



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

# Les stades du *burnout* selon une perspective temporelle : revue narrative



## *Temporal stages of burnout: Narrative review*

Céline Leclercq\*, Isabelle Hansez

Unité de Valorisation des Ressources Humaines, Département Psychologie, Université de Liège, Place des Orateurs, 2, 4000 Liège, Belgique

### INFO ARTICLE

#### Historique de l'article :

Reçu le 6 mai 2024

Accepté le 13 mars 2025

Disponible sur Internet le 17 mai 2025

#### Mots clés :

Clinique  
Épuisement professionnel  
Prévention  
Processus  
Revue

### RÉSUMÉ

Suite à l'augmentation des cas de *burnout*, la prévention et la prise en charge du *burnout* sont devenus des enjeux cruciaux, soulignant ainsi l'importance de poursuivre la recherche pour mieux décrire ce phénomène. Afin de proposer une compréhension ancrée dans le vécu des travailleurs, cet article présente un modèle du vécu du *burnout* en tant que processus temporel, contextuel et symptomatologique. Une revue narrative de la littérature a été réalisée via les bases de données bibliographiques Medline (Ovid), Psycinfo (Ovid) et Google Scholar. Les articles étaient sélectionnés sur base de documents descriptifs et qualitatifs portant sur les étapes menant au *burnout*. La recherche de littérature a permis d'identifier neuf articles pertinents. Les résultats de l'analyse des documents ont permis de mettre en avant quatre stades traduisant ce processus temporel : (1) l'engagement au travail avec un enthousiasme idéaliste (stade 0), (2) la fragilisation de l'idéal (stade 1) caractérisé par l'apparition des changements et contradictions dans l'environnement professionnel, (3) le retrait protecteur (stade 2) caractérisé par l'apparition des premiers symptômes et les mécanismes de défense, et (4) le *burnout* avéré (stade 3) marqué par un incident critique. De manière non prescriptive ni exhaustive, l'étude propose un modèle permettant de dresser un tableau clinique de l'évolution d'une situation positive d'engagement au travail à une situation de souffrance intenable pour le travailleur, de faciliter la transposition entre la théorie et la pratique tout en tenant compte de l'évolution du contexte professionnel et de la symptomatologie. Ce modèle permet également de questionner les préventions primaire, secondaire et tertiaire selon la temporalité des quatre stades.

© 2025 Les Auteurs. Publié par Elsevier Masson SAS. Cet article est publié en Open Access sous licence CC BY (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>).

### ABSTRACT

#### Keywords:

Burnout  
Process  
Review  
Prevention  
Clinical study

Due to the increasing number of burnout cases, prevention and management of burnout have become major concerns, underscoring the importance of further research to better delineate this phenomenon. To provide a contemporary understanding rooted in the experiences of workers, this article introduces a qualitative approach to the experience of burnout as a temporal process. Some authors emphasize burnout as a state, while others identify it as a process integrating symptomatology alone or associating it with changes in the work context. According to a temporal perspective focused on both symptomatology and the professional context, a narrative review of the literature was conducted to investigate the evolution of burnout. The bibliographic databases Medline (Ovid) and Psycinfo (Ovid), as well as Google Scholar, were consulted. Inclusion and exclusion criteria were defined to select relevant studies, including thematic relevance, adult population, qualitative or descriptive methodology while excluding papers lacking full-text availability and irrelevant contexts. A narrative analysis was conducted, involving a thorough examination of the methodologies, findings, and limitations of the chosen studies. Results were synthesized and classified to discern common themes concerning the temporal progression of burnout. This research identified four stages that depict this temporal process: engagement and enthusiasm with a high job ideal (stage 0), weakening of the ideal (stage 1), protective withdrawal (stage 2) and confirmed burnout (stage 3). At stage 0, individuals are fully engaged in their work, driven by

\* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : [celine.leclercq@uliege.be](mailto:celine.leclercq@uliege.be) (C. Leclercq).

idealistic enthusiasm. They invest a lot of energy in their tasks, considering work as a major source of personal accomplishment. At this stage, signs of burnout are rare. In stage 1, professional ideal begins to show signs of weakness. Work hindrance stressors and conflicting events start to diminish initial enthusiasm. Despite efforts exerted to exhaustion, individuals are confronted with obstacles that question their progress and professional fulfillment, resulting in a feeling of stagnation and doubt. At stage 2, a protective withdrawal occurs. What was once a source of work satisfaction is now perceived as a threat. Individuals develop strategies to protect themselves from harmful situations and begin to adopt an increasing cynicism towards organizational values. Work-related issues also start to impact their personal lives. Finally, in stage 3, burnout is confirmed. The ideal of a fulfilling job has completely disappeared, and individuals find themselves unable to maintain their usual functioning. Often triggered by a critical event, burnout manifests as intense emotional and physical distress, potentially leading to sick leave and an increased risk of depression. Doubts arise about their identity and personal worth, marking the beginning of an awareness and a reassessment of their relationship with work. Without being prescriptive or exhaustive, the study offers a model outlining a clinical framework for the evolution from a positive work engagement situation to an untenable suffering state for the worker, aiming to facilitate the translation between theory and practice while considering the evolution of the professional context and symptomatology. This model also prompts reflection on prevention. Primary prevention is referred to the stage 0, secondary prevention at stages 1 and 2, and tertiary prevention for stage 3. Practitioners can thus use this model earlier to assess environmental and individual factors contributing to burnout, raise awareness of early signs of burnout, or plan personalized follow-up based on the worker's journey and the evolution of their suffering.

© 2025 The Authors. Published by Elsevier Masson SAS. This is an open access article under the CC BY license (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>).

## 1. Introduction

Le travail, au-delà de sa définition économique, joue un rôle central dans nos vies et dans la définition de notre identité. Il est source d'épanouissement et de réalisation personnelle, mais génère aussi des tensions et des déséquilibres [3]. Dans un monde professionnel marqué notamment par des mutations sociologiques, économiques et technologiques, par la crise sanitaire et sur fond de transition écologique, les travailleurs sont confrontés à de nouvelles réalités professionnelles auxquelles ils ne sont pas préparés et outillés. Les tensions qui en résultent dépendent non seulement des facteurs personnels, organisationnels ou institutionnels, mais aussi de facteurs sociétaux et macro-économiques, comme en témoignent les récents problèmes économiques en Europe ayant fondamentalement augmenté les exigences au travail tout en diminuant les ressources disponibles [32]. Des conditions de travail défavorables ou des attentes décalées avec la réalité peuvent engendrer des conséquences négatives tant sur la santé mentale et physique des travailleurs [1] que sur l'organisation, telles que le turnover ou l'absentéisme [34]. En raison de ces conséquences, le *burnout* (BO) est devenu particulièrement préoccupant pour les chercheurs, les professionnels de santé et les organisations [23].

Introduit dans les années 1970 par Freudenberger, le concept de BO a évolué dans sa compréhension en englobant une complexité de symptômes et de manifestations qui interagissent et évoluent au fil du temps [3]. Ces cinquante dernières années, le BO, également appelé épuisement professionnel, a fait l'objet de nombreuses définitions. Certains auteurs ont recensé au moins 142 définitions du BO [26], reflétant une absence de consensus. La conception du BO la plus répandue met en avant trois dimensions : l'épuisement émotionnel, la dépersonnalisation et la diminution de l'accomplissement personnel [24]. L'Organisation Mondiale de la Santé [25] a notamment reconnu le BO comme un phénomène lié au travail en se basant sur ces dimensions et a intégré ce phénomène, en se reposant sur les conclusions d'experts de la santé du monde entier, dans le CIM-11 (Assemblée mondiale de l'OMS, Genève). Néanmoins, l'OMS le diffère toujours d'une maladie professionnelle, notamment en raison de son étiologie multifactorielle.

Récemment, certains auteurs [14,30] ont mis en avant une nouvelle définition du *burnout* axée sur la symptomatologie du

*burnout* via quatre symptômes principaux : l'épuisement physique et psychologique ; la distanciation mentale du travail caractérisée par un retrait mental/physique ; une perte de contrôle cognitif telle que des problèmes de mémoire ou de concentration ; et enfin une perte de contrôle émotionnel caractérisée par des réactions émotionnelles exacerbées et une faible tolérance. Selon ces mêmes auteurs, la tension nerveuse (le stress) est un signe visible du BO et souvent le premier motif de demande d'aide. De plus, trois symptômes secondaires sont identifiés : l'humeur dépressive, la souffrance psychologique et les plaintes psychosomatiques. Selon une perspective dynamique, mettant en avant une certaine temporalité dans la symptomatologie, ces auteurs montrent que le BO commence par une perte d'énergie pourtant nécessaire pour réguler les émotions et pensées. Pour se protéger, le travailleur se distancie mentalement et adopte une attitude détachée envers le travail, perçu comme la source principale de l'épuisement. Cependant, cette distanciation mentale est inefficace, car elle suscite des réactions négatives, compromettant la motivation au travail et la performance. La distanciation mentale devient ainsi une partie intégrante du BO, exacerbant la fatigue extrême conduisant aux trois symptômes secondaires du BO.

En complément de ces définitions envisageant le BO principalement comme un état [24] et/ou axées sur la symptomatologie [14,30], un autre courant le considère comme un vécu qui s'inscrit dans une certaine temporalité. La définition du Conseil Supérieur de la Santé en Belgique illustre cette perspective temporelle considérant que le BO est un processus multifactoriel lié à la confrontation répétée au stress (plus de six mois) en situation de travail et caractérisé par un déséquilibre entre investissement et récompense, ou entre attentes et réalité professionnelle. Il se manifeste notamment par un épuisement émotionnel, physique et psychique. Le *burnout* affecte le contrôle des émotions et des cognitions, entraînant des changements comportementaux et une distanciation mentale vis-à-vis du travail. Ce processus d'adaptation inefficace conduit à un désengagement progressif et une perception négative du travail et des collègues. Il est souvent méconnu par le travailleur pendant un certain temps [6]. À travers cette définition, on comprend que le BO est davantage vu comme étant un processus évolutif lié à l'exposition prolongée face à un environnement professionnel qui se dégrade.

Dans la pratique, le diagnostic du BO et la prise en charge se complexifient en raison de la pluralité des définitions et du focus principalement fait sur des dimensions et/ou sur une symptomatologie caractéristique. Néanmoins, certains auteurs soulignent le besoin de mieux comprendre comment le BO évolue chez les travailleurs au cours du temps en intégrant des éléments liés à la confrontation au réel du travail [13]. En effet, les stades du BO sont peu étudiés (Freudenberg en 1974, Girdin et al. en 1991 ; Miller et Simith en 1993 ou encore Gorkin en 2004) [13] et le dernier modèle temporel date de 2005 [16]. Selon ce modèle [16], le BO était identifié selon huit composantes : une motivation intérieure ou une pulsion pour la vie ; un sentiment de responsabilité ; une charge de travail croissante et du manque de temps passé avec la famille ; une image de soi menacée en raison de l'échec ; une lutte face aux difficultés au travail ; des manifestations corporelles et psychologiques ; une fatigue accablante ; et une atteinte de ses limites ou une incapacité de voir un sens à la vie. Afin de proposer une compréhension actuelle et ancrée dans le vécu des travailleurs, cette présente étude s'intéresse à l'approche clinique du BO en tant que processus temporel datant d'après 2005. Les approches existantes décrivant le processus de BO chez les travailleurs et le vécu des travailleurs face à l'évolution de leur situation professionnelle seront investiguées.

La présente revue narrative, basée sur la méthodologie de Saracci et al. [27], vise à explorer la perspective temporelle du BO afin d'élaborer un modèle théorique temporel et présentant également une vision multifocale intégrant à la fois le contexte professionnel et la symptomatologie du point de vue de l'individu. Cette perspective s'inscrit principalement dans le courant considérant le vécu d'un *burnout* selon une perspective temporelle [6], tout en intégrant la prépondérance du travail dans l'apparition de la souffrance professionnelle en plus de la dimension symptomatologique du *burnout* [14,30]. Cet objectif vise à répondre à la question suivante : comment le vécu du travail et le BO évoluent-ils chez les travailleurs au cours du temps ? Ce type d'objectif implique une approche descriptive et qualitative, car il s'agit d'identifier et de comprendre les processus, les expériences subjectives et les perceptions des individus. La revue narrative associée à cette approche permet d'explorer des questions plus larges et des phénomènes complexes comme le développement du *burnout* à travers le temps. Elle permet également d'intégrer la richesse des expériences individuelles et les nuances apportées par le discours des travailleurs impactés par ce phénomène.

## 2. Processus de recherche et synthèse des documents sélectionnés

### 2.1. Base de données et équation de recherche

Une revue de la littérature anglophone et francophone a été effectuée via les bases de données (BD) bibliographiques Medline (Ovid) et Psycinfo (Ovid). Ce sont des BD reconnues, respectivement, dans le domaine médical et dans le domaine de la psychologie et des sciences du comportement. La recherche bibliographique a été lancée en avril 2023. Une recherche manuelle additionnelle sur Google Scholar a été menée, afin d'identifier d'autres sources de données non publiées ou référencées sur Medline (Ovid) et Psycinfo (Ovid).

Les mots-clés utilisés pour les BD sont : *burnout*, *burn out*, *process\**, *step\**, *stage\**, *model\**, *theor\**, *profil\** via l'équation suivante ((*burnout* or *burn out*) adj3 (*process\** or *step\** or *stage\** or *model\** or *theor\** or *profil\**)).ti,ab,id (Psycinfo (Ovid)) ou .ti,ab,kf (Medline (Ovid)). Ces termes ont été recherchés dans les titres (ti), les abstracts (ab) et les mots-clés de l'auteur (id. ou kf.). Ces mêmes termes ont été utilisés en anglais et en français sur Google Scholar.

En partant de l'hypothèse qu'un faible nombre d'études aborde le BO selon un processus temporel, les mots-clés généraux sélectionnés permettent d'investiguer un plus large panel de documents pouvant être pertinents par rapport à la thématique.

Les critères d'inclusion pour sélectionner les documents à intégrer sont les suivants : (1) la pertinence avec la thématique de l'évolution du processus de BO, (2) une population constituée d'adultes (plus de 18 ans), (3) des documents basés sur une méthode qualitative, une métasynthèse, une revue narrative ou une étude de cas clinique afin d'investiguer le vécu, l'expérience et le développement du BO chez les travailleurs, (4) la période de publication intégrant des documents parus entre 2005 et 2023. Les critères d'exclusion sont les suivants :

- les documents non accessibles en intégralité en *open access* ou via l'abonnement institutionnel ;
- les contextes non pertinents (ex. BO parental ou encore BO scolaire qui sont liés à d'autres facteurs et dans des contextes extérieurs au contexte d'emploi) afin de se centrer uniquement sur la problématique du *burnout* sous l'angle professionnel tel que reconnu par l'OMS. Les théories explicatives du BO, comme le JDR model [2] et ERI model [31] (étant spécifiques au contexte professionnel) ne s'appliquent pas à la sphère scolaire ou parentale, qui, de leur côté, impliquent d'autres processus explicatifs.

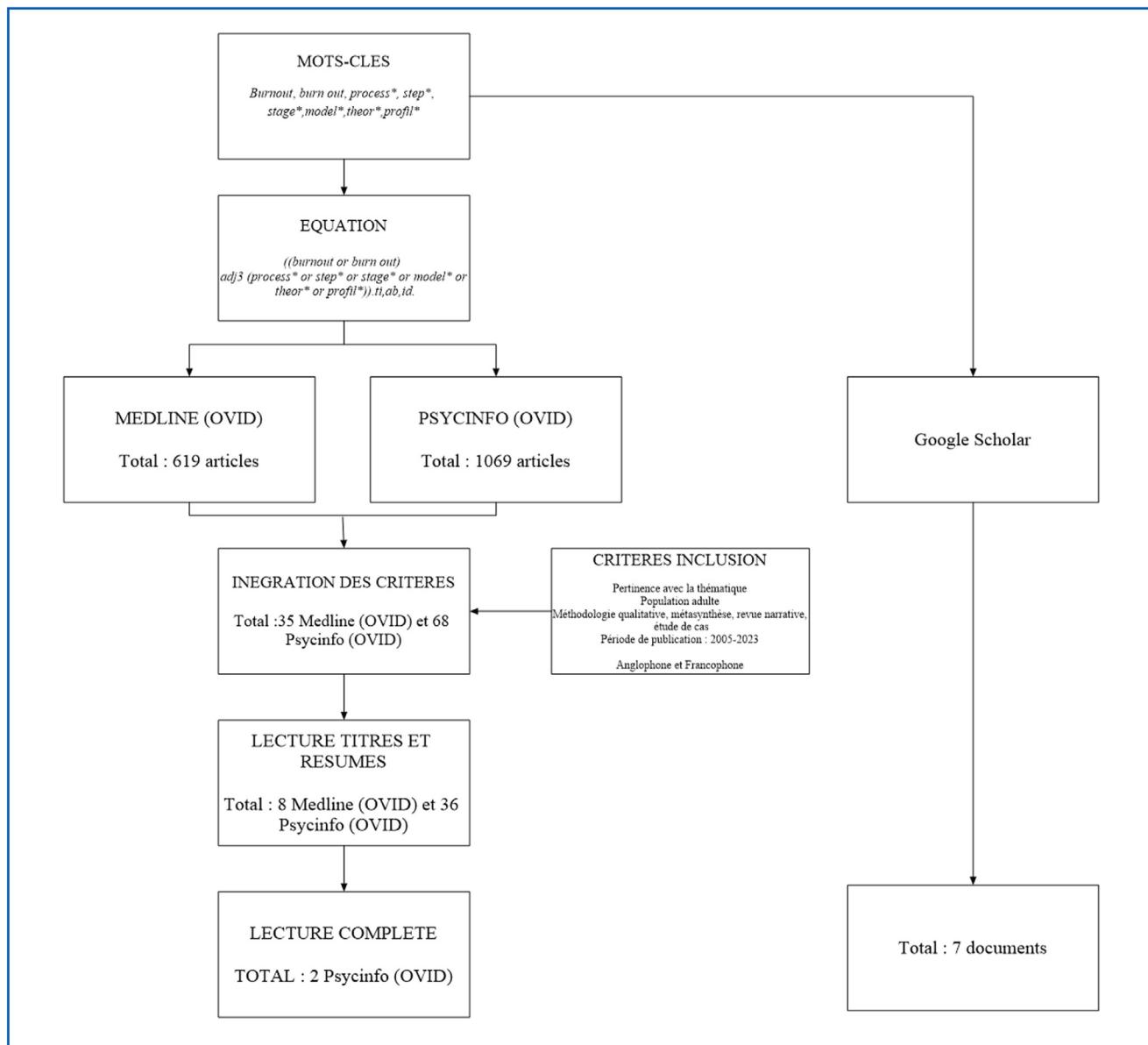
### 2.2. Stratégie de recherche et sélection des documents

Sur base de l'équation, 1 069 documents sur Psycinfo (Ovid) et 619 sur Medline (Ovid) ont été retenus. Après avoir appliqué les critères d'inclusion via les filtres des BD (*clinical case study* ou *case reports*, *metasynthesis* et *qualitative study*), 68 articles sur Psycinfo (Ovid) et 35 articles sur Medline (Ovid), parus en français ou anglais entre 2005 et 2023, ont été conservés. Ensuite, sur base du titre et du résumé, les documents hors sujet ou liés à un contexte non pertinent (ex. BO parental) ont été rejettés pour ne garder que ceux pertinents. Une lecture approfondie a été réalisée pour 36 articles sur Psycinfo (Ovid) et seulement huit articles sur Medline (Ovid), principalement en raison du nombre de documents qui mentionnaient une approche quantitative liée à l'impossibilité d'intégrer ce critère d'exclusion dans les filtres sur Medline (Ovid). En complément aux deux autres bases de données, une recherche manuelle sur Google Scholar permettait d'accéder à des documents récents non répertoriés ou dans des revues non reprises dans les bases de données (ex. documents francophones). Cette recherche a permis d'ajouter sept documents pertinents (principalement francophones).

### 2.3. Description et synthèse des études sélectionnées

Au total, la recherche de littérature a permis d'identifier neuf documents dans la revue narrative (Fig. 1). Deux documents issus de Psycinfo (Ovid) ont été retenus, ainsi que sept documents issus de la recherche complémentaire sur Google Scholar [5,7–9,12,17,18,21,35].

La méthode narrative de la revue de la littérature a été utilisée pour analyser et synthétiser les documents sélectionnés. Il s'agit d'abord d'une analyse critique des méthodologies, des résultats, des arguments et des limites de chaque étude en cherchant à identifier les convergences et les divergences dans la littérature existante. Pour ce faire, une grille détaillée d'analyse a été utilisée afin d'évaluer la littérature. Celle-ci comprenait le nombre de participants, les caractéristiques de l'étude, ainsi que les méthodologies utilisées. Les études sélectionnées sont décrites selon la grille utilisée dans la Fig. 2. Ensuite, les résultats des études ont été synthétisés, puis catégorisés selon la temporalité décrite par chaque étude dans un fichier Excel (une ligne par étude, une



**Fig. 1.** Méthode de recherche des articles

colonne par stade décrit) pour identifier le nombre de stades pour chaque étude. Enfin, les stades décrivant les mêmes thèmes dans les différentes études ont été regroupés.

### 3. Les stades du burnout (BO)

L'objectif de cette étude est de mettre en évidence les phases progressives du BO, en ne centrant pas le modèle théorique sur un seul secteur professionnel. Bien que certains auteurs [17,18] mettent également en avant les phases de la reconstruction post-BO, la recherche se focalise sur l'évolution de la pathologie et non la manière dont les individus font face à celle-ci lors du processus de reconstruction. Dès lors, les phases de reconstruction et de reprise ou non de l'activité professionnelle sont exclues du modèle temporel.

Sur base du regroupement des thèmes similaires, les documents permettent de relever quatre stades (Fig. 3a et b) dans le processus du BO. En se basant sur les termes utilisés par les auteurs dans la description de leurs stades du BO, il a été décidé de les désigner de la

manière suivante : (Stade 0) l'engagement au travail avec un enthousiasme idéaliste (mentionné par cinq études sur neuf), (Stade 1) la fragilisation de l'idéal (mentionné par toutes les études), (Stade 2) l'apparition du retrait protecteur (mentionné par huit études) et (Stade 3) le BO avéré (mentionné par toutes les études). La Fig. 3a et b reprend les thèmes des différents documents qui ont été regroupés et font référence aux stades du BO. La Fig. 4 représente, quant à elle, l'interprétation et la transposition des thèmes pour former le modèle de processus de BO. Il est intéressant de noter que, dans la littérature consultée, le stade de l'engagement au travail avec un enthousiasme idéaliste n'est pas systématiquement cité par les auteurs comme étant la phase préliminaire au développement du BO. On constate également des nuances entre auteurs quant à la caractérisation de chaque stade.

#### 3.1. Stade 0 : Engagement au travail avec un enthousiasme idéaliste

Au début du processus, le travail est perçu comme le principal chemin d'accomplissement [18]. Le travailleur lui accorde une grande importance et le place en priorité, parfois au détriment de

Étude	Pays	Participants	Population	Critères d'inclusion/recrutement	Méthodologie	Type d'étude
Daloz (2007) [17]	France	106 participants	Soignants, paramédicaux, médecins de 3 institutions différentes	Appartenance aux services étudiés (paramédicaux et médecins) et basé sur le volontariat	Entretiens individuels	Étude qualitative sur le processus de burnout
Daloz & Bénony (2007) [18]	France	163 participants (57 doublés)	Soignants, paramédicaux, médecins de 3 institutions	Appartenance aux services étudiés (paramédicaux et médecins) et basé sur le volontariat	Entretiens individuels	Étude qualitative
Daloz et al. (2007) [19]	France	+130 participants	Paramédicaux, médecins	Données récoltées via l'intervention dans l'institution basée sur le volontariat	Groupes de parole pendant 6 ans	Étude longitudinale
Gustafsson et al. (2008) [20]	Suède	20 participants	Femmes issues de services de psychiatrie et soins aux personnes âgées	Recrutement de participants en arrêt de travail en raison d'un burnout et ayant travaillé au moins 5 ans dans l'institution ; lettre d'information via les superviseurs	Entretiens individuels	Étude qualitative
Eriksson et al. (2008) [21]	Suède	32 participants	Secteur public (principalement incapacités de longue durée avec diagnostic burnout)	Arrêt de travail depuis au moins 28 jours avec diagnostic de burnout du médecin ; coordonnées obtenues via l'agence nationale de sécurité sociale et envoie d'une lettre d'information puis prise de contact par téléphone une semaine après	Entretiens individuels	Étude qualitative
Delbrouck et al. (2011) [22]	Belgique	-	-	-	Revue de la littérature et constats cliniques	Revue narrative sur le burnout
Zwieja & Guarneri (2013) [23]	France	-	-	-	Revue de la littérature et constats cliniques	Revue narrative
Commission des affaires sociales (2017) [24]	France	-	-	-	Revue de la littérature	Rapport sur le burnout
Engebretsen & Bjorbaekmo (2019) [25]	Suède	20 participants	Femmes issues de services de psychiatrie et soins aux personnes âgées	Travailleurs avec symptômes et 50 à 100% en arrêt de travail depuis au moins 3 mois ; communication via le réseau et prise de contact par le participant potentiel	Entretiens individuels	Étude qualitative

Fig. 2. Articles sur le burnout ayant une approche qualitative ou descriptive qui servent de base à ce travail

la vie privée, en ayant la certitude que le travail pourrait tout combler [18,21]. Il perçoit le travail comme répondant à toutes ses attentes [7,21] et s'engage fortement en retour envers l'organisation, mais peut avoir une difficulté à poser des limites [9,12]. L'idéal ressenti apporte au travailleur de l'énergie [7,9], le motivant à viser des objectifs élevés et à être ambitieux [5,8,18]. Cet idéal de travail, sous-tendu par une perception positive de soi et de l'organisation, semble rencontré par le travailleur [7,18]. Il s'efforce alors d'être productif, autonome et d'entretenir des relations amicales avec ses collègues pour préserver cet idéal [21]. À ce stade, les signes précurseurs du BO sont minimes, voire inexistant. Cette phase se concentre sur l'individu et le rapport qu'il entretient avec son travail, marqué par la perception d'un idéal de travail parfaitement rencontré et par l'engagement, souvent associé à un désir intense de bien faire le travail et d'être productif (parfois jusqu'au perfectionnisme). L'individu est décrit comme étant très investi dans son travail, cherchant à atteindre des standards élevés de performance. Cette motivation, qui alimente l'engagement, généralement considéré comme un facteur de protection [29], peut cependant conduire également à des attitudes perfectionnistes, où l'individu vise constamment à atteindre des résultats impeccables. Cela peut également conduire à des difficultés à poser les limites car un individu fortement engagé peut accepter de nouvelles tâches ou se montrer disponible pour remplacer des collègues, car cela fait partie de son dévouement et de son idéal de travail [5,7–9,12,18,21].

### 3.2. Stade 1 : Fragilisation de l'idéal

L'idéal développé par le travailleur ne prépare pas celui-ci aux difficultés de la réalité qui impactent négativement l'enthousiasme [7,18,35]. Bien que le travailleur soit attaché à son travail et sa fonction, la confrontation à la réalité est bien souvent faite de contradictions dans les tâches (conflits de valeurs, dilemmes moraux, objectifs irréalisables) et/ou de changements importants

dans l'organisation [7,17]. Néanmoins, il peut encore éprouver un sentiment de satisfaction lorsque le travail est accompli [17].

Face à ces changements, le travailleur perçoit une difficulté à changer ou faire évoluer la situation (sentiment d'inertie) [12]. Ces constats quotidiens créent un sentiment de stagnation et forment un terrain propice au développement du doute. D'abord infime, l'appréhension prend de plus en plus d'ampleur. L'idéal, qui paraissait inébranlable, vacille petit à petit [35]. Le travailleur constate que malgré ses efforts et sa dépense d'énergie, sa carrière ne progresse pas comme il le désire [8]. L'angoisse accompagne la perte de l'idéal, car s'associe la crainte de devoir travailler par nécessité et non plus par intérêt [12]. Afin d'oublier le doute, la crainte et l'angoisse, le travailleur adopte un rythme de travail excessif, même en dehors des heures de travail, par peur de l'inactivité ou de l'inefficacité [5,18] et pense constamment au travail [5]. En effet, prendre le temps de s'arrêter, c'est risquer de constater cette frustration grandissante par rapport au travail et aux valeurs associées [21,35].

Malgré le surinvestissement professionnel, le travailleur sent qu'il plafonne [5]. Il ressent une insatisfaction quant à la reconnaissance reçue, aux exigences de son environnement et/ou les siennes et aux ressources disponibles pour réaliser ses tâches [5,17,35]. Les exigences du travailleur relèvent d'une attente de résolution de l'inadéquation entre les demandes et les ressources, entre les efforts et les récompenses qui permettraient de préserver l'idéal [12].

Cependant, l'ardeur manifestée par le travailleur pour mettre en évidence un dysfonctionnement de l'environnement camoufle une blessure touchant son identité et le sens de son travail [35]. Cette attitude instaure insensiblement un écart entre la position du travailleur sur l'importance du changement et celle de l'organisation [35]. Aux yeux du travailleur, son identité, sa valeur et son existence vont être conditionnées par la situation, alors que les acteurs du milieu professionnel interprètent bien souvent ses commentaires comme un problème d'implication personnelle [35].

	STADE 0	STADE 1
[17]	Idéal professionnel qui sous-tend une filiation et une inflation narcissique.	Rencontre avec le réel et les contraintes du travail. Peur de devoir poursuivre par obligation. Angoisse de perdre l'idéal. Revendications visant à se rassurer.
[18]		Idéal peu touché. Le travailleur est capable de rêves par rapport à son travail mais le doute s'installe. Intérêt pour d'autres aspects du métier, plus qu'aux clients. Recherche inefficace d'un équilibre entre soi (protection) et le patient (investissement, ouverture).
[19]	Investissement et engagement.	Développement d'un mécontentement quant à l'absence de reconnaissance par rapport à un rôle personnel que le travailleur croyait devoir/pouvoir tenir. Le travailleur s'interroge malgré lui sur le pourquoi de son action. Confusion entre la perception de son engagement, son activité, ses rôles et statuts et le sentiment de se sentir mal situé, en décalage, incompris. Il souhaiterait se sentir soutenu, approuvé, avoir un statut clair. Ce qui épouse dans le burnout c'est le manque de reconnaissance.
[20]	Enthousiasme idéaliste, le travail promet de tout combler. Sur-identification avec la clientèle et dépense d'énergie excessive et inefficace.	Stagnation : le travail n'est plus perçu comme excitant et n'est plus le substitut de tout dans la vie. Frustration : la personne s'interroge sur son efficacité au travail et sur la pertinence et la valeur du travail.
[21]	Réussite : énergie utilisée pour arriver aux buts individuels, sentiment d'être débrouillards, enthousiastes et positifs, priorité accordée au travail (mais, report de la vie de famille et des besoins personnels au second plan).	Pression : ne plus se sentir capable de faire face à la situation de travail et aux difficultés qui affectent l'enthousiasme et le dévouement précédemment éprouvé, augmentation du niveau de stress, se questionne sur ses capacités et sur le soutien disponible, travail par obligation de continuer, n'arrive plus à répondre à ses attentes personnelles, mais persévérance dans les efforts par peur de l'inactivité et de l'incapacité de ne plus savoir faire autant qu'avant.
[22]	Vouloir se montrer fort(e) et productif(ve) : travailler dur et être engagé(e) au travail. Vouloir prendre des responsabilités et faire par soi-même : avoir des objectifs élevés et planifier et réaliser les choses, seul(e). Vouloir se montrer agréable : vouloir être là pour les autres et les aider. Difficulté à dire non. Se perdre face aux demandes en augmentation.	Le respect et l'appréciation des autres ne sont pas ou plus perçus. Sentiment d'être traité(e) injustement, d'être incompris(e), d'être remis(e) en question. Se sentir anonyme, ignoré(e) et oublié(e). Se sentir incapable de changer une situation : malgré le fait que le travailleur sait ce qui doit être fait, il n'est pas toujours évident ou il n'a pas toujours la capacité de le faire.
[23]		Confusion : sentiment que quelque chose ne va pas. Frustration : insatisfaction, colère, changement de travail, dosalgique et migraine modérée.
[24]	Enthousiasme : ambitieux(se), idéaux et objectifs élevés. Energie dans son travail même si conditions exigeantes et peu favorables.	Surinvestissement : le travailleur plafonne, malgré ses efforts, sa carrière n'évolue pas comme il le voudrait, sa satisfaction ne grandit pas, ses efforts ne sont pas reconnus. Il redouble d'ardeur, travaille le soir, le weekend et ne se déconnecte jamais psychologiquement.
[25]		Changements importants : organisationnels (e.g. nouvel employeur) ou situationnels (e.g. licenciements), augmentation des responsabilités et de la charge de travail, moins d'opportunités pour influencer la situation. Liens sociaux précaires. Exigences accrues et attentes incompatibles : contradictions ou incompatibilités, en lien avec les changements, attachement présent envers le travail et la fonction, sentiment d'inadéquation avec les attentes de l'organisation (e.g. devoir mettre les exigences du management avant les tâches jugées importantes), sentiment de satisfaction et fierté envers le travail accompli.

Fig. 3. Revue de la littérature sur les stades du burnout selon les approches qualitative et descriptive

	STADE 2	STADE 3
[17]	Mécanisme de défense : refus d'adaptation, tendance à poursuivre à l'identique, cynisme, refus de croire en d'autres valeurs, disparition des mécanismes que l'idéal soutenait (espérance, confiance, tolérance, frustration, identification, idéalisation, ETC.).	Dés-idealisation: fin de d'un fantasme de plein accomplissement, fin de l'idealisation. Augmentation des affects qui jusque-là avaient été anesthésiés.
[18]	Attentes extra-professionnelles (sphère privée) et des idéaux. Agressivité envers le patient. Idées, comportements que le travailleur n'aurait pas cru avoir. Comportements de fautes, troubles caractériel, honte davantage présente. Gestion des émotions problématique. Décalage entre un rythme personnel ralenti et un rythme de travail rapide.	Proche de la dépression. Doute quant à soi (et non plus comme professionnel). Absence de mise en sens. Se sent dépassé(e), ne lutte plus. Fin de l'espérance, d'une place, d'une logique, d'une utilité pour soi, pour les autres. Capacité toujours présente de penser des projets en dehors du travail. Incapacité de changer la situation.
[19]	Intolérance aux dysfonctionnements de l'institution, image de soi déteriorée, modification des valeurs, désinvestissement, culpabilité, perte de son identité, réalité du travail frustrante/injuste, blessure de l'idéal, remise en cause du travail comme moyen privilégié de s'accomplir. Plus sa place dans l'équipe. Déception de ne pas pouvoir garder une part de soi, de plaisir.	Proche d'un état dépressif avec une incapacité à ressentir de la satisfaction.
[20]	Être troublé(e) émotionnellement. Souffrir d'un sentiment d'inadéquation : incapacité à faire face. Sentiment d'échec, de solitude, d'inutilité. Souffrir d'une conscience troublée : incapacité d'atteindre ses objectifs, ses idéaux.	Implication du corps : le corps est impliqué (symptômes physiques, psychologiques et cognitifs apparaissent). Être forcé(e) à bailler les bras.
[21]		Effondrement psychosomatique : perte de contrôle et impuissance (avec culpabilité, frustration et/ou colère), perte d'accès de paraître faible et sans valeur, conscience accrue des sensations corporelles et des limites, burnout décrit comme physiquement et mentalement éprouvant, symptômes corporels qui persistent et varient en intensité, rôle familial et relations menacés (inaptitude à interagir), difficultés à faire référence à la "maladie" et d'accepter/justifier le fait d'être malade, sentiment d'être indigne, ne pas se sentir toujours pris au sérieux.
[22]	Apathie : le travail frustré mais est nécessaire. Évitement des défis, du travail et des clients. Absentéisme important et répété. Difficultés de réadaptation.	Burnout : temps pour accepter la situation. Lien avec les étapes consécutives au deuil : déni, colère, marchandage, tristesse, affects dépressifs, acceptation.
[23]	Désespoir : sentiment d'insuffisance et d'absurdité, cynisme, méfiance, apathie.	Burnout : résultat de la déception lorsque la réalité ne répond pas ou plus aux attentes que le travailleur avait placées dans son travail, sa carrière, sa vie personnelle.
[24]	Désillusion : fatigue, déception, perte d'espérance, efforts méconnus, signes cliniques (impatience, irritabilité, cynisme, isolement, troubles somatiques).	Burnout : le travailleur perd tout intérêt pour son travail et son entourage professionnel, voire personnel. Il n'est plus capable de travailler.
[25]	Manque de confiance en soi et diminution de l'estime de soi : méfiance envers employeurs et/ou collègues, manque de reconnaissance et d'appréciation. Fortes émotions et problèmes de santé : apparition des symptômes (e.g. fatigue, épuisement, pleurs, colère, rage, irritabilité, changement de comportements), perte joie de vivre et perte de l'amusement, repli sur soi et isolement (aussi dans le privé).	Effondrement : incident critique sur le lieu de travail ou ailleurs (le corps ou le cerveau cessent de fonctionner normalement et souvent est l'aboutissement d'un long processus de détérioration), périodes de récupération plus suffisantes, crises de larmes et angoisse récurrentes. Absence maladie souvent longue avec sentiments mitigés positifs (e.g. distance des conflits, repos) et négatifs (e.g. culpabilité, sentiments d'échec). Remise en question du travail et du diagnostic. Détérioration des contacts sociaux. Tendance à l'isolement. En cas de retour au travail, sentiments ambivalents

Fig. 3 (Continued).

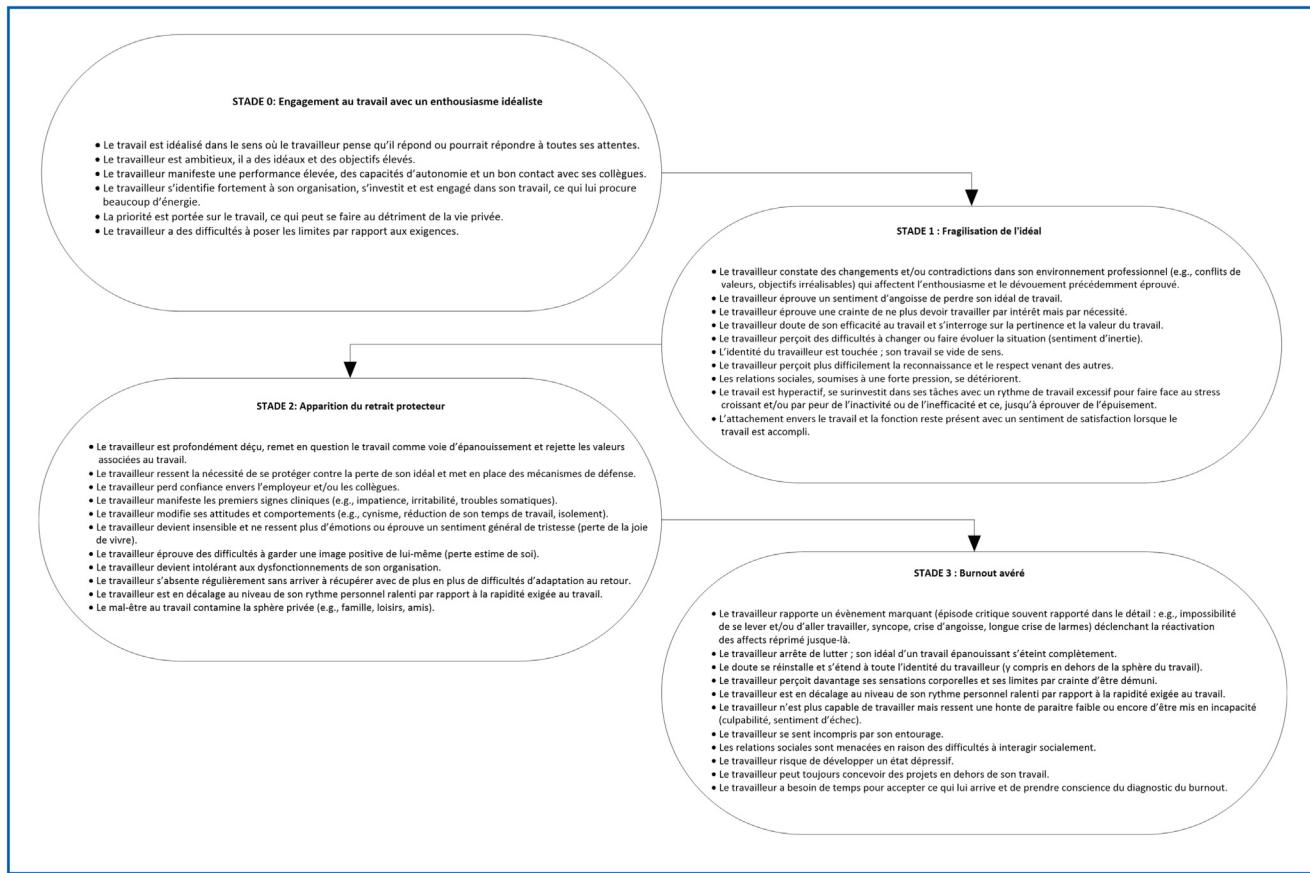


Fig. 4. Résumé des stades du burnout

Au niveau des relations interpersonnelles, elles subissent également des pressions qui altèrent leur qualité [17]. Le travailleur peut ressentir un manque de respect, de reconnaissance ou d'appréciation, se sentir incompris ou traité injustement par l'entourage professionnel [9,12,17].

### 3.3. Stade 2 : Apparition du retrait protecteur

Pourtant nécessaire dans la vie du travailleur (ex., normes sociales, revenu), le travail se fait menaçant. Le travailleur tente de réduire ses efforts et d'éviter toute situation préjudiciable [7]. Néanmoins, l'évitement n'est pas tenable sur le long terme [12]. Déçu, il se sent désabusé et questionne le travail comme voie d'épanouissement [9,35]. Les valeurs liées au travail sont rejetées et l'individu s'enferme dans ses propres valeurs en devenant intolérant aux dysfonctionnements organisationnels [7,9]. Le travail se vide de sens et est perçu comme absurde [35].

Face à l'incompréhension grandissante et les idéaux qui se fragilisent, le travailleur ressent le besoin de se protéger. Il ne reste pas passif face à la fragilisation de son idéal en adoptant des mécanismes de défense tels que l'évitement ou la déshumanisation [7,12], préférant devenir cynique et rejeter les valeurs soutenues jusque-là par l'idéal (ex., espérance ou confiance) qui permettaient de maintenir une estime de soi acceptable [12]. Ces mécanismes de défense amènent le travailleur à adopter des attitudes qui ne correspondent pas à son fonctionnement habituel. Et, si jusque-là, la perte des idéaux ne touchait que le travail, le mal-être contamine à présent la sphère privée [5] avec des changements d'attitudes et de comportements plus profonds [8]. Ce retrait n'est pas tenable et le travailleur tend à s'absenter plus souvent sans récupérer suffisamment d'énergie [12,17], ni s'adapter à son retour [21].

Le travailleur perd confiance en lui face à l'absence de reconnaissance de l'entourage professionnel [17], perçoit une inadéquation face à son incapacité à faire face et ressent un échec face à son sentiment de solitude et d'inutilité ou encore de désillusion [5,35]. Il a du mal à maintenir une image positive de lui-même et de son entourage professionnel (ex. méfiance). Il ne trouve plus sa place dans l'équipe et s'isole de plus en plus, déçu de n'avoir pas su garder une part d'idéal et de plaisir dans son métier [35]. Plus le travailleur refoule ses émotions dans les étapes antérieures, plus elles s'extériorisent sous la forme de symptômes à ce stade. Tout comme les changements d'attitude (ex. irritabilité, colère, cynisme), les premiers signes cliniques apparaissent à ce stade (ex. fatigue, troubles somatiques, problèmes de mémoire et/ou de concentration) [5,17,21,35]. De plus, le travailleur éprouve un grand décalage entre les exigences et son rythme personnel ralenti [8].

### 3.4. Stade 3 : Burnout avéré

Si la situation perdure malgré les efforts du travailleur, l'idéal d'un travail éprouvant disparaît [7,12]. Le travailleur constate que la réalité ne répond plus du tout à ses attentes [35]. Il rapporte souvent un épisode précis de manière assez détaillée pour marquer cette fin (ex., évanouissement, impossibilité d'aller travailler, longue crise de larmes) [17]. Cet épisode active de manière très prononcée les affects (ex. pleurs, crise d'angoisse) et les sensations corporelles [7,17,18,21]. Les doutes qui ont progressivement envahi les pensées du travailleur ne se limitent plus à la sphère professionnelle, mais touchent l'ensemble des sphères de vie [5]. Le travailleur atteint ses limites et n'a plus la capacité de travailler, de lutter [5,17,21].

La mise en arrêt génère des sentiments ambivalents (ex. éviter les conflits, marquer un changement dans la vie, mais également

ressentir de la culpabilité, de la honte ou un sentiment d'avoir déserté) [17]. Cet arrêt, généralement prescrit par le médecin généraliste, pose un diagnostic difficile à accepter pour le travailleur, souvent dans le déni [17]. Bien que potentiellement alerté par les changements d'attitude, la possible incompréhension de l'entourage peut amener le travailleur à s'isoler et détériorer ses relations sociales [17,35]. Le travailleur peut présenter des symptômes proches de l'état dépressif ou être à risque de développer une dépression [8,9,12]. Il perd alors tout intérêt pour la sphère professionnelle, et même personnelle, mais cela reste généralement temporaire [5]. Par la suite, le travailleur peut retrouver un intérêt pour la sphère privée et faire des projets en dehors du travail [8].

#### 4. Discussion

La discussion portera sur les trois points suivants : (1) la pertinence d'une temporalité partant de l'engagement vers la souffrance au travail, (2) l'importance d'une vision temporelle et multifocale (contextuelle et symptomatologique) du BO, (3) la prévention ( primaire, secondaire et tertiaire) selon cette perspective temporelle.

##### 4.1. Pertinence d'une temporalité partant de l'engagement vers la souffrance au travail

L'interaction entre l'individu et son environnement de travail et, plus particulièrement, la manière dont les travailleurs s'engagent dans leur travail peut être à la fois source de plaisir et de souffrance. Ces deux notions sont étroitement liées puisque le travail est associé à la capacité à résister ou non aux situations de mise en échec et/ou aux contradictions expérimentées dans le travail [11].

On retrouve une forme de plaisir dans le stade de l'engagement au travail avec un enthousiasme idéaliste. Le travailleur s'investit et trouve de la satisfaction dans son travail puisqu'il témoigne d'un haut niveau de performance, de bons rapports sociaux ou encore d'une identification forte à l'organisation (Stade 0). On peut voir à travers ces éléments que le rapport au travail est vécu positivement par le travailleur et contribue à son idéal de travail. Selon le Job Demands-Resources model (JDR), ce processus, nommé processus motivationnel, repose sur l'idée que les ressources au travail ont un impact direct sur la motivation des employés, influençant ainsi leur performance et leur bien-être [2]. Plus un travailleur perçoit qu'il dispose de ressources personnelles et/ou professionnelles en suffisance, plus il va s'engager dans son travail. Les travailleurs qui mentionnent un engagement important envers le travail ont, par exemple, la volonté d'atteindre des objectifs élevés, une grande autonomie ou encore de bons contacts avec les collègues (Stade 0). L'engagement au travail est souvent associé à une diminution du risque de *burnout* grâce à ces caractéristiques positives. Cependant, notre étude met en évidence que cet engagement, lorsqu'il est marqué par un enthousiasme idéaliste et une difficulté à poser des limites (stade 0), peut s'accompagner de risques. En effet, cet investissement intense peut conduire à des comportements perfectionnistes, une surcharge de travail, et une tendance à prioriser la vie professionnelle au détriment de la vie privée. C'est pour ces raisons, entre autres, que le *burnout* touche principalement les personnes engagées dans leur travail.

Par ailleurs, la confrontation des travailleurs à des difficultés croissantes pouvant être rencontrées dans leur environnement de travail témoignent de changements et/ou de contradictions altérant l'expérience et l'idéal de travail. En partant du point de vue du travailleur, la revue narrative permet de faire lien entre les changements professionnels (ex. changement d'objectifs, changement des valeurs de l'institution) et les attitudes et comportements

des personnes à risque de BO (ex. perfectionnisme, valeurs en désaccord avec le fonctionnement de l'organisation). Dans cette perspective de stades, le BO avéré résulterait de l'impossibilité du travailleur à résister de manière indéfinie aux contradictions – inhérentes au travail en lui-même, ou entre les valeurs de l'individu et celles de l'organisation – si celles-ci ne sont pas prises en charge en amont. Le travailleur n'a plus la possibilité de faire face aux contraintes (ex. objectifs irréalisables, conflits de valeurs) qui supplantent les ressources disponibles (ex. manque de soutien social ou de reconnaissance), ce qui peut entraîner une détérioration de la santé (processus énergétique du JDR) [2]. Engebretsen et Bjorbaekmo illustrent les incompatibilités entre les changements organisationnels, les attentes de l'organisation et celles du travailleur [17]. Ils citent par exemple la priorisation des exigences du management au détriment des tâches jugées importantes par le travailleur. D'autres recherches soulignent le décalage entre l'investissement fourni et la reconnaissance accordée par l'organisation [9,12,17].

Bien que cette revue narrative ne vise pas spécifiquement à identifier les caractéristiques du travail ayant contribué à l'évolution de l'état psychologique du travailleur selon le modèle JDR, il pointe tout de même les contradictions professionnelles auxquelles sont confrontés les individus (Stade 1). Il permet de comprendre, dans un premier temps, de quelle manière les travailleurs, engagés dans leur travail, peuvent éprouver des difficultés à maintenir leur performance et commencer à douter de leur efficacité (Stade 1). Dans un second temps, ils soulignent que l'exposition prolongée à ces difficultés entraîne les symptômes (ex. fatigue, problèmes cognitifs, irritabilité) et les conséquences observées dans le BO (ex. impact sur la sphère privée, doute de soi, remise en question de son identité, incapacité à suivre le rythme, sentiment de honte) (Stades 2 et 3).

##### 4.2. Vision progressive et multifocale (contextuelle et symptomatologique) du BO

Les résultats montrent que l'individu n'est pas victime de BO du jour au lendemain, mais que cela relève plutôt d'une évolution progressive vers la souffrance au travail.

Certaines recherches axées sur le BO ont mis en avant divers stades principalement axés sur la symptomatologie. Par exemple, Gorkin en 2004 [13] avait identifié quatre stades : l'épuisement physique, mental et émotionnel ; la honte et le doute ; le cynisme et l'insensibilité ; l'échec, l'impuissance et la crise. Plus récemment, certains auteurs [14,30] ont proposé une vision dynamique intégrant quatre symptômes principaux accompagnés de trois symptômes secondaires. En parallèle de la perspective axée sur les symptômes, une autre approche tend à prendre en considération le rapport au travail. En effet, certaines recherches ont commencé à intégrer des éléments liés à la confrontation au réel du travail et à ses contraintes telles que la charge de travail ou la difficulté dans la conciliation vie privée-vie professionnelle [16]. Selon ces auteurs, l'accumulation de ces indicateurs peut précéder ou témoigner d'un BO.

La mise en perspective à la fois des symptômes et du rapport au travail de l'individu permet de souligner la progression d'une fragilisation de l'idéal vers une désillusion puis une souffrance insoutenable liée au travail se manifestant à travers des symptômes cognitifs, émotionnels et comportementaux fréquemment observés dans le BO. Par exemple, certains auteurs mentionnent la fatigue et la déception ressentie par les travailleurs lors de la confrontation répétée à une réalité qui ne répond pas ou plus aux attentes [35]. Dans le même sens, d'autres auteurs pointent la dégradation des rapports sociaux au travail entraînant des comportements d'isolement [17].

#### 4.3. Articuler une prévention ciblée à chaque stade du BO

Le modèle proposé dans cette recherche permet de distinguer quatre moment-clés qui appellent des types de prévention spécifiques ( primaire, secondaire et tertiaire) [22,28].

La prévention dès le début de la carrière professionnelle, voire en amont, lors de la construction de l'idéal professionnel (Stade 0) correspond à des actions de prévention primaire telles que la définition claire des descriptions de poste ou des formations sur la gestion des attentes professionnelles et l'alignement des valeurs personnelles et organisationnelles. On peut aussi citer, par exemple, une politique de prévention du bien-être axée par exemple sur la conciliation vie privée-vie professionnelle pour faire face à la problématique de la priorité accordée au travail au détriment de la vie privée [17].

Les deuxième et troisième moments-clés, marqués par le doute de l'idéal (Stade 1) et le retrait protecteur (Stade 2), s'inscrivent dans une logique de prévention secondaire afin d'assurer le maintien au travail notamment en formant les travailleurs à identifier les situations stressantes, à élaborer des stratégies de défense et à négocier une adaptation de leurs conditions de travail. On peut promouvoir une politique de management de proximité pour encourager la reconnaissance au travail tant par les pairs que par la hiérarchie, perçue comme en déclin dans le processus de BO [9,12,17].

Enfin, le BO avéré (Stade 3) requiert une prévention tertiaire impliquant une prise en charge médicale et psychologique, notamment via le suivi par le médecin généraliste et un intervenant en clinique du travail, avec pour objectif de faciliter le retour au travail ou envisager d'autres pistes professionnelles. La clinique du travail offre un espace d'expression sur le travail pour aborder les enjeux liés à la santé au travail et à la performance globale de l'entreprise, en mettant l'accent sur le rôle contributif du travail dans la souffrance et sur la subjectivité du travailleur [10,19]. Par exemple, l'Evidence-Based-Practice (basée sur une directive internationale ; 2018) [15] et la directive Landelijke Eerstelijns Samenwerkings Afspraak (LESA) des Pays-Bas de 2011 [33] suggèrent un suivi en trois phases : (1) phase de crise (deux à trois semaines) visant la reconnaissance de la souffrance, (2) phase d'analyse des problèmes et des solutions (trois à six semaines) permettant de travailler sur les perceptions et les adaptations possibles, (3) phase d'application des solutions (trois à six semaines) visant à encourager la personne à adopter des solutions qui correspondent à ses besoins. Ce besoin de temps nécessaire pour la guérison psychologique, sans être entravé par des sentiments de culpabilité ou de honte, est particulièrement pertinent dans le contexte actuel de travail, caractérisé par une pression constante pour la productivité et des changements organisationnels rapides.

Ce modèle n'est pas linéaire, mais s'articule autour de la circularité des phénomènes à la croisée entre l'individu et son environnement de travail. En effet, les actions de prévention mises en place dans l'organisation et les ressources disponibles dans l'environnement ou activées par le travailleur peuvent influencer l'évolution progressive du processus de BO.

### 5. Conclusion

Cette revue narrative décrivant les stades inhérents au processus du BO permet de dresser un tableau clinique de l'évolution d'une situation positive d'engagement au travail à une situation de souffrance intenable pour le travailleur (BO avéré). Le modèle proposé facilite la transposition entre la théorie et son application dans la pratique clinique. Bien que non exhaustive et basée principalement sur des études européennes dans le domaine de la santé, elle permet aux praticiens d'examiner l'évolution

symptomatologique chez l'individu, en interaction avec les dynamiques organisationnelles. La complexité du tableau clinique du BO et les spécificités de chaque environnement professionnel et des profils individuels incitent à préconiser des actions ciblées en prenant en compte à la fois les besoins psychologiques de l'individu et les contraintes du milieu de travail. En regard de cette étude, la perspective traditionnelle des trois types de prévention du BO peut être pensée selon une temporalité adaptée au stade auquel le travailleur se trouve. On parle alors de prévention primaire au stade 0, de prévention secondaire aux stades 1 et 2 et de prévention tertiaire pour le stade 3. Les praticiens peuvent ainsi utiliser ce modèle plus en amont pour évaluer les facteurs environnementaux et individuels contribuant au *burnout*, sensibiliser aux signes avant-coureurs du BO ou encore planifier un suivi personnalisé basé sur le parcours du travailleur et l'évolution de sa souffrance. De manière plus globale, ce modèle enrichit la boîte à outils de la clinique du travail, en offrant des moyens plus nuancés et temporellement sensibles pour comprendre, prévenir et traiter le BO.

#### 5.1. Forces et limites

L'étude présente une approche du BO en tant que processus évolutif, intégrant à la fois des éléments symptomatologiques et contextuels relatifs au travail. Cette vision permet d'offrir une compréhension plus nuancée et clinique. De plus, en se basant sur une revue narrative de la littérature, l'étude explore des expériences subjectives et des perceptions, ce qui permet d'enrichir la compréhension du *burnout* en intégrant le vécu des travailleurs. La méthode narrative contribue à une analyse approfondie du phénomène et à l'élaboration d'un modèle applicable en pratique clinique. Enfin, le modèle proposé permet d'articuler les différentes phases du *burnout* avec des actions de prévention spécifiques ( primaire, secondaire, et tertiaire). Cela permet aux praticiens et aux acteurs de la prévention d'identifier les interventions possibles à chaque stade du processus, favorisant une prise en charge plus ciblée et efficace.

Cependant, l'étude s'appuie sur un nombre restreint de documents (neuf articles), principalement issus du domaine de la santé en Europe. Cela peut limiter la généralisation des résultats, notamment lorsque l'on envisage le *burnout* selon d'autres perspectives psychopathologiques (ex. trouble de l'adaptation). Le choix méthodologique d'exclure les études quantitatives peut être considéré comme une autre limite. Néanmoins, l'approche quantitative étudie principalement le *burnout* (via des échelles telles que le MBI, le BAT, l'OLBI) comme variable dépendante par rapport à l'étude de certains facteurs organisationnels (ex. demandes/ressources liés au travail dans le cadre du JDR model [2]) et/ou individuels (ex. optimisme [4,20]). Ces études ne répondent pas à l'objectif d'explorer les expériences de travail individuelles.

#### 5.2. Perspectives futures

Il serait pertinent de mener des recherches futures pour approfondir le lien entre les différents stades du *burnout* et les actions de prévention/intervention. Il serait notamment intéressant sur base d'une revue de la littérature de dresser un inventaire des actions de prévention/intervention (niveau primaire, secondaire, tertiaire) et de dresser des recommandations sur le type d'action pertinent en fonction du stade du *burnout* identifié chez le travailleur. Il serait également intéressant de mener des études empiriques sur l'impact de la prévention précoce (niveau primaire et secondaire) sur l'évolution du *burnout*. Par exemple, des études pourraient examiner comment des actions de

prévention secondaire (comme la prise en charge en clinique du travail) dès le stade 1 ou 2 pourraient prévenir la progression vers le(s) stade(s) ultérieur(s) du *burnout*.

Pour valider et enrichir le modèle présenté, il serait également intéressant de réaliser des études longitudinales suivant des travailleurs sur une période prolongée. De telles études offririaient également la possibilité de récolter des données qualitatives et quantitatives pour appuyer le modèle temporel du *burnout*.

## Déclaration de liens d'intérêts

Les autrices déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

## Références

- [1] Ahola K, Toppinen-Tanner S, Seppanen J. Interventions to alleviate burnout symptoms and to support return to work among employees with burnout: Systematic review and meta-analysis. *Burnout Res* 2017;4:1–11. <http://dx.doi.org/10.1016/j.burn.2017.02.001>.
- [2] Bakker AB, Demerouti E. Job demands-resources theory: Taking stock and looking forward. *J Occup Health Psychol* 2017;22(3):273.
- [3] Bianchi R, Schonfeld IS, Laurent E. Burnout–depression overlap: A review. *Clin Psychol Rev* 2015;36:28–41.
- [4] Chang Y, Chan HJ. Optimism and proactive coping in relation to burnout among nurses. *J Nurs Manage* 2015;23(3):401–8.
- [5] Commission des affaires sociales. Rapport d'information en conclusion des travaux de la mission d'information relative au syndrome d'épuisement professionnel (ou burnout), n° 4487. Assemblée Nationale; 2017.
- [6] Conseil Supérieur de la Santé. Burnout et Travail. Bruxelles: CSS; 2017 [Avis n° 9339].
- [7] Daloz L. Épuisement professionnel et blessures de l'idéal : Réflexions cliniques sur la désillusion des soignants et la formation initiale. *Pedagog Med* 2007;8(2):82–90. <http://dx.doi.org/10.1051/pmed:2007003>.
- [8] Daloz L, Bénon H. Le sujet en état d'épuisement professionnel : Approche clinique sur une population de soignants. *Arch Mal Prof Env* 2007;68(2):126–35. [http://dx.doi.org/10.1016/S1775-8785\(07\)88910-7](http://dx.doi.org/10.1016/S1775-8785(07)88910-7).
- [9] Daloz L, Balas M-L, Bénon H. Sentiment de non-reconnaissance au travail, déception et burnout : une exploration qualitative. *Sante Ment Quebec* 2007;32(2):83–96. <http://dx.doi.org/10.7202/017798>.
- [10] Davezies P. Enjeux, difficultés et modalités de l'expression sur le travail : point de vue de la clinique médicale du travail. *Perspect Interdisciplinaires Travail Sante* 2012;14(2):1–21.
- [11] Dejours C. La Sublimation : entre clinique du travail et psychanalyse. *Rev Fr Psychosom* 2014;46(2):21–37. <http://dx.doi.org/10.3917/rfps.046.0021>.
- [12] Delbrouck M, Vénara P, Goulet F, Ladouceur R. Comment traiter le burnout : Principes de prise en charge du syndrome d'épuisement professionnel. Bruxelles: De Boeck; 2011.
- [13] Demerouti E, Bakker AB, Peeters MCW, Breevaart K. New directions in burnout research. *Eur J Work Organ Psychol* 2021;30(5):686–91. <http://dx.doi.org/10.1080/1359432X.2021.1979962>.
- [14] Desart S, De Witte H. Burnout 2.0 – A new look at the conceptualization of burn-out. In: Taris T, Peeters M, De Witte H, editors. *The fun and frustration of modern working life*. Kalmthout: Pelckmans Pro; 2019. p. 1430–2152.
- [15] Ebpracticenet. Épuisement professionnel (burnout); 2018 [Accessed January 31, 2024] [https://ebpnet.be/fr/ebsources/1018?check\\_logged\\_in=1&searchTerm=burn\\_out](https://ebpnet.be/fr/ebsources/1018?check_logged_in=1&searchTerm=burn_out).
- [16] Ekstedt M, Fagerberg I. Lived experiences of the time preceding burnout. *J Adv Nurs* 2005;49(1):59–67.
- [17] Engebretsen KM, Bjørbaekmo WS. Naked in the eyes of the public: a phenomenological study of the lived experience of suffering from burnout while waiting for recognition to be ill. *J Eval Clin Pract* 2019;25(6):1017–26.
- [18] Eriksson UB, Starrin B, Janson S. Long-term sickness absence due to burnout: absentees' experiences. *Qual Health Res* 2008;18(5):620–32.
- [19] Gernet I. Approche clinique et psychopathologique du burn out : discussion à partir de la psychodynamique du travail. *Evol Psychiatr* 2021;86(1):119–30.
- [20] Gustafsson H, Skoog T. The mediational role of perceived stress in the relation between optimism and burnout in competitive athletes. *Anxiety Stress Coping* 2012;25(2):183–99.
- [21] Gustafsson G, Norberg A, Strandberg G. Meanings of becoming and being burnout-phenomenological-hermeneutic interpretation of female healthcare personnel's narratives. *Scand J Caring Sci* 2008;22(4):520–8. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1471-6712.2007.00559.x>.
- [22] Loriol M. Organisation du travail, perception et gestion des risques psychosociaux. *Arch Mal Prof Env* 2010;71(3):283–6. <http://dx.doi.org/10.1016/j.admp.2010.03.056>.
- [23] Maslach C, Leiter MP. In: Fink G, editor. *Stress: Concepts cognition emotion and behavior*: Handbook of Stress Series, 1. Cambridge: Academic Press; 2016. p. 351–7.
- [24] Maslach C, Jackson SE. The measurement of experienced burnout. *J Organ Behav* 1981;2(2):99–113. <http://dx.doi.org/10.1002/job.4030020205>.
- [25] Organisation mondiale de la santé. Burn-out an “Occupational phenomenon”: International Classification of Diseases. World Health Organization; 2019 [<https://www.who.int/news/item/28-05-2019-burn-out-an-occupational-phenomenon-international-classification-of-diseases>. Accessed January 31, 2024].
- [26] Rosenstein LS, Torre M, Ramos MA, Rosales RC, Guille C, Sen S, et al. Prevalence of burnout among physicians: a systematic review. *JAMA* 2018;320(11):1131–50.
- [27] Saracci C, Mahamat M, Jacquézioz F. Comment rédiger un article scientifique de type revue narrative de la littérature ? *Rev Med Suisse* 2019;15(664):1694–8.
- [28] Schaufeli WB, Enzmann D. *The burnout companion to study and practice: A critical analysis*. Philadelphia: Taylor & Francis; 1998.
- [29] Schaufeli WB, Salanova M, González-Romá V, Bakker AB. The Measurement of Engagement and Burnout: A Two Sample Confirmatory Factor Analytic Approach. *J Happiness Stud* 2002;3(1):71–92. <http://dx.doi.org/10.1023/A:1015630930326>.
- [30] Schaufeli WB, Desart S, De Witte H. Burnout Assessment Tool (BAT)—development, validity, and reliability. *Int J Environ Res Public Health* 2020;17(24):9495.
- [31] Siegrist J. A theory of occupational stress. In: Dunham J, editor. *Stress in the workplace*. London: Whurr Publishers; 2001. p. 52–66.
- [32] Vendramin P, Parent-Thirion A. Redefining working conditions in Europe. *Int Dev Policy* 2019;11:1–19.
- [33] Verschuren C, Nauta N, Bastiaanssen M, Terluin B, Vendrig L, Verbraak M, et al. Één lijn in de eerste lijn bij overspanning en burnout: multidisciplinaire richtlijn overspanning en burnout voor eerstelijns professionals; 2011 [Accessed January 31, 2024] [https://nvab-online.nl/sites/default/files/bestanden-webpaginas/MDRL\\_Overspanning-Burnout.pdf](https://nvab-online.nl/sites/default/files/bestanden-webpaginas/MDRL_Overspanning-Burnout.pdf).
- [34] Xanthopoulou D, Meier LL. Daily burnout experiences: Critical events and measurement challenges. In: Leiter MP, Bakker AB, Maslach C, editors. *Burnout at work: A psychological perspective*. London and New York: Psychology Press; 2014. p. 80–97.
- [35] Zawieja P, Guarneri F. Épuisement professionnel : Principales approches conceptuelles, cliniques et psychométriques. In: Zawieja P, Guarneri F, editors. *Épuisement professionnel : Approches innovantes et pluridisciplinaires*. Paris: Armand Colin; 2013. p. 11–34.