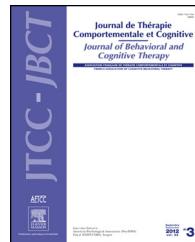




ELSEVIER

Disponible en ligne sur  
**ScienceDirect**  
[www.sciencedirect.com](http://www.sciencedirect.com)

Elsevier Masson France  
**EM|consulte**  
[www.em-consulte.com](http://www.em-consulte.com)



ARTICLE ORIGINAL

# Modélisation des processus d'épuisement professionnel liés aux facteurs de risques psychosociaux : *burn out, bore out, stress chronique, addiction au travail, épuisement compassionnel*



*Pattern of professional exhaustion process linked to psychosocial risk factors: Burn out, bore out, chronic stress, workaholism, compassion fatigue*

Frédéric Georges Chapelle<sup>a,\*b</sup>

<sup>a</sup> Cabinet stimulus, 28, rue de Mogador, 75009 Paris, France

<sup>b</sup> Centre de thérapies comportementales et cognitives, 44, rue d'Alsace-Lorraine, 31000 Toulouse, France

Reçu le 2 juin 2016 ; reçu sous la forme révisée le 16 juin 2016 ; accepté le 17 juin 2016

Disponible sur Internet le 20 juillet 2016

## MOTS CLÉS

Stress ;  
*Burn out* ;  
*Bore out* ;  
*Workaholism* ;  
Risques  
psychosociaux ;  
Épuisement ;  
Compassion ;  
Stress chronique ;  
Surcharge de travail

**Résumé** Il y a une cinquantaine d'année, au Japon, a été décrit le phénomène de karoshi : la mort par infarctus ou par accident vasculaire cérébral en lien avec les conditions de travail. Différents troubles sont progressivement apparus dans le monde du travail en Occident comme le workaholism, l'épuisement compassionnel, le *burn out* ou encore le *bore out*. Ces troubles correspondent à des processus psychologiques qui se mettent en place en réponse à des facteurs de risque psychosociaux comme la surcharge de travail, la perte de sens au travail, la surexposition à l'empathie... et aboutissent au final à un épuisement physique et/ou psychique et/ou émotionnel et/ou compassionnel. Tous ces processus peuvent aboutir à des épuisements pouvant se compliquer sur le plan médical de pathologies qu'elles soient somatiques ou psychiatriques, et sur un plan plus général d'accidents ou d'erreurs professionnelles. Le terme de *burn out* est devenu le principal terme pour parler d'épuisement professionnel alors que d'autres processus d'épuisement existent n'incluant pas les mêmes types de facteurs de risques psychosociaux ni les mêmes profils psychologiques. Nous proposons une modélisation des différents processus

\* Correspondance.

Adresse e-mail : [frederic.chapelle@ctcc31.fr](mailto:frederic.chapelle@ctcc31.fr)

d'épuisement professionnel avec leurs particularités et leurs proximités. Nous présentons les modalités de prises en charge psychothérapeutiques de ces processus d'épuisement.  
© 2016 Publié par Elsevier Masson SAS au nom de Association Française de Therapie Comportementale et Cognitive.

## KEYWORDS

Stress;  
Burn out;  
Bore out;  
Workaholism;  
Psychosocial risk;  
Exhaustion;  
Compassion;  
Chronic stress;  
Overwork

**Summary** The karoshi phenomenon was first described around fifty years ago in Japan: death by heart attack or stroke linked to working conditions (Uehata, 1991). Various disorders such as workaholism, compassion fatigue, burn out and bore out, have progressively appeared in the western workplace. These disorders correspond to psychological processes set up in response to psychosocial risk (PSR) factors such as overwork, loss of motivation, overexposure to empathy... and result in physical and/or psychic and/or emotional and/or compassion exhaustion. The term "burn out" has become the most common term to talk about professional exhaustion although there are other exhaustion processes which do not include the same types of PSR factors or the same psychological profiles. Overwork is the dominant PSR factor in burn out, while boredom is the main factor in bore out, and excess of empathy or compassion leads to compassion fatigue (Zawieja, 2015). Psychologically, there are differences, for example, the process of burn out describes those displaying excessive commitment to work, while workaholism concerns obsessiveness. All of these differences point to the need to reconsider exhaustion processes and not just stop at the process of burn out. Burn out was initially described by Freudenberg (1974) in relation to a specific population and zeitgeist, and should not be confused with other exhaustion processes. In the same way, workaholism described by Oates (1968, 1971) referred to the observation of a process of addiction to work. Recent descriptions have moved away from this description. Rather than wishing to include all employees in categories described for precise conditions and populations, it would be more appropriate to precisely determine the PSR factors at play, as well as the psychological profiles most likely to be affected. We suggest a model of different processes of professional exhaustion with their own particularities and proximities. According to the type of PSR factor and specific personality elements, we are able to establish different exhaustion processes. This model includes burn out, compassion fatigue which can evolve into a type of burn out, bore out, chronic stress and workaholism. All of these processes can lead to physical and/or psychic and/or emotional and/or compassion exhaustion. This exhaustion can evolve secondarily towards somatic or psychiatric pathologies, and can also be responsible for professional errors or accidents. These distinctions seem essential as treatment requires knowledge of both PSR factors, which must be identified in order to be modified (in terms of workload organisation), and also psychological profiles (and possible cognitive schemas), which require a specific approach. There are few studies on the psychotherapeutic treatment of professional exhaustion. However, cognitive-behavioural therapies seem to be the most efficient, particularly in the case of burn out (Korczak, 2012). Acceptance and commitment therapy supports psychological flexibility lacking in the patient in the case of burn out, and meditation is particularly useful in the treatment of compassion fatigue. Independent of the actual exhaustion process, prevention must take place at the primary stage to avoid development, at the secondary stage to prevent its amplification, and at the tertiary stage when the disorder is evident to avoid deterioration and relapse. Quaternary prevention is committed to correctly identifying the process in order to avoid over-psychologisation (Zawieja, 2015).

© 2016 Published by Elsevier Masson SAS on behalf of Association Française de Therapie Comportementale et Cognitive.

Si au début du développement de l'ère industrielle avec le secteur secondaire ce sont surtout les conditions physiques de l'homme qui étaient mises à l'épreuve, nous voyons maintenant, avec le développement du secteur tertiaire et des nouvelles technologies, émerger des troubles psychiques. Le travail ne soumet plus le corps de l'homme mais son psychisme. Celui-ci tente d'y répondre au risque de ne pouvoir s'y adapter et finir par s'épuiser.

Il y a une cinquantaine d'année, on a commencé à décrire au Japon le phénomène de karoshi : la mort par infarctus ou par accident vasculaire cérébral en lien avec les conditions de travail [1]. Différents troubles aux contours mal définis

sont progressivement apparus comme le stress chronique, le workaholism, le *burn out* ou encore le *bore out*.

Le monde du travail vit la pleine explosion de ces troubles psychologiques et de pathologies psychiatriques au sein de ses entreprises comme une épidémie difficile à juguler.

Les conditions de travail sont largement mises en avant pour expliquer l'apparition de ces troubles [2–5]. Une part individuelle semble cependant aussi intervenir [4,6].

Dans le monde de l'entreprise, six facteurs de risques psychosociaux (RPS) sont décrits dans le Rapport du Collège d'expertise sur le suivi des RPS au travail : les exigences du travail, les exigences émotionnelles, le manque

d'autonomie et de marge de manœuvre, les mauvais rapports sociaux et relations de travail, les conflits de valeur et la qualité empêchée, l'insécurité de la situation de travail [3].

Selon les types de facteur de RPS et selon la psychologie de l'individu, nous pouvons penser que différents processus amènent à un épuisement psychique et/ou physique et/ou émotionnel et/ou compassionnel.

La difficulté actuelle est de savoir comment s'organisent ces différents processus d'épuisement, ce qui les génère précisément, s'ils relèvent d'une pathologie à proprement parler ou s'ils sont des processus qui conduisent dans un premier temps à un épuisement et secondairement à des pathologies psychiatriques comme la dépression.

Nous proposons ici une modélisation de ces troubles actuels en tenant compte de deux éléments : les données de la littérature et la pratique clinique.

Nous aborderons dans un deuxième temps des axes de prise en charge psychothérapeutique.

## Les différents processus d'épuisement professionnel

La notion d'épuisement de l'organisme pouvant conduire à la mort est ancienne. Il suffit de se souvenir du premier marathonien, Philippidès, qui selon la légende grecque serait mort après avoir parcouru plus de 40 km pour délivrer son message.

L'épuisement peut être d'ordre purement physique (ou physiologique) comme c'est le cas lors de l'épuisement thermique quand les conditions de travail amènent à une forte sudation avec déplétion d'eau et déperdition de sel pouvant dans les cas extrêmes se terminer par la mort du sujet. Certaines catégories professionnelles sont à risque comme les mineurs, les recrues militaires et les travailleurs du bâtiment [7].

Les épuisements qui nous intéressent dans cet article impliquent en plus une dimension psychique ou émotionnelle en réponse à des conditions de travail.

## Épuisements professionnels en Asie

Si nous regardons les épuisements professionnels décrits en Asie depuis plusieurs décennies, et notamment au Japon, nous retrouvons la description du karoshi conduisant à la mort en raison d'un processus d'épuisement en lien avec une surcharge de travail (karo) [1]. Cela entraînerait plus de 100 morts par an au Japon. Le processus inclut des facteurs professionnels : plus de 60 heures de travail par semaine, des problèmes de carrière, des changements de lieux de travail [1,4]. Il semble aussi qu'interviendraient dans les 24 h précédentes une charge accrue et brutale de travail ou des ennuis professionnels [8].

Le suicide en réponse à un processus d'épuisement psychique d'origine professionnelle est dénommé au Japon karojisatsu. Les raisons professionnelles mises en avant sont : un temps de travail hebdomadaire long, l'absence de vacances et une charge de travail très importante dans les six mois à un an avant le suicide. Il est possible que les salariés se suicident avant que n'arrive l'épuisement physique (karoshi) à proprement parler. L'impact de la culture

asiatique (notamment au Japon) avec sa cohorte de règles morales (comme la culpabilité de ne pas être capable de réaliser le travail demandé) est un facteur complémentaire pour expliquer le processus aboutissant à l'épuisement [9].

## Le Burn out

En occident, la notion d'épuisement professionnel est souvent, trop souvent, associée au terme de *burn out* alors qu'il existe d'autres formes d'épuisement.

Des données épidémiologiques contradictoires existent sur le *burn out*. D'après les données de l'Institut de Veille Sanitaire nous pouvons retenir que près de 30 000 personnes en France souffriraient d'un épuisement de type *burn out* [10].

Des descriptions de fatigue professionnelle ou de neu-rasthénie apparaissent en 1911 en Allemagne pour traduire l'incapacité à travailler d'instituteurs [4]. Myers décrit une « fatigue industrielle » en 1921 [11]. La notion d'épuisement professionnel à proprement parler commence à être abordée en France en 1959 par le psychiatre Claude Veil [12]. En 1969, Bradley utilise le terme de *burn out* pour expliquer ce phénomène psychologique chez les agents de probation d'un programme de prise en charge de jeunes délinquants [13]. Un processus d'épuisement professionnel fut décrit plus précisément par le psychanalyste Herbert Freudenberg à partir de 1971 pour expliquer la démotivation de jeunes bénévoles qui s'impliquaient dans un centre de désintoxication. Il lui donna le nom de syndrome de *burn out* [6,14].

Ce sont les nombreux travaux de Maslach, psychologue sociale, qui par la suite vont apporter du crédit et préciser la symptomatologie de ce processus d'épuisement professionnel [15–18]. Les échelles créées par Maslach sont largement utilisées bien qu'apparaissant imparfaites et sujettes à caution dans leur conceptualisation et leur utilisation [6,19].

C'est cependant à partir des données de ces échelles que trois dimensions symptomatiques sont déterminées [20,21].

C'est donc un instrument de mesure qui a donné l'entité du *burn out* et non l'inverse comme c'est plus classiquement le cas [6].

Plusieurs auteurs ont tenté de modéliser le processus de *burn out*. Le modèle de Freudenberg met l'accent sur l'engagement excessif des individus, une charge importante de travail, un besoin de reconnaissance et de gratitude ainsi qu'une incapacité à atteindre les buts espérés [14,22].

Le modèle le plus communément utilisé est celui développé par Maslach et Leiter [20,21]. Ce modèle intègre un syndrome tridimensionnel constitué d'un épuisement émotionnel, d'une deshumanisation de la relation à l'autre (avec une notion de cynisme) et une perte du sentiment d'accomplissement personnel, en réponse à des facteurs de RPS tels que la surcharge de travail, le manque de contrôle, le manque de reconnaissance et de récompense, les conflits de valeur, le sentiment d'injustice et le manque de ressources [5].

D'autres modèles existent comme celui de Pines et Aronson qui mettent l'accent sur l'implication de l'individu dans des situations émotionnellement exigeantes [23] ou celui de Demerouti [24] qui propose l'existence d'un déséquilibre entre les exigences et les ressources de l'individu (sur une base similaire au modèle transactionnel de Lazarus [25,26]).

Selon le modèle qui est utilisé, voire les populations concernées (par exemple les psychologues [27]), ce ne sont pas les mêmes facteurs de RPS qui sont mis en avant, ni les mêmes dimensions psychologiques de l'individu qui pourraient favoriser le processus de *burn out*. Ces différences permettent de comprendre pourquoi nous avons tant de mal à donner une définition stricte à cet épuisement professionnel et la controverse qui l'entoure [28,29].

Quoiqu'il en soit, l'épuisement de type *burn out* n'est pas actuellement considéré comme une maladie [6] mais il peut évoluer vers un certain nombre de pathologies comme la dépression, les addictions et déboucher sur le suicide... [28,30].

Par ailleurs, si l'on compare les processus aboutissant au *karoshi* et au *karojisatsu* en Asie et ceux intervenant dans le processus du *burn out* nous pouvons nous poser la question de savoir si ce ne sont pas des processus identiques mais dont l'expression diffère en raison de particularités culturelles. En effet, les conditions de travail, avec notamment une surcharge de travail, sont présentes dans l'ensemble de ces trois troubles, de même que la notion de devoir réussir à surmonter cette charge de travail.

## L'épuisement compassionnel

Cet épuisement est décrit initialement par Joinson en 1992, puis par Figley à partir de 1995 sous le terme anglosaxon de compassion fatigue afin d'expliquer l'apparition de symptômes incluant un effondrement des capacités d'empathie et de compassion associés à des symptômes appartenant au registre du syndrome de stress post-traumatique chez les soignants écoutant les récits de victimes de traumatismes [31,32].

Le terme de compassion fatigue fait écho au terme de battle fatigue qui était utilisé pour définir l'épuisement des militaires lors de la deuxième guerre mondiale avant de prendre le nom de syndrome de stress post-traumatique. Afin de rendre compte de l'impact sur l'individu, la traduction de compassion fatigue par épuisement compassionnel semble plus adaptée que celle de fatigue compassionnelle.

Figley a considéré que les soignants de victimes étaient exposés de façon indirecte aux traumatismes des victimes et allaient développer les caractéristiques symptomatologiques d'un syndrome de stress post-traumatique [32–34]. La récente mise à jour de la classification américaine de pathologies mentales de l'association américaine de psychiatrie (DSM) inclut cette notion [35].

Les soignants de traumatisés sont donc victimes d'un stress traumatique secondaire ou épuisement compassionnel [32,33,36]. Ces deux termes et celui de traumatisme vicariant sont souvent confondus [37], même si certaines nuances théoriques et symptomatiques pourraient exister entre les deux premiers et le traumatisme vicariant [38–40].

La fréquence du trouble varie selon les populations de soignants (travailleurs sociaux, étudiants diplômés, infirmiers...) allant de 8 % jusque 50 % pour les cliniciens en contact direct avec les traumatisés [37].

Selon le modèle étiologique de Figley, il y a onze variables qui conduisent à cet épuisement compassionnel : la capacité d'empathie (*empathic ability*), l'implication empathique (*empathic concern*), la surexposition à des victimes

de traumatismes (*exposure to the client*), la réponse empathique (*empathic response*), le stress compassionnel (*compassion stress*), le sentiment d'efficacité (*sense of achievement*), la distanciation (*disengagement*), la satisfaction (*satisfaction*), une trop longue exposition (*prolonged exposure*), les souvenirs traumatiques (*traumatic recollections*), les perturbations de la vie (*disruption life*) [33].

Si certains paramètres, comme l'épuisement et le désengagement, peuvent laisser penser que l'épuisement compassionnel et l'épuisement de type *burn out* sont une même entité, plusieurs points semblent les distinguer. Le principal élément est sans aucun doute la nécessité dans le processus d'épuisement compassionnel que le sujet soit confronté à des éléments traumatiques secondaires (le récit de patients victimes de traumatismes) [33]. Le processus de *burn out* s'installerait de façon lente alors que le processus d'épuisement compassionnel pourrait se réaliser très rapidement [4]. Cependant, les données sont limitées et la clinique nous amène à rencontrer des patients dont le processus de *burn out* semble se faire en quelques mois seulement. Les personnels amenés à prendre en charge les victimes de traumatismes ayant une histoire personnelle traumatique seraient plus à même de développer un processus d'épuisement compassionnel [41].

À la différence du processus d'épuisement compassionnel, le processus de *burn out* n'entraîne pas d'altération de la vision du monde pour le sujet [4].

Dans le processus de *burn out* les sujets sont dans la recherche d'une mission à accomplir pour eux-mêmes alors que dans le processus d'épuisement compassionnel l'individu est sur un fonctionnement altruiste.

Au stade d'épuisement final dans le processus de *burn out* il sera le plus souvent nécessaire pour le salarié de changer de poste de travail ou de métier alors que l'épuisement compassionnel s'améliore sans changement de travail dès lors que le sujet reconnaît son épuisement et agit en conséquence [33].

Le processus d'épuisement compassionnel semble être plus l'association d'un processus de *burn out* à un traumatisme secondaire de type trouble de stress post-traumatique [42].

Nous pouvons concevoir que le processus d'épuisement compassionnel se met en place en raison des traumatismes indirects que le sujet doit affronter et que l'association d'un autre facteur de risque psychosocial, comme la surcharge de travail largement mise en avant dans le processus de *burn out*, pourrait expliquer l'apparition de symptômes relevant des deux processus à la fois.

## Le bore out

Le *bore out* ou syndrome d'épuisement professionnel parennui fait une apparition récente dans la famille des processus d'épuisements psychiques. Il est décrit à partir de 2007 par Rothlin et Werder qui considèrent qu'il touche trois fois plus de salariés que le *burn out* [43,44].

En 1929, Wyatt décrivait l'ennui de la monotonie de la tâche professionnelle à réaliser et l'épuisement que cela pouvait engendrer [45,46].

Différents facteurs semblent intervenir pour expliquer l'ennui, avec des facteurs personnels, comme le fait d'avoir

le sentiment d'être surqualifié pour le poste ou sous utilisé [47], et des facteurs organisationnels comme des baisses d'activité, le style de management ou encore des perspectives floues sur l'avenir de l'entreprise [4,47], la faible charge de travail associée à peu de ressources [48], les réorganisations successives avec les postes en doublon et la complexité du code du travail (notamment en France) [47].

L'ennui au travail serait responsable d'insatisfaction et de tensions professionnelles, d'une diminution des performances, de comportements non productifs et même contre-productifs avec majoration des accidents, des absences, favorisant un désir de quitter son emploi [48–50]. Il toucherait plus facilement les hommes jeunes (moins de 36 ans) [50].

À terme le processus de *bore out* conduit à un épuisement [50].

L'ennui au travail semble se compléter de l'émergence de conséquences négatives sur la santé en raison du stress qu'il développe et notamment de pathologies psychiatriques (dépression, alcoolisme, troubles anxieux) [50–53].

L'étude « *bored to death* » considère qu'il y a un risque deux à trois fois supérieur de conséquences cardiovasculaires quand les salariés s'ennuient au travail [54].

Bataille considère que le *bore out* est un processus qui amène à l'épuisement [47]. Le *bore out* s'installera de façon insidieuse, mais le salarié serait capable de repérer le passage au *bore out* définissant ainsi un avant et un après [47].

## L'addiction au travail : *workaholism*

Le terme *workaholism* (qui vient de la contraction de *work* [travail] et *alcoholism* [alcoolisme]) a été introduit par Oates pour rendre compte de la dépendance comme dans l'alcoolisme que peuvent présenter des salariés dès lors qu'ils développent un besoin de travail immodéré [55–57].

Il n'existe pas une définition précise du *workaholism* mais plusieurs avec des catégorisations [58]. Certains auteurs voient les *workaholics* comme des sujets très performants [59,60], d'autres comme des obsessionnels, tristes, dans le contrôle, incapables de déléguer [56,61–63].

Taris et Schaufeli considèrent qu'il y a une dimension comportementale intégrant le besoin d'effectuer un nombre d'heures important de travail et une dimension psychologique, l'obsession de travailler [64]. Il semble que les *workaholics* n'aient pas tant leur travail que le fait de travailler par lui-même [65].

Griffiths soutient la notion d'une dépendance comme pour d'autres comportements addictifs tels que pour les jeux d'argent, les jeux vidéo, internet, le sexe [58]. Il décrit le *workaholic* comme répondant à six critères relevant de l'addiction : prépondérance du travail (ou obsessionnalité pour Zawieja [4]), changement d'humeur, accoutumance, symptômes de sevrage en cas d'impossibilité de travailler, conflits avec les autres ou avec lui-même, rechute s'il avait amélioré sa dépendance au travail [58].

Le *workaholism* concernerait plus d'un quart des salariés [58,66], avec des chiffres plus élevés selon les groupes professionnels et le sexe [67], notamment chez les médecins [68].

Les facteurs favorisant le *workaholism* semblent surtout personnels [69,70], mais il faut tenir compte de facteurs organisationnels qui peuvent venir renforcer ces comportements comme les récompenses [71] ou le fait de favoriser les heures supplémentaires [72]. En effet, un investissement fort dans le travail est particulièrement valorisé. Par ailleurs le développement du *workaholism* va aussi dépendre des caractéristiques inhérentes à l'activité (manuelle ou non, stimulante ou non, répétitive ou non...) [58].

Les conséquences sur le milieu professionnel intègrent des conflits avec les collègues, un manque d'efficacité [58,73].

Sur le plan personnel, ils développent des inquiétudes sur leur travail, donnent trop de place à leur travail dans leurs activités quotidiennes, amenant à négliger les tâches domestiques [58,74].

L'impact sur le milieu familial entraîne : conflits ou ruptures avec leur partenaire, développement de troubles sur le plan physique, psychologique et sur leur estime d'eux-mêmes chez les enfants [74–78].

L'impossibilité de pouvoir répondre à leur dépendance au travail serait aussi responsable de dépression [79] ou de problèmes de santé [80].

Au stade ultime, nous retrouvons des risques cardiaques et la mort [74,81].

Les *workaholics* non enthousiastes auraient plus de troubles concernant leur santé que les *workaholics* enthousiastes [70].

Certains auteurs décrivent l'engagement des *workaholics* comme étant du même registre que celui qui apparaît dans le processus de *burn out*, la question étant posée alors de savoir si le *workaholism* par cette dimension d'engagement n'est pas une étape du processus du *burn out*. La difficulté tient dans l'absence de consensus sur le *workaholism* lui-même dont les dimensions ne sont pas encore claires et notamment le fait qu'il n'est pas reconnu par tous comme une addiction [58]. Si cette notion d'addiction était retenue (comme elle le fut décrit initialement par Oates [55,56]) la question ne se poserait plus.

Il n'en demeure pas moins que les sujets présentant une dépendance à leur travail peuvent finir par s'épuiser comme dans le processus de *burn out*.

## Autres stress chroniques

La notion de stress, développée par Hans Selye, met en avant l'existence de stress aigu et chronique [82,83]. Dans son syndrome général d'adaptation [83], les deux premières phases correspondent au stade aigu alors que le dernier stade d'épuisement correspondrait au stress chronique [84].

L'apparition d'un stress chronique dans le domaine professionnel va faire appel à des facteurs de RPS, selon le type de ces derniers il pourra y avoir un épuisement avec certaines caractéristiques [3].

Dans le processus de *burn out*, c'est à la fois une composante personnelle avec son hyper-engagement et des conditions professionnelles particulières (relation d'aide à l'autre, surcharge de travail...) qui interviennent [4,5,85]. Dans le processus de *bore out*, nous retrouvons l'ennui comme conséquence de facteurs de RPS que sont la baisse

d'activité ou le style de management [4]. Dans le processus d'épuisement compassionnel c'est le face à face avec les traumatismes des patients qui apparaît [32–34]. Dans le workaholism, ce ne serait pas tant les facteurs de RPS que le fonctionnement addictif de l'individu qui interviendrait majoritairement [58].

Il existe sans doute d'autres processus d'épuisement non encore décrits, soit qu'ils soient inclus dans ceux qui existent actuellement (et le côté extensif de l'inclusion de tout épuisement comme un *burn out* nous paraît préjudiciable), soit que leur apparition n'est pas encore repérée car le nombre de sujets touchés est limité. Il serait par exemple intéressant d'observer certains facteurs de RPS comme les notions de violence et de harcèlement afin de voir si un processus spécifique intervient, avec une symptomatologie particulière pouvant conduire à un épuisement.

## Modélisation

En reprenant le modèle de Selye [82,83,86–89] et les évolutions du concept de stress [90], nous pouvons décrire des processus incluant des stresseurs professionnels (facteurs de RPS) auxquels sont confrontés les salariés amenant à des stress chroniques avec un ensemble de symptômes particulièrement large.

Nous postulons que selon le type de facteur de RPS et les caractéristiques psychologiques de l'individu, des processus d'épuisement différenciés peuvent apparaître et conduire au final à un épuisement psychique et/ou physique et/ou émotionnel et/ou compassionnel.

C'est ainsi que dans le processus de *burn out*, nous retrouvons des paramètres propres à l'individu (comme l'engagement excessif) face à des facteurs de RPS (surcharge de travail, exigences émotionnelles...) qui amènent progressivement à un épuisement [5].

Dans le cas du processus d'épuisement compassionnel, le sujet est confronté à des exigences émotionnelles spécifiques (prises en charge empathique de personnes traumatisées) [31,32].

Le processus de *bore out* confronte l'individu qui peut se sentir surqualifié à des facteurs de RPS particuliers : monotonie, baisse d'activité, style de management ou perspectives floues de l'avenir de l'entreprise [47].

Pour le processus de workaholism nous retrouvons surtout des facteurs individuels (obsédé par le travail, perfectionniste, rigide, impatient, autozentré [70]) qui confrontés à des facteurs de RPS (comme la surcharge de travail, l'absence de management cadrant) aboutissent à un épuisement [91,92].

Ainsi, selon le profil psychologique de l'individu, les facteurs de RPS et leur durée dans le temps, nous pouvons observer des processus différents et d'autres stress chroniques seront certainement découverts avec l'amélioration de la catégorisation de chacun de ces processus.

Le stress chronique peut aboutir à un ensemble de troubles psychiques (dépression, anxiété, dépendance à des produits, suicide) [84,90,93–100], à des erreurs professionnelles [93] ou encore à des pathologies organiques [89,101–110] notamment cardiaques [84,93,104,108,109,111–118]. Pour une revue exhaustive sur le sujet, le lecteur peut se procurer le document de

l'Agence européenne pour la sécurité et la santé au travail de 2006 [119].

Cependant, la distinction entre l'épuisement et les pathologies psychiatriques n'est pas évidente.

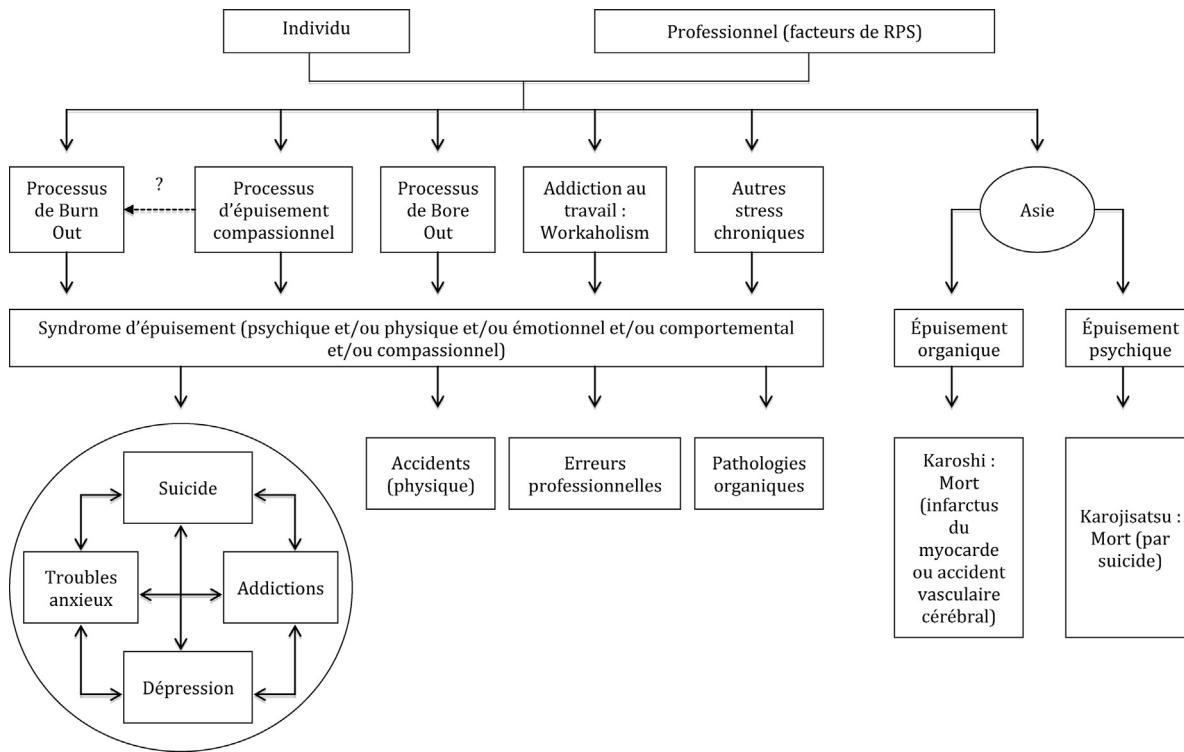
Si nous ne prenons comme exemple que le cas du *burn out*, processus d'épuisement le plus étudié, et de la dépression, certains auteurs ont pu considérer que le *burn out* n'était qu'une forme particulière de dépression [120,121] ; cependant, des données plus récentes de la littérature considèrent qu'il peut y avoir un certain nombre de symptômes communs et que les troubles sont deux entités distinctes [122–125]. Le *burn out* pourrait n'être qu'une étape dans le développement d'une dépression [126–128].

Ceci amène à considérer qu'au-delà d'un épuisement professionnel c'est une symptomatologie dépressive qui peut s'installer et complexifier la compréhension du trouble présenté. Le processus de *burn out* peut évoluer vers la dépression [4,29]. Cette intrication de symptômes fait que les cliniciens sont souvent confrontés à des formes complexes où il est difficile de faire la part des choses en des organisations syndromiques. Ce que nous observons ici pour le processus d'épuisement de type *burn out* et la dépression peut s'appliquer aux autres processus d'épuisement professionnel amenant à expliquer les difficultés cliniques auxquelles les thérapeutes sont confrontés et l'importance de ne pas noyer nos patients sous des critères appartenant à des cohortes oubliant la singularité de chaque individu [129].

Nous proposons sur la Fig. 1, une schématisation des différents processus d'épuisement professionnel. Chacun des processus peut aboutir à un épuisement plus ou moins complexe pouvant être physique et/ou psychique et/ou émotionnel et/ou compassionnel.

Au-delà de l'épuisement, les sujets peuvent présenter des troubles psychiques (tels que la dépression, des troubles anxieux, des addictions, pouvant conduire au suicide), des accidents en lien avec les symptômes de leur épuisement (en raison notamment de la fatigue ou de troubles de la concentration), des erreurs professionnelles (que ce soit par le caractère obsessionnalisé de l'approche du travail dans le workaholism ou par la perte de l'empathie dans l'épuisement compassionnel ou le désengagement et les troubles de la concentration dans le *burn out*) et des pathologies organiques, notamment cardiaques, comme l'aboutissement possible de tout stress chronique [119].

Il est possible que le processus d'épuisement compassionnel puisse être l'association d'un processus de *burn out* à un facteur de RPS particulier (l'exposition au traumatisme des autres) [42], mais nous pouvons aussi penser que le processus d'épuisement compassionnel peut se compliquer d'un autre facteur de RPS (surcharge de travail souvent mise en avant pour expliquer le développement d'un processus de *burn out*) pour prendre alors le masque évolutif d'un processus de *burn out*. C'est pourquoi nous présentons un lien possible entre processus de *burn out* et d'épuisement compassionnel. Karoshi et karojisatsu sont reconnus en Asie depuis de très nombreuses années en tant que maladies professionnelles. Il n'est pas impossible que ces processus d'épuisement professionnel finissent par être recoupés avec ceux des pays occidentaux. Le principal paramètre mis en avant en Asie pour expliquer la survenue de ces processus sont la charge de travail et la durée du temps de



**Figure 1** Modélisation des processus d'épuisement professionnels.  
*Pattern of professional exhaustion process.*

travail. Les japonais étaient notamment dans le peloton de tête des pays ayant un temps de travail particulièrement élevé (2130 heures par salarié par an au début des années 1980 contre 1820 heures en France à la même époque) jusque dans les années 1990 selon l'OCDE [130]. Il est donc logique que ces processus furent décrits très tôt dans ce pays en particulier. Nous plaçons donc karoshi et karojisatsu à part pour l'instant dans la proposition de modélisation des processus d'épuisement professionnel.

## Psychothérapie des épuisements

Le traitement des épuisements professionnels relève de la prise en compte des aspects organisationnels (que nous n'aborderons pas dans cet article) afin que les facteurs de RPS soit évités (prévention primaire), limités s'ils surviennent (prévention secondaire), éliminés ou réduits quand ils ont amené à un épuisement (prévention tertiaire). Ces aspects organisationnels sont d'ailleurs bien plus souvent mis en avant que les aspects personnels [5,27].

L'individu doit bénéficier d'une prise en charge en prévention primaire afin de se garantir une bonne santé qui lui permettra d'être mieux armé en cas de survenue de facteurs de RPS. Dans ce cadre nous retrouvons des règles d'hygiène de vie : alimentation adaptée, exercices physiques réguliers, respect des temps de repos et congés (notamment pour éviter des évolutions vers les processus d'épuisements de type *burn out* et *workaholism*), le maintien ou le développement de centres d'intérêt hors milieu professionnel (en particulier pour éviter les processus d'épuisement de

type *workaholism* ou *bore out*), la pratique de la relaxation ou de la méditation (pour limiter tous les processus de stress chroniques, mais surtout le processus d'épuisement compassionnel), l'arrêt des toxiques (drogues, abus de psychotropes, tabac et alcool), la préservation du sommeil, le maintien des relations sociales (concerne tous les processus de stress chroniques, notamment celui de type *burn out* [131], le processus d'épuisement compassionnel [37] et le *workaholism*), la conservation d'un bon équilibre entre vie privée et professionnelle [5,27,132,133].

Nous pensons qu'une formation de qualité avec des accompagnements type tutorat est aussi un moyen de prévention notamment dans les professions d'aide ou de soins.

Le recours à des bonnes pratiques professionnelles et l'utilisation d'outils ayant fait la preuve de leur efficacité pourraient limiter le processus d'épuisement compassionnel [37]. Freudenberger parlait dès 1974 de la nécessité d'une formation professionnelle correcte [14].

Les traumatismes personnels semblent pouvoir favoriser le développement d'un processus d'épuisement compassionnel [41]. Il paraît donc important en prévention primaire, et notamment pour les personnels amenés à donner des soins ou étant dans des relations d'aide, de traiter leurs traumatismes personnels.

Tous les éléments de bonne hygiène de vie sont aussi à mettre en place ou à renforcer dès lors que le sujet commence à développer un processus d'épuisement professionnel. Nous nous retrouvons alors dans une prévention secondaire qui doit intégrer d'autres modalités de prise en charge qui peuvent faire appel aux thérapies comportementales et cognitives : techniques d'assertivité et de

communication, apprendre à exprimer ses émotions, relaxation, méditation ou pleine conscience, approche cognitive, développer des stratégies de coping centrées sur le problème plutôt que les stratégies centrées sur les émotions ou l'évitement qui sont plus souvent retrouvées lors de *burn out* par exemple [27].

De nombreux programmes de gestion du stress existent, que cela soit en thérapie individuelle, de groupe ou par le recours à des guides pour s'aider soi-même [29,132]. Cependant ces derniers restent le plus souvent généraux dans les prises en charge du stress sans avoir de spécificité pour chaque type de processus d'épuisement professionnel.

Par ailleurs, il semble important que les sujets puissent savoir qu'ils peuvent se tourner vers des collègues, notamment dans le cadre de la prévention du *burn out* pour les professions liées à la santé comme les psychologues [27]. Dans ce sens nous pensons que supervision ou intervision sont des moyens de prévenir les épuisements professionnels par la prise de conscience que peut amener le superviseur lors des séances en pointant des dysfonctionnements. Dans le même ordre d'idée des séances de supervision (pour toutes les professions qui sont amenées à être dans des relations d'aide ou de soins aux autres) peuvent aussi être un moyen de prévention du *burn out* par le fait d'aborder le sujet et d'accompagner les collègues [14,134] ou de la mise en place d'une processus d'épuisement compassionnel [37]. Dans le workaholism les séances de groupe avec les collègues semblent utiles [135].

Les thérapies familiales pour les sujets dépendant au travail peuvent avoir de l'intérêt dans la mesure ou l'impact familial du processus de workaholism est fort [135].

Un dernier point préventif est le fait de prendre des congés. Dans la mesure où le temps de travail est régulièrement mis en cause dans les processus d'épuisements professionnels, il convient de favoriser des temps de travail corrects et des temps de repos adaptés [14]. Il semble qu'il soit préférable d'avoir des périodes courtes mais fréquentes de congés [37].

La prévention tertiaire va s'attacher à éviter les complications et les rechutes.

Dès lors que l'épuisement professionnel est installé, le premier traitement est le plus souvent l'arrêt du travail (en particulier pour l'épuisement de type *burn out* [6], pas nécessairement pour l'épuisement compassionnel [33]).

Nous n'abordons pas l'aspect médicamenteux qui sera mis en place selon le contexte (ancienneté et gravité de l'épuisement, association à des pathologies psychiatriques) en retenant que le plus souvent dans le cadre d'un épuisement de type *burn out* le principal traitement médicamenteux fait appel aux antidépresseurs sérotoninergiques [6].

Sur le plan psychothérapeutique, les données de la littérature restent limitées. Korczack et al. se sont attachés à étudier les prises en charge de *burn out* [19]. Sur 17 études qu'ils ont retenues, ils observent tout d'abord de nombreux biais, notamment en termes de définition du *burn out*, d'utilisation de questionnaires dont la légitimité n'est pas faite ou avec des cut-off-points différents, de petits échantillons... Seules les thérapies comportementales et cognitives font la preuve de leur efficacité. Ils signalent aussi qu'un certain nombre d'études souligne la récupération spontanée des sujets [19]. Les données sont contradictoires

et il semble qu'il soit plus intéressant de pouvoir associer une intervention en TCC avec une intervention sur les aspects organisationnels [136].

L'étude de Lloyd sur le recours à la thérapie d'acceptation et de l'engagement (*acceptance and commitment therapy* [ACT]) dans le traitement du *burn out* (en particulier sur la dimension émotionnelle) semble montrer un certain intérêt en favorisant notamment la flexibilité psychologique [137].

Dans la mesure où l'épuisement compassionnel est en lien avec des processus traumatiques, le recours à des prises en charge TCC comme pour les syndromes de stress post-traumatique ont leur intérêt [37].

La méditation semble intéressante notamment pour limiter les ruminations dans les épuisements compassionnels [37].

Le recours de plus en plus fréquent à des jeux en ligne ou des logiciels, soit à visée thérapeutique soit en complément de thérapie, évolue de plus en plus et quelques études apparaissent. Les effectifs sont souvent faibles et les résultats doivent être pris avec précaution. Il semble cependant que l'association de ces jeux à une TCC pourrait être plus efficace que la TCC seule dans le cas du *burn out* [138].

Les activités physiques semblent aussi bénéfiques pour réduire la symptomatologie du *burn out* dès lors que les sujets y sont compliant et pourraient utilement faire partie d'un programme de prise en charge plus global [139]. L'intérêt des activités physiques, du yoga et du développement d'activités est aussi proné pour l'épuisement compassionnel [37].

Dans le cadre du workaholism, dans la mesure où celui-ci est considéré comme relevant des mêmes processus que les autres addictions comme l'alcool et le tabac, il peut être pris en charge comme les autres addictions par les TCC [140]. Cependant, il n'existe pas d'étude de suivi à long terme de sujets addicts au travail [80].

Une fois que l'épuisement professionnel est traité, c'est le retour au travail qui doit être envisagé avec le plus souvent une reprise à temps partiel thérapeutique dans un premier temps (en particulier sur les épuisements professionnels par *burn out*) avec soit des adaptations ou des changement de poste de travail. La reprise du travail à temps partiel doit être conçue comme une exposition progressive sur le plan comportemental mais aussi une façon de pouvoir relever des schémas dysfonctionnels qui vont s'activer et amener à un travail cognitif [136]. Tous les épuisements professionnels ne nécessitent pas la même adaptation : dans le cas de l'épuisement compassionnel il n'y a pas lieu le plus souvent de changer de poste de travail dès lors que la prise de conscience du problème est faite [33].

Pour terminer, il convient d'inclure une dimension de prévention quaternaire afin d'éviter toute surmédicalisation de troubles qui ne nécessitent pas d'investigations complémentaires inutiles ni de soins disproportionnés pouvant conduire à devenir iatrogènes [41].

Zawieja considère qu'il faut ainsi éviter une surpsychothérapie du *burn out* [4].

Les différents processus d'épuisement professionnels font appel à des facteurs de RPS différents (nécessitant donc des corrections organisationnelles différentes). Selon le type d'épuisement il existe des différences de prise en charge psychothérapeutique. Il convient donc de ne pas

réduire tout épuisement à la catégorie du *burn out* au risque sinon d'une inefficacité du traitement voire d'une psychologisation de troubles qui ne le nécessitent pas.

## Conclusion

Selon les individus et selon les facteurs de RPS nous pouvons définir des processus d'épuisement professionnel différenciés. Ces processus conduisent à des épuisements qui peuvent être physique et/ou psychique et/ou émotionnel et/ou compassionnel.

Il est possible que certains processus puissent être proches (comme le processus de *burn out* et celui de l'épuisement compassionnel), que des processus puissent évoluer vers d'autres (tout stress chronique vers le *burn out* par exemple) ou encore s'associer entre eux et rendre alors plus complexe la symptomatologie.

Ces épuisements peuvent secondairement évoluer vers des pathologies psychiatriques, des maladies somatiques, et conduire à des erreurs et accidents professionnels.

Le fait de ne pas garder les descriptions initiales des auteurs (comme celle de Freudenberger pour le *burn out* [14] ou celle de Oates qui décrit une dépendance au travail [55]) amène à des confusions. Ces auteurs ont décrit ces processus dans un *zeitgeist* spécifique amenant à la compréhension du trouble [142]. C'est ainsi que Freudenberger décrit le syndrome de *burn out* en pleine période hippie où les consommations de drogues étaient légion et les cliniques (*free clinics*) débordées avec des personnels bénévoles non préparés à ces prises en charge complexes [143].

Il faudrait sans doute rendre à Freudenberger la paternité et l'originalité du syndrome qu'il a décrit avec ses spécificités (engagement excessif, charge importante de travail, besoin de reconnaissance et de gratitude et une incapacité à atteindre les buts espérés) [14] et que les autres processus d'épuisement soient affinés pour être mieux distingués.

Une dernière question est de savoir quelle place donner à ces troubles. Ils ne sont pas reconnus en France comme étant des maladies professionnelles [6], nous pourrions être tentés de les placer dans la catégorie diagnostique des troubles de l'adaptation (mais les critères diagnostiques ne sont pas clairs [6]), à moins qu'il faille les considérer comme des états transitoires d'entrée dans une autre pathologie comme la dépression.

Les travaux de recherche devraient maintenant se diriger vers la compréhension précise de ces processus (en tenant compte des facteurs de RPS spécifiques et des profils psychologiques) afin secondairement de permettre une prise en charge adaptée. Le risque sinon serait d'utiliser des méthodes psychothérapeutiques inadaptées car étudiées sur des processus différents.

## Déclaration de liens d'intérêts

L'auteur déclare ne pas avoir de liens d'intérêts.

## Références

- [1] Uehata T. Long working hours and occupational stress-related cardiovascular attacks among middle-aged workers in Japan. *J Hum Ergol* 1991;20(2):147–53.
- [2] Maslach C. Job burnout: new directions in research and intervention. *Curr Dir Psychol Sci* 2003;12:189–92.
- [3] Gollac M, Bodier M. Mesurer les facteurs psychosociaux de risque au travail pour les maîtriser. Rapport du Collège d'expertise sur le suivi des risques psychosociaux au travail, faisant suite à la demande du ministre du travail, de l'emploi et de la santé. Paris: Ministère du travail, de l'Emploi et de la Santé; 2011.
- [4] Zawieja P. Le burn out. Paris: Presses Universitaires de France; 2015.
- [5] Maslach C, Leiter MP. Burn out. Paris: Éditions des arènes; 2016.
- [6] Olié JP, Légeron P. Le burn-out. *Bull Acad Natl Med* 2016;200(2) [Rapport du 23 février 2016 (parution à venir)].
- [7] Stellman JM. Encyclopédie de sécurité et santé au travail, 3, 3<sup>e</sup> éd. Genève: Bureau International du Travail; 2000.
- [8] Pezé M, Karoshi. In: Zawieja P, Guarnieri F, editors. Dictionnaire des risques psychosociaux. Paris: Le Seuil; 2014. p. 433–4.
- [9] Kawanishi Y. Why do Japanese workers work themselves to death? *Int J Ment Health* 2008;37(1):61–74.
- [10] Khireddine I, Lemaître A, Homère J, Plaine J, Garras L, Riol MC, et al. La souffrance psychique en lien avec le travail chez les salariés actifs en France entre 2007 et 2012, à partir du programme MCP. *Bull Epidemiol Hebd* 2015;23:431–8.
- [11] Myers CS. Industrial fatigue. *Lancet* 1921;197(5082):205–6.
- [12] Veil C. Les états d'épuisement. *Concours Med* 1959;23:2675–81.
- [13] Bradley WB. Community-based treatment for young adult offenders. *Crime Delinq* 1969;15(3):359–70.
- [14] Freudenberger HJ. Staff burnout. *J Soc Issues* 1974;30(1):159–65.
- [15] Maslach C. Burned out. *Human Behav* 1976;5:16–22.
- [16] Maslach C. Job burnout: how people cope. *Public Welf* 1978;36:56–8.
- [17] Maslach C, Jackson SE. *Maslach Burnout Inventory*, Palo Alto: research edition. Consulting Psychologists Press; 1981.
- [18] Maslach C. *Burnout. The cost of caring*. Englewood Cliffs: Prentice Hall; 1982.
- [19] Korczak D, Wastian M, Schneider M. Therapy of the burnout syndrome. *GMS Health Technol Assess* 2012;8:Doc05, <http://dx.doi.org/10.3205/hta000103>.
- [20] Maslach C, Leiter MP. The truth about burnout. How organizations cause personal stress and what to do about it. San Francisco: Jossey-Bass Publishers; 1997.
- [21] Maslach C, Leiter MP. Early predictors of job burnout and engagement. *J Appl Psychol* 2008;93:498–512.
- [22] Freudenberger HJ, Richelson G. *Bunout: the high cost of high achievement*. Garden City: Anchor Press; 1980.
- [23] Pines A. *Career burnout: causes and cures*. 2<sup>e</sup> ed. New York: Free Press; 1988.
- [24] Lazarus RS, Folkman S. *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer Publishing Company; 1984.
- [25] Lazarus RS, Folkman S. Transactional theory and research on emotions and coping. *Eur J Pers* 1987;1(3):141–69.
- [26] Demerouti E, Bakker AB, Nachreiner F, Schaufeli WB. The job demands-resources mode of burnout. *J Appl Psychol* 2001;86(3):499–512.
- [27] Rupert P, Miller A, Dorociak K. Preventing burnout: what does the research tell us? *Prof Psychol Res Pr* 2015;46(3):168–74.
- [28] Maslach C, Schaufeli WB, Leiter MP. Job burnout. *Annu Rev Psychol* 2001;52:397–422.
- [29] Boudoukha H. *Burn out et stress post-traumatique*. Paris: Dunod; 2016.
- [30] Lesage FX, Berjot S, Altintas E, Paty B. Burnout among occupational physicians: a threat to occupational health systems? A nation wide cross-sectional survey. *Ann Occup Hyg* 2013;57(7):913–9.

- [31] Joinson C. Coping with compassion fatigue. *Nurs* 1992;22(4):116–20.
- [32] Figley CR. Compassion fatigue: coping with secondary traumatic stress disorder. New York: Brunner/Mazel; 1995.
- [33] Figley CR. Treating compassion fatigue. New York: Brunner/Routledge; 2002.
- [34] Figley CR, Roop R. Compassion fatigue in the animal care community. Washington: Humane Society Press; 2006.
- [35] American Psychiatric Association. Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (Washington DC, 2000). 5e éd. Paris: Elsevier Masson; 2015 [Traduction française par M-A Crocq et J-D Guelfi].
- [36] Figley CR. Review of the Compassion Fatigue Self-Test. In: Stamm BH, editor. Measurement of stress, trauma, and adaptation. Baltimore: Sidran Press; 1996.
- [37] Miller B, Sprang G. A Components-based practice and supervision model for reducing compassion fatigue by affecting clinician experience. *Traumatol* 2016, <http://dx.doi.org/10.1037/trm0000058>.
- [38] Pearlman LA, Mac Ian PS. Vicarious traumatization: an empirical study of the effects of trauma work on trauma therapists. *Prof Psychol Res Pract* 1995;26:558–65.
- [39] Bride BE, Radey M, Figley CR. Measuring compassion fatigue. *Clin Soc Work J* 2007;35:155–63.
- [40] Sansbury B, Graves K, Scott W. Managing traumatic stress responses among clinicians: individual and organizational tools for self-care. *Trauma* 2015;17(2):114–22.
- [41] Buchanan M, Anderson JO, Uhlemann MR, Horwitz E. Secondary traumatic stress: an investigation of Canadian mental health workers. *Traumatol* 2006;12:272–81.
- [42] Stamm BH. The ProQOL manual: the Professional Quality of Life Scale. Compassion Fatigue, Burnout and Compassion Fatigue/Traumatic Scale. Baltimore: Sidran Press; 2005.
- [43] Rothlin P, Werder PR. Diagnose boreout: warum unterforderung im Job krank macht. Heidelberg: Redline Wirtschaft; 2007.
- [44] Rothlin P, Werder PR. Boreout ! Overcoming workplace demotivation. London and Philadelphia: Kogan page; 2008.
- [45] Wyatt S. Boredom in industry. *Pers J* 1929;8:161–71.
- [46] National Center for Biotechnology Information. The Boredom of repetition Work. *Br Med J* 1937;1(3982):924–5. En ligne, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2088724/> (consulté le 24 avril 2016).
- [47] Bataille S. Le bore out, nouveau risque psychosocial? Quand s'ennuyer au travail devient douloureux. *Ref Sante Trav* 2016;145:19–27.
- [48] Reijseger G, Schaufeli W, Peeters M, Taris T, Van beek I, Ouweneel E. Watching the paint dry at work: psychometric examination of the Dutch Boredom Scale. *Anxiety Stress Coping* 2016;26(5):508–25.
- [49] Guglielmi D, Simbula S, Mazzetti G, Tabanelli MC, Bonfiglioli R. When the job is boring: the role of boredom in organizational contexts. *Work* 2013;45(3):311–22.
- [50] Harju L, Hakanen JJ, Schaufeli WB. Job boredom and its correlates in 87 Finnish organizations. *J Occup Environ Med* 2014;56(9):911–8.
- [51] Loukidou L, Loan-Clarke J, Daniels K. Boredom in the work place: more than monotonous tasks. *Int J Manag Rev* 2009;11:381–405.
- [52] Bourion C, Trebusq S. Le bore-out syndrom. *Rev Int Psychosociol* 2011;41(17):319–46.
- [53] Van Hooff M, Van Hooft E. Boredom at work: proximal and distal consequences of affective work-related boredom. *J Occup Health Psychol* 2014;19(3):348–59.
- [54] Britton A, Shipley MJ. Bored to death? *Int J Epidemiol* 2010;39(2):370–1.
- [55] Oates WE. On being a workaholic: a serious jest. *Pastoral Psychol* 1968;19:16–20.
- [56] Oates WE. Confessions of a workaholic. The facts about work addiction. New York: World; 1971.
- [57] Oates WE. Excessive work. In: Mule SJ, editor. Behavior in excess: an examination of the volitional disorders. New York: Free Press; 1981. p. 264–72.
- [58] Griffiths M. Workaholism – a 21st-century addiction. *Psychologist* 2011;24(10):740–4.
- [59] Korn ER, Pratt GJ, Lambrou PT. Hyper-performances: the AIM strategy for releasing your business potential. New York: Wiley; 1987.
- [60] Peiperl M, Jones B. Workaholics and overworkers: productivity or pathology? *Group Organ Manag* 2001;26:369–93.
- [61] Porter G. Workaholic tendencies and the high potential for stress among coworkers. *Int J Stress Manag* 2001;8:147–64.
- [62] Flowers C, Robinson B. A structural and discriminant analysis of the Work Addiction Risk Test. *Educ Psychol Meas* 2002;62(3):517–26.
- [63] Schaufeli WB, Taris TW, Bakker AB. Doctor Jekyll or Mr Hyde? On the differences between work engagement and workaholism. In: Burke R, editor. Workaholism and long working hours. Cheltenham: Edward Elgar; 2006. p. 193–217.
- [64] Taris TW, Geurts SAE, Schaufeli WB, Blonk RWB, Lagerveld S. All day and all of the night: the relative contribution of two dimensions of workaholism to well-being in self-employed workers. *Work Stress* 2008;22:153–65.
- [65] Ng TWH, Sorensen KL, Feldman DC. Dimensions, antecedents, and consequences of workaholism: a conceptual integration and extension. *J Organ Behav* 2007;28:111–36.
- [66] Robinson BE. Workaholism and family functioning: a profile of familial relationships, psychological outcomes, and research considerations. *Contemp Fam Ther* 2001;23:123.
- [67] Doerfler MC, Kammer PP. Workaholism, sex and sex-role stereotyping among female professionals. *Sex Roles* 1986;9(10):551–60.
- [68] Killinger B. Workaholics: the respectable addicts. Roseville: Simon and Schuster; 1992.
- [69] Burke RJ. Personality correlates of workaholism. *Pers Individ Dif* 2006;40(6):1223–33.
- [70] Andreassen C, Ursin H, Eriksen H. The relationship between strong motivation to work, "workaholism", and health. *Psychol Health* 2007;22(5):615–29.
- [71] Schaef A, Fassel D. The addictive organization. New York: Harper & Row Publishers; 1988.
- [72] Johnstone A. The relationship between organizational climate, occupational type and workaholism. *NZ J Psychol* 2005;34(2):181–8.
- [73] Scott KS, Moore KS, Miceli MP. An exploration of the meaning and consequences of workaholism. *Hum Relat* 1997;50:287–314.
- [74] Robinson BE. Chained to the desk: a guidebook for workaholics, their partners and children, and the clinicians who treat them. New York: New York University Press; 2001.
- [75] Porter G. Organizational impact of workaholism: suggestions for researching the negative outcomes of excessive work. *J Occup Health Psychol* 1996;1:70–84.
- [76] Robinson BE. Chained to the desk. New York: New York University Press; 1998.
- [77] Brady B, Vodanovich S, Rotunda R. The impact of workaholism on work-family conflict, job satisfaction, and perception of leisure activities. *Psychologist Manager* 2008;11(2):241–63.
- [78] Chamberlin C, Zhang N. Workaholism, health, and self-acceptance. *J Couns Dev* 2009;87(2):159–69.
- [79] Spence JT, Robbins AS. Workaholism: definition, measurement, and preliminary results. *J Pers Assess* 1992;58:160–78.
- [80] Burcovianu T. Workaholism : état des connaissances. *Ref Sante Trav* 2014;139:143–51.
- [81] Fassel D. Working ourselves to death: the high costs of workaholism and the rewards of recovery. London: Thorsons; 1992.

- [82] Selye H. A syndrome produced by diverse noxious agents. *Nat* 1936;138:32.
- [83] Selye H. The general adaptation syndrome and the diseases of adaptation. *J Clin Endocrinol Metab* 1946;6:117–230.
- [84] Chouaniere D. Stress et risques psychosociaux : concepts et prévention. *Doc Med Trav* 2006;106:169–86.
- [85] Ministère du travail. Le syndrome d'épuisement professionnel ou burn out. (En ligne) <http://travail-emploi.gouv.fr/sante-au-travail/prevention-des-risques/risquespsychosociaux/actualites/article/burnout-un-guide-pour-prevenir-le-syndrome-depuisement-professionnel>. Consulté le 2 mai 2016.
- [86] Selye H. Stress. Montréal, Québec: Acta Inc; 1950.
- [87] Selye H. The stress of life. New York: McGraw-Hill; 1956.
- [88] Selye H. Stress sans détresse. Montréal, Québec: Les Éditions La Presse; 1974.
- [89] Selye H. Stress in health and disease. Boston: Butterworths; 1976.
- [90] Chapelle F. Stress : mécanismes d'adaptation, conséquences psychopathologiques et somatiques, approches thérapeutiques. Thèse de psychopathologie. Toulouse 2: Université Jean Jaurès; 2013 [396 pp.].
- [91] Taris TW, Schaufeli WB, Verhoeven LC. Workaholism in the Netherlands: measurement and implications for job strain and work-nonwork conflict. *J Applied Psychol* 2005;54:37–60.
- [92] Schaufeli WB. Workaholism, burnout and well-being among junior doctors: the mediating role of role conflict. *Work Stress* 2009;23(2):155–72.
- [93] Leka S, Griffiths A, Cox T. Organisation du travail et stress : approches systématiques du problème à l'intention des employeurs, des cadres dirigeants et des représentants syndicaux. Genève: Organisation Mondiale de la Santé; 2004.
- [94] Faragher EB, Cass M, Cooper CL. The relationship between job satisfaction and health: a meta-analysis. *Occup Environ Med* 2005;62(2):105–12.
- [95] Neboit M, Vezina M. Santé au travail et santé psychique. Toulouse: Octarès Éditions; 2002.
- [96] Niedhammer I, Golberg M, Leclerc A, Bugel I, David S. Psychosocial factor at work and subsequent depressive symptoms an the gazel cohort. *Scan J Work Environ Health* 1998;24(3):197–205.
- [97] Boxer PA, Burnett C, Swanson N. Suicide and occupation: a review of literature. *J Occup Environ Med* 1995;37(4):442–52.
- [98] Rojo-Moreno L, Livianos-Aldana L, Cervera-Martinez G, Dominguez-Carabantes JA, Reig-Cerbrian MJ. The role of stress in the onset of depressive disorders: a controlled study in a Spanish clinical sample. *Soc Psychiatr Epidemiol* 2002;37:592–8.
- [99] Judah MR. The prospective role of depression, anxiety, and worry in stress generation. *J Soc Clin Psychol* 2013;32(4):381–99.
- [100] Wada K, Sairenchi T, Haruyama Y, Taneichi H, Ishikawa Y, Muto T. Relationship between the onset of depression and stress response measured by the Brief Job Stress Questionnaire among Japanese employees: a cohort study. *Plos One* 2013;8(2):1–7.
- [101] Riley V. Stress – cancer contradictions: a continuing puzzle-ment. *Cancer Detect Prev* 1979;2:159–62.
- [102] Riley V. Psychoneuroendocrine influences on immunocompetence and neoplasia. *Sci* 1981;212:1100–9.
- [103] Riley V, Fitzmaurice MA, Spackman DH. Psycho neuro immunological factors in neoplasia: studies in animal. New York: Academic Press; 1981.
- [104] Cooper CL, Marshall J. Occupational sources of stress: a review of the literature relating to coronary heart disease and mental ill health. *J Occup Psychol* 1976;49:11–28.
- [105] Kroes W. Society's victim, the policeman: an analysis of job stress in policing. Springfield: Thomas; 1976.
- [106] Cox T. Stress. London: University Park; 1978.
- [107] Stansfeld SA, North FM, White I, Marmot MG. Work characteristics and psychiatric disorder in civil servants in London. *J Epidemiol Community Health* 1995;49:48–53.
- [108] Kristensen TS. Job stress and cardiovascular disease: a theoretic critical review. *J Occup Health Psychol* 1996;1(3):246–60.
- [109] Marmot MG, Bosma HH. Contribution of job control and other risk factors to social variations in coronary heart disease. *Lancet* 1997;350(9073):235–8.
- [110] Stansfeld SA, Fuhrer R, Shipley MJ, Marmot MG. Work characteristics predict psychiatric disorder: prospective results from the Whitehall II Study. *Occup Environ Med* 1999;56:302–7.
- [111] House J. Occupational stress and coronary heart disease: a review and theoretical integration. *J Health Soc Behav* 1974;15:12–27.
- [112] Jenkins CD, Zyzanski SJ, Rosenman RH. Risk of new myocardial infarction in middle aged men with manifest coronary heart disease. *Circ* 1976;53:342–7.
- [113] Poppo E, Tenkanen L, Kalimo R, Heinsalmi P. The sense of coherence, occupation and the risk of coronary heart disease in the Helsinki Heart Study. *Soc Sci Med* 1999;49(1):109–20.
- [114] Krantz DS, McCeney MK. Effects of psychological and social factors on organic disease: a critical assessment of research on coronary heart disease. *Annu Rev Psychol* 2002;53:341–69.
- [115] Strike PC, Steptoe A. Systematic review of mental stress-induced myocardial ischemia. *Eur Heart J* 2003;24:690–703.
- [116] Strike PC, Steptoe A. Psychosocial factors in the development of coronary artery disease. *Prog Cardiovasc Dis* 2004;46:337–47.
- [117] Strike PC, Steptoe A. Behavioral and emotional triggers of acute coronary syndromes: a systematic review and critique. *Psychosom Med* 2005;67:179–86.
- [118] Dimsdale JE. Psychological stress and cardiovascular disease. *J Am Coll Cardiol* 2008;51:1237–46.
- [119] Cox T, Griffiths A, Real-Gonzales E. Recherche sur le stress au travail. Nottingham: Institute of Work, Health and Organisation; 2006.
- [120] Hallsten L. Burning out: a framework. In: Schaufeli WB, Maslach C, Marek T, editors. Professional burnout: recent developments in theory and research. Washington: Taylor & Francis; 1993. p. 95–115.
- [121] Meier ST. The construct validity of burnout. *J Occup Psychol* 1984;57:211–9.
- [122] Glass DC, McKnight JD. Perceived control, depressive symptomatology, and professional burnout: a review of the evidence. *Psychol Health* 1996;11:23–48.
- [123] Leiter MP, Durup J. The discriminant validity of burnout and depression: a confirmatory factor analytic study. *Anxiety Stress Coping* 1994;7:357–73.
- [124] Schaufeli WB, Bakker AB, Hoogduin K, Schaap C, Kladler A. On the clinical validity of the Maslach Burnout Inventory and the Burnout Measure. *Psychol Health* 2001;16:565–82.
- [125] Toker S, Shirom A, Shapire I, Berliner S, Melamed S. The association between burnout, depression, anxiety, and inflammation biomarkers: C-reactive protein and fibrinogen in men and women. *J Occup Health Psychol* 2005;4:344–62.
- [126] Ahola K, Honkonen T, Kivimäki M, Virtanen M, Isometsä E, Aromaa A, et al. Contribution of burnout to the association between job strain and depression: the health 2000 study. *J Occup Environ Med* 2006;48:1023–30.
- [127] Iacovides A, Fountoulakis KN, Kaprinis ST, Kaprinis G. The relationship between job stress, burnout, and clinical depression. *J Affect Disord* 2003;75:209–21.
- [128] Hakanen JJ, Schaufeli WB. Do burnout and work engagement predict depressive symptoms and life satisfaction? A three-wave seven-year prospective study. *J Affect Disord* 2012;141:415–24.

- [129] Chapelle F. Analyse des cas cliniques du JTCC: entre clinique pure et recherche clinique. *J Ther Comport Cogn* 2013;23:93–101.
- [130] Organisation de Coopération et de Développement Économiques (OCDE). Heures travaillées (indicateur). (En ligne) <https://data.oecd.org/fr/emp/heurestravaillées.htm>. Consulté le 7 mai 2016.
- [131] Emery S, Wade TD, McLean S. Associations among therapist beliefs, personal resources, and burnout in clinical psychologists. *Behav Change* 2009;26:83–96.
- [132] Chapelle F. Bon stress, mauvais stress: mode d'emploi. Paris: Odile Jacob; 2007.
- [133] Légeron P. Le stress au travail. 2<sup>e</sup> éd. Paris: Odile Jacob; 2015.
- [134] Ohrt JH, Prosek EA, Ener E, Lindo N. The effects of a group supervision intervention to promote wellness and prevent burnout. *J Humanist Couns* 2015;54(1):41–58.
- [135] Shifron R, Reysen R. Workaholism: addiction to work. *J Individ Psychol* 2011;67(2):136–46.
- [136] Blonk R, Brenninkmeijer V, Lagerveld S, Houtman I. Return to work: a comparison of two cognitive behavioural interventions in cases of work-related psychological complaints among the self-employed. *Work Stress* 2006;20(2):129–44.
- [137] Lloyd J, Bond FW, Flaxman PE. The value of psychological flexibility: examining psychological mechanisms underpinning a cognitive behavioural therapy intervention for burnout. *Work Stress* 2013;27(2):181–99.
- [138] Zielhorst T, Van Den Brule D, Visch V, Melles M, Van Tienhoven S, Sinkbaek H, et al. Using a digital game for training desirable behavior in cognitive–behavioral therapy of burnout syndrome: a controlled study. *Cyberpsychol Behav Soc Netw* 2015;18(2):101–11.
- [139] Lindegard A, Jonsdottir IH, Börjesson M, Lindwall M, Gerber M. Changes in mental health in compliers and non compliers with physical activity recommendations in patients with stress-related exhaustion. *BMC Psychiatry* 2015;15:272.
- [140] Limosin F. L'addiction au travail : le travail. *Lett Psychiatre* 2008;4(5):140–3.
- [141] Kuehlein T, Sghedoni D, Visentin G, Gérvais J, Jamouille M. La prévention quaternaire, une tâche du médecin généraliste. *Prim Care* 2010;10(18):350–4.
- [142] Friberg T. Burnout: from popular culture to psychiatric diagnosis in Sweden cult. *Med Psychiatry* 2009;33:538–58.
- [143] Freudenthaler HJ. The psychologist in a free clinic setting an alternative model in health care. *Psychother Theory Res Pract* 1973;10(1):52–61.