avec le supérieur hiérarchique ou de contacter le service des ressources humaines se pose toujours, mais aussi celle de l'intégration d'un coach professionnel ou d'un conseiller de carrière.

Traitement spécial

Les thérapies corporelles (shiatsu, méthode Feldenkrais, technique Alexander, entre autres), les pratiques méditatives et les thérapies créatives (art, peinture, ergothérapie) constituent souvent une approche thérapeutique utile et à même de faire régresser la perte du rapport au corps, de la tranquillité et de la créativité. En plus des traitements à proprement parler, les massages, cours de détente et avant tout le sport sont recommandés.

Psychothérapie

En première ligne, les *méthodes éducatives et comportementales* sont indiquées. La gestion du stress en fait partie. Le patient souffrant de *burnout* doit admettre qu'il se surmène lui-même par des mécanismes intérieurs rigides; le patient souffrant de *boreout* doit reconnaître comment il aggrave son sous-menage par des comportements paradoxaux. Ce qui est ensuite décisif, c'est la mise en application au quotidien. Le

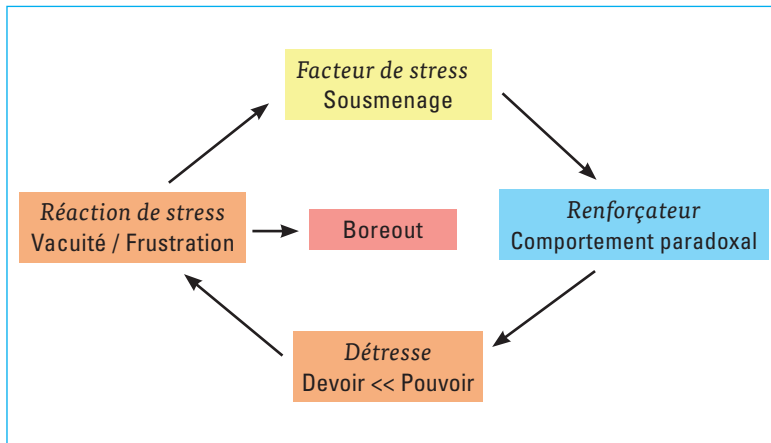


Figure 2: Boreout: spirale de ralentissement.

patient atteint de *burnout* doit par exemple se motiver à dire non, alors que celui atteint de *boreout* doit apprendre à cesser sa tactique de camouflage et à manifester de l'intérêt pour de nouvelles tâches. Pour renforcer l'autogestion, les ouvrages de référence ou le programme en ligne sont recommandés (sur le *burnout* [8, 9]).

L'approche analytique permet de discerner les schémas de dysfonctionnement, appris tout au long de la vie, dans la façon de vivre et de se comporter. Chez le patient souffrant de *burnout*, le perfectionnisme ou le syndrome du sauveteur peut être en rapport avec une conviction pilotée par le Surmoi («Je dois toujours prouver ma raison d'être»). La situation de *boreout* peut s'avérer être une mise en scène d'une compulsion de répétition autodestructive («Je suis de toute façon inutile et superflu»).

L'approche thérapeutique anthropologique se concentre sur la crise existentielle, dans laquelle les patients atteints de *burnout* ou de *boreout* sont tous enfoncés, et ceci plus ou moins consciemment. Les valeurs fondamentales et les objectifs principaux sont débattus. Le sens de la vie resurgit lorsque les patients parviennent à dépasser les restrictions auto-imposées dans leur manière de vivre et de se percevoir eux-mêmes. Il existe des modèles basés sur la philosophie existentialiste, qui démontrent et classent les formes d'élargissement de la vie et les niveaux d'auto-expansion [2, 3]. Un saut vers un nouveau sens des responsabilités est nécessaire dans tous les cas. Cela est également mis en relief dans la thérapie par l'acceptation et l'engagement [10].

Pharmacothérapie

Son indication dépend de l'importance des symptômes cliniques. La pharmacothérapie doit être envisagée en cas de troubles du sommeil persistants (antidépresseurs inducteurs de sommeil, hypnotiques spécifiques de manière provisoire), troubles anxieux (antidépresseurs, benzodiazépines de manière provisoire ou en

fonction de la situation) et de dépressions (antidépresseurs). Certains patients préfèrent les préparations à base de plantes (millepertuis perforé comme antidépresseur, éventuellement orpin rose en cas de symptômes de stress).

Traitement hospitalier

Si un arrêt de travail de plusieurs semaines se profile chez le patient souffrant de *burnout*, un séjour dans une clinique spécialisée est la plupart du temps indiqué. La prudence est de mise chez les patients «purement *boreout*» car l'hospitalisation peut renforcer de manière contre-productive la distance vis-à-vis du monde du travail.

Conclusion

Les termes *burnout* mais surtout *boreout* suscitent souvent des sentiments ambivalents chez les médecins et les employeurs. Ils sont souvent ignorés, considérés comme des termes à la mode inutiles. Il est clair que l'on peut avoir un avis partagé sur le sens de ces termes et le risque de mésusage – mais pas sur les phénomènes qu'ils décrivent. Ils sont malheureusement une réalité de notre monde du travail actuel. Les personnes touchées méritent d'être prises au sérieux et les désignations devenues populaires peuvent être positives dans le sens où elles sont généralement perçues comme moins stigmatisantes que les diagnostics psychiatriques traditionnels.

Financement / Conflits d'intérêts

L'auteur n'a déclaré aucun lien financier ou personnel en rapport avec cet article.

Correspondance:

Dr. med. Toni Brühlmann
Ambulantes Zentrum Zürich
Privatklinik Hoheneegg
Sonneggstrasse 45
CH-8006 Zürich
toni.bruehlmann[at]hoheneegg.ch

Références

- 1 Korczak D, Kister C, Huber B. Differentialdiagnostik des Burnout-Syndroms. Köln: DIMDI; 2010. p. 23.
- 2 Brühlmann T. Diagnostic et traitement du burnout en pratique. Forum Médical Suisse 2012;12:955–60.
- 3 Positionnement de la Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN) sur le thème du burnout. <http://www.dgppn.de/publikationen/stellungnahmen/detailansicht/article/141/positionspap-1.html>. 7.3.2012 (en allemand).
- 4 Rothlin P, Werder P. Unterfordert. Diagnose Boreout – wenn Langweile krank macht. 3. Auflage. München: Redline-Verlag, 2014.
- 5 Burisch M. Das Burnout-Syndrom. 5. Auflage. Heidelberg: Springer Verlag, 2014.
- 6 Brühlmann T. Burnout-Stressverarbeitungsstörung und Lebenssinnkrise. Schmerz 2013;27:521–33.
- 7 Recommandations thérapeutiques du Réseau Suisse d'Experts sur le Burnout (en travaux).
- 8 Hansch D. Burnout: Mit Achtsamkeit und Flow aus der Stressfalle. 1. Auflage. München: Verlag Knauer Mens Sana HC, 2014.
- 9 Cours sur le burnout. www.psychonline.ch (en allemand).
- 10 Hayes S, Strosahl K, Wilson K. Akzeptanz- und Commitment-Therapie. Paderborn: Junfermann Verlag, 2014.