
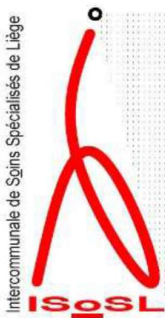



Evolution 2010-2018 du burnout en Belgique et intérêt de l'utilisation conjointe de deux outils de diagnostic

Synthèse de la recherche

PARTENAIRES

		
<p>PROF. ISABELLE HANSEZ Faculté de Psychologie, Logopédie et des Sciences de l'Education - Unité de Valorisation des Ressources Humaines</p> <p>PROF. DORINA RUSU Département des sciences de la santé publique, Médecine du travail et environnementale</p>	<p>PROF. PIERRE FIRKET ISOSL Secteur Santé Mentale (A)</p>	<p>PROF. LUTGART BRAECKMAN Vakgroep Maatschappelijke Gezondheidskunde</p>

Février 2019

FINANCEMENT



Service public fédéral
Emploi, Travail et
Concertation sociale

Direction de la recherche sur l'amélioration des conditions de travail (DiRACT)

Introduction

En 2010 et 2013¹, le SPF Emploi, Travail et Concertation sociale a commandité deux études visant à évaluer la prévalence du burnout dans la population belge. Face à la propagation et à la médiatisation du terme « burnout », le SPF Emploi a lancé un nouvel appel à projet. Le consortium multidisciplinaire composé des Professeurs Isabelle Hansez et Dorina Rusu de l'Université de Liège, du Professeur Pierre Firket du Cites – Clinique du Stress et du Travail et du Professeur Lutgart Braeckman de l'Université de Gand a été retenu afin de réaliser un double objectif : (1) mesurer la prévalence du burnout et des personnes souffrant d'un mal-être au travail en Belgique ; (2) adapter l'outil de détection précoce du burnout créé en 2013 afin d'aider les patients/les travailleurs, les médecins généralistes et les médecins du travail.

Le projet se structure en différentes étapes :

- Etablir une revue de la littérature scientifique des cinq dernières années sur le burnout et les troubles mentaux associés (stress, dépression, workaholisme, fatigue chronique, fibromyalgie, brown-out, bore-out) ;
- Faire le point sur des concepts fortement médiatisés comme le bore-out ou le brown-out ;
- Mesurer l'ampleur du burnout dans la population belge ;
- Adapter l'outil à l'intention des médecins permettant d'aider à la détection précoce du burnout.

La présente synthèse comprend (1) une actualisation de la définition du burnout, (2) une synthèse des causes, manifestations et conséquences du burnout, (3) une actualisation des éléments permettant le diagnostic différentiel du burnout par rapport à d'autres troubles de psychopathologie générale ou de psychopathologie du travail, (4) une description de la méthodologie permettant (5) une analyse comparative 2010-2018 des cas de burnout récoltés en consultation de médecine générale et de médecine du travail et (6) une analyse de l'intérêt d'une utilisation conjointe de deux outils de diagnostic de burnout, i.e. le jugement clinique des médecins et l'évaluation auto-rapportée par les travailleurs, et enfin (7) une courte discussion. Les versions actualisées de l'outil de détection précoce ainsi que du guide d'utilisation sont annexées à cette synthèse.

1. Que recouvre le terme « burnout » ?

Il n'existe pas de définition unique du burnout (Manzano-Garci & Ayala-Calvos, 2013). On peut cependant évaluer le burnout comme un état (évalué à un instant donné) ou comme un processus s'étalant dans le temps. En tant qu'état, le burnout est traditionnellement caractérisé par trois dimensions (Maslach & Leiter, 2008) :

¹ Pour la recherche de 2010, « Burnout au sein de la population active belge »,

<http://www.emploi.belgique.be/moduleDefault.aspx?id=33630>

Pour la recherche de 2013, « Burnout chez les médecins et les infirmiers » <http://www.emploi.belgique.be/moduleDefault.aspx?id=36139>

- 1) L'épuisement, dimension de base du burnout, désigne le sentiment d'être surchargé et d'avoir perdu ses ressources physiques et émotionnelles;
- 2) Le cynisme ou le détachement se rapporte aux réponses négatives, insensibles et exagérément détachées face au travail ;
- 3) Le manque d'accomplissement personnel mesure le sentiment d'incompétence dans l'exercice de sa profession. Cette dimension n'est pas toujours validée dans les recherches scientifiques.

Plus récemment, Schaufeli, De Witte et Desart (2019) ont défini quatre symptômes principaux du burnout :

- 1) Un épuisement physique et psychologique ;
- 2) Une distanciation mentale du travail caractérisée par un retrait mental/physique ;
- 3) Une perte de contrôle cognitif caractérisée par des problèmes de mémoire, d'attention, de concentration et de performance qui sont dus à une perturbation du fonctionnement cognitif ;
- 4) Une perte de contrôle émotionnel caractérisée par des réactions émotionnelles exacerbées et une faible tolérance.

Ces auteurs ajoutent d'autres symptômes secondaires du burnout, i.e. l'humeur dépressive, la souffrance psychologique et les plaintes psychosomatiques. Ils définissent la tension nerveuse (stress) comme un premier signe de burnout et comme le premier motif de demande d'aide dans de nombreux cas.

La définition proposée par le Conseil supérieur de la santé en Belgique (2017) met quant à elle l'accent sur le processus qui conduit au burnout :

« Un processus multifactoriel qui résulte de l'exposition prolongée (plus de 6 mois) en situation de travail à un stress persistant, à un manque de réciprocité entre l'investissement (exigences du travail, demandes) et ce qui est reçu en retour (ressources), ou à un déséquilibre entre des attentes et la réalité du travail vécue, qui provoque un épuisement professionnel (à la fois émotionnel, physique et psychique), une fatigue extrême que les temps de repos habituels ne suffisent plus à soulager et qui devient chronique ainsi qu'un sentiment d'être totalement vidé de ses ressources. Cet épuisement peut aussi avoir un impact sur le contrôle de ses émotions (irritabilité, colère, pleurs...) et de ses cognitions (attention, mémoire, concentration) et peut à son tour provoquer des changements dans les comportements et les attitudes. La personne se détache et devient cynique (distanciation mentale). Il s'agirait en fait d'une mesure d'adaptation (inefficace) face aux exigences auxquelles la personne ne sait plus faire face. Progressivement, elle se désengage de son travail, diminue son investissement et met son entourage à distance, voire développe des conceptions péjoratives à propos des personnes avec qui elle travaille. Ce qui résulte en un sentiment d'inefficacité professionnelle (diminution de l'accomplissement au travail, dévalorisation de soi, la personne ne se sent plus efficace dans son travail). Cet état d'esprit n'est par ailleurs souvent pas remarqué par le travailleur pendant un long moment » (p.11).

2. Le burnout : ses causes, ses manifestations, ses conséquences

La revue de la littérature a permis de relever les nouvelles recherches publiées depuis 2013. Cette revue a contribué à la mise à jour de l'outil de détection précoce du burnout qui a été actualisé mais a également permis d'offrir au lecteur un aperçu actualisé des recherches de 2013 et 2017.

2.1. Les causes du burnout

Tout d'abord, en 2017, Schaufeli prend une position plus sociétale et souligne les facteurs relevant de mutations sociologiques et organisationnelles. Ces facteurs peuvent expliquer l'extension du burnout dans d'autres professions que celles de la santé et du service aux personnes. Schaufeli (2017) cite notamment une fragilisation des rôles, communautés et réseaux traditionnels tels que l'Eglise, le voisinage et la famille ; le développement d'une culture narcissique avec des relations sociales davantage compétitives ; le travail en équipe et par projet qui peut aboutir à une anonymisation de la contribution de chacun ; le développement fulgurant des technologies de l'information et de la communication avec des difficultés liées au détachement psychologique nécessaire à la récupération d'énergie, l'augmentation du sentiment d'insécurité liée à la crise financière de 2008 ; l'intensification de la compétition des entreprises pour répondre à des besoins en évolution constante et enfin, des modifications profondes dans la manière d'organiser l'emploi et le travail avec de plus en plus de nouvelles formes d'emploi et d'organisation.

Ces éléments de contexte complète le rapport 2010 de l'étude sur la prévalence du burnout en Belgique (Hansez et al., 2010) qui définissait les différents facteurs pouvant influencer le burnout. Ainsi étaient distingués les facteurs situationnels et les facteurs individuels.

Pour rappel, les *facteurs situationnels* font référence aux *caractéristiques organisationnelles* (e.g. les règles organisationnelles, les changements organisationnels et les pratiques de flexibilité, le manque de sécurité d'emploi), aux *caractéristiques propres au travail*, plus spécifiquement les demandes (e.g. charge de travail, pression du temps, conflit de rôle) et le manque de ressources au travail (e.g. support social, feedback, autonomie) et enfin aux *caractéristiques de la profession*, dont notamment l'importance du travail émotionnel. Ces facteurs sont confirmés par la revue de littérature 2013-2017. La littérature récente insiste cependant davantage sur *l'importance du leadership*. Par exemple, Laschinger et Fida (2014, échantillon d'infirmières) mettent en évidence que la perception d'un leadership authentique

(style de leadership caractérisé par l'honnêteté, la transparence, l'intégrité et la consistance) diminue le risque de burnout. Dans la même idée, Son, Kim & Kim (2014 dans un échantillon tout-venant) mettent en évidence que la bonne qualité de l'échange entre le leader et les membres d'une équipe diminue le risque de burnout. Enfin, Huang, Wang, Wu et You (2016), dans une étude dans trois entreprises de plus de 2000 personnes du secteur privé, montrent que le burnout d'un leader peut se transmettre aux autres membres de l'équipe, notamment par une diminution des ressources disponibles. Ceci confirme l'importance de considérer les questions du leadership et du management de proximité dans la problématique du burnout.

Du côté des *facteurs individuels*, étaient répertoriées, dans le rapport de Hansez et al. (2010) les *caractéristiques démographiques*, la personnalité et les attitudes envers le travail. Tout d'abord, les recherches récentes confirment l'impact des variables démographiques comme par exemple la protection contre le burnout si le salaire (le statut socio-économique) augmente ou si la personne est en couple (respectivement Salami & Ajitoni, 2016, dans le secteur bancaire et Koh & al., 2015, dans le secteur des soins de santé). Dans une étude récente dans le secteur hospitalier, l'âge a un faible effet sur le burnout (Gómez, Vargas, De la Fuente, Fernández-Castillo & Cañadas-De la Fuente, 2017).

Du côté de la *personnalité*, la littérature récente pointe, comme facteurs de risque le perfectionnisme (Gnilka, McLaulin, Ashby & Allen, 2017 ; Mahmoodi-Sharhebabaki, 2017), un lieu de contrôle externe (Wilski, Chmielewski & Tomczak, 2015) et une estime de soi faible (Svedberg, Hallsten, Narusyte, Bodin & Blom, 2016). Comme facteurs protecteurs, on trouve l'efficacité perçue (Shoji & al., 2016), la pleine conscience (Taylor & Millear, 2016), l'intelligence émotionnelle (Salami & Ajitoni, 2016).

Concernant les *attitudes liées au travail*, on cite les émotions (affects) négatives (Rouxel, Michinov & Dodeler, 2016), une satisfaction au travail plus faible (Amofo & al., 2015) comme facteurs de risque du burnout. Par contre, l'identification à l'organisation (Avanzi, Schuh, Fraccaroli & van Dick, 2015) et les émotions (affects) positives (Mojsa-Kaja & al., 2015) ont été identifiées comme des facteurs protecteurs du burnout. Enfin, Fernet, Lavigne, Vallerand et Austin (2014) se sont intéressés à la passion chez les enseignants. Les personnes passionnées par leur travail sont souvent perçues comme étant vulnérables au burnout. Pourtant, lorsque le travailleur a un impact sur l'activité pour laquelle il est passionné, la passion devient un facteur protecteur du burnout (Fernet & al., 2014). Si le travailleur n'a pas d'impact sur cette activité, la passion favorisera le burnout.

Concernant les stratégies d'adaptation ou de coping, la littérature confirme que les stratégies actives, centrées sur le problème ou la recherche de support social protègent du burnout (méta-analyse de Shin et al., 2014 ; Tikkanen & al., 2017), mais principalement indirectement à travers l'engagement au travail que ces stratégies suscitent (Bermejo-Toro, Prieto-Ursúa et Hernández, 2016, échantillon d'enseignants). Concernant le coping centré sur les émotions, les efforts pour déplacer son attention de la situation émotionnelle (Li, Hou, Chi, Liu & Hager, 2014) ou pour supprimer ses émotions (Andela, Truchot & Ponz, 2014) faciliteront l'apparition du burnout. Par contre, la réinterprétation des événements émotifs, une autre stratégie, s'accompagnera d'une diminution du burnout (Andela & al., 2014). Enfin, la rumination affective (pensées à propos des problèmes rencontrés au travail) prédit un plus haut niveau d'épuisement, de cynisme et de dépression (Vandevala & al., 2017, échantillon de professionnels de la santé).

2.2. Les manifestations du burnout

La littérature de 2013 à 2017 confirme la pertinence de distinguer les manifestations physiques, cognitives/affectives et comportementales du burnout.

Du côté des *manifestations physiques*, Lennartson, Jonsdottir et Sjörs (2016) mettent en évidence que le burnout est associé à une *fréquence cardiaque plus faible*. Ensuite, selon Lennartsson, Billig et Jonsdottir (2014), le *niveau de prolactine* chez les hommes (mais pas chez les femmes) souffrant de burnout serait plus élevé, or la prolactine aurait un rôle protecteur contre les conséquences négatives du stress. Le *niveau de cortisol* quant à lui serait plus faible peu de temps après le réveil chez les patients qui souffrent de burnout (Oosterholt, Maes, Van der Linden, Berbaak & Kompier, 2015). Une autre étude montre que les personnes souffrant de burnout ont un *niveau de DHEA-s* plus faible (Lennartson, Sjörs & Jonsdottir, 2015). Par ailleurs, la littérature récente confirme que les personnes souffrant de burnout rapportent plus de *difficultés de sommeil* (de Beer, Pienaar & Rothmann, 2014). Grossi, Perki, Osika et Savic (2015), dans leur méta-analyse, caractérisent le sommeil chez les patients en burnout comme composé de plus de micro-éveils et de fragmentations du sommeil, plus de temps éveillé, ainsi qu'un sommeil moins efficace et de moins bonne qualité. En plus, les patients en burnout éprouvent des difficultés à s'endormir.

Du côté des *manifestations cognitives et affectives*, la littérature récente insiste sur la perturbation du fonctionnement cognitif avec notamment des *problèmes de mémoire* à court et long terme (respectivement Kleinsorge, Diestel, Scheil & Niven, 2014 et Deligkaris, Panagopoulou, Montgomery & Masoura, 2014). Il faut toutefois noter que les études sur le dysfonctionnement de la mémoire exécutive demeurent contradictoires. Les plaintes de capacité

cognitive diminuée ne se confirment pas, dans toutes les études, avec les résultats à des tâches de performance cognitive (e.g. Oosterholt, Maes, Van der Linden, Verbraak & Kompier, 2014). Si le dysfonctionnement de la mémoire exécutive ne fait pas l'objet de consensus, *l'apprentissage de tâches est difficile* pour les sujets en burnout, suggérant tout de même un fonctionnement cognitif diminué (Oosterholt, Maes, Van der Linden, Verbraak & Kompier, 2016). Au niveau cognitif, on observe aussi une *diminution de l'attention* (Kleinsorge, Diestel, Scheil & Niven, 2014), une *diminution de la performance à la tâche* (Demerouti, Bakker & Leiter, 2014) et une *diminution de l'adaptabilité face aux changements* (Demerouti & al., 2014). Au niveau plus affectif, on confirme une *diminution de la motivation* pour les tâches à accomplir au travail (Fernet, Chanal & Guay, 2017), une *augmentation de la culpabilité* (Olivarez-Faundez, Gil-Monte & Figueiredo-Ferraz, 2014), une *augmentation de la rumination, des attributions pessimistes et des symptômes dépressifs* (Bianchi & Schonfeld, 2016).

Du côté des *manifestations comportementales*, la littérature met en évidence une *augmentation des erreurs* chez les personnes en burnout, par exemple lorsqu'il s'agit de passer d'une tâche à l'autre (Sokka & al., 2017). Un autre exemple concerne les chauffeurs de bus dont la conduite devient plus dangereuse (violations avec une intention agressive envers d'autres conducteurs, erreurs dues à une diminution de l'attention) au fur et à mesure que le burnout augmente (Shi & Zhang, 2017). Une autre étude récente montre également que les travailleurs qui ont un score d'épuisement professionnel plus élevé prennent *moins de décisions éthiquement correctes en milieu de travail* (e.g. accepter des bénéfices illégaux, dénoncer les vols, commettre un vol de propriété intellectuelle), l'épuisement émotionnel jouant un effet médiateur entre l'attachement-évitant et les décisions non éthiques (Chopik, 2015).

L'hygiène de vie est aussi perturbée chez les personnes en burnout avec une *augmentation de la consommation de tabac et d'alcool* (Olivarez-Faundez & al., 2014) et des *antidouleurs* (Alexandrova-Karamova & al., 2016, échantillon de professionnels de la santé) mais aussi une *augmentation de la consommation de nourriture « fast food »* (Alexandrova-Karamanova & al., 2016) et la *diminution des activités physiques* (Alexandrova & al., 2016).

Enfin, les personnes qui ont une maladie mentale (dépression, burnout, anxiété) s'absentent plus longtemps de leur travail. Elles ont une moyenne d'incapacité de travail trois fois plus élevée que celle liée aux maladies gastro-intestinales ainsi que cardiovasculaires et quatre fois plus élevée que celle liée aux maladies respiratoires et aux infections (Schneider & al., 2017).

2.3. Les conséquences du burnout

La littérature récente confirme l'augmentation de l'absentéisme et le coût qui s'y rapporte. Ainsi, le nombre de malades de longue durée (avec un arrêt de travail d'au moins un an) s'est étendu en raison, notamment, du stress chronique (Securex, 2015). Le taux d'absentéisme s'est ainsi accru de 3.27% entre 2010 et 2015 alors que l'incapacité de plus de 28 jours a augmenté de 7.23% (INAMI, 2017). Les sorties d'incapacité de travail en raison de la reprise du travail diminuent entre 2010 et 2015 de 3.14% (Securex, 2015). Les problèmes psychiques et les troubles musculo-squelettiques sont les principales causes d'incapacité de travail.

Dans leur revue systématique de la littérature sur les conséquences du burnout, Salvagioni et al. (2017) résument les conséquences individuelles du burnout à moyen/long terme. Il s'agit principalement de conséquences sur la santé physique et psychologique : augmentation du cholestérol, maladies cardiovasculaires, troubles musculo-squelettiques, changement dans la perception de la douleur, fatigue prolongée, problèmes gastro-intestinaux, problèmes respiratoires, insomnie et dépression.

3. Diagnostic différentiel du burnout

L'actualisation de la revue de littérature en 2018 nous a amené à affiner le diagnostic différentiel pour la fatigue et le workaholisme et à ajouter le diagnostic différentiel avec le bore-out, le brown-out et les difficultés causées par des événements de vie.

Tableau 1 : *Diagnostic différentiel du burnout*

Stress	Burnout
<p>Conséquence directe de stressseurs professionnels. Le sens du travail n'est pas central</p> <p>Est passager ou chronique</p> <p>Peut toucher tout type de travailleur</p> <p>N'est pas forcément accompagné d'attitudes négatives envers autrui</p> <p>Le support social et les stratégies d'adaptation peuvent être médiateurs entre stress et burnout</p>	<p>Rôle important du sens du travail dans l'apparition du syndrome</p> <p>Est la conséquence d'une exposition à un stress persistant de longue durée</p> <p>Touche avant tout les personnes qui accordent beaucoup d'importance au travail</p> <p>Attitudes et comportements négatifs envers les collègues, clients, patients,... Cynisme</p>
Dépression	Burnout
<p>Epuisement émotionnel et humeur dysphorique</p> <p>Etendue à tous les aspects de la vie</p> <p>Caractérisée par une perte du goût des choses/de la vie</p> <p>Plus faible estime de soi, défaitisme, moins grande vitalité</p> <p>Les antécédents dépressifs peuvent faciliter le burnout</p>	<p>Epuisement émotionnel et humeur dysphorique</p> <p>Lié spécifiquement au travail</p> <p>Conservation du goût des choses dans les aspects de la vie autres que le travail</p> <p>Estime de soi et réalisme plus grands, vitalité plus forte que pour la dépression</p> <p>Le burnout peut s'aggraver en dépression</p>
Fibromyalgie	Burnout
<p>Liée à une longue exposition au stress</p> <p>Douleurs musculo-squelettiques</p> <p>Pas d'origine dans le travail</p> <p>Les difficultés au travail sont évoquées comme conséquences de la fibromyalgie</p>	<p>Lié à une longue exposition au stress</p> <p>La douleur physique n'est pas un symptôme central</p> <p>Apparaît dans le travail</p>
Fatigue chronique	Burnout
<p>Fatigue générale</p> <p>Apparaît suite à une tension psychique ou un stress de longue durée</p> <p>Cible des personnes engagées et actives avant l'apparition du syndrome</p> <p>Pas d'origine systématique dans le travail (serait provoquée par un virus)</p>	<p>Fatigue émotionnelle qui est associée aux deux autres composantes (dépersonnalisation et perte d'accomplissement)</p> <p>Apparaît suite à une tension psychique ou un stress de longue durée</p> <p>Cible des personnes engagées et actives avant l'apparition du syndrome</p> <p>Lié au travail</p>

Difficultés causées par un évènement de vie	Burnout
<p>Il n'y a pas forcément de lien avec le travail (ex., décès, divorce, séparation...) mais il peut y en avoir un (ex. rétrogradation au travail, licenciement...)</p> <p>Suit un évènement précis, souvent de courte durée</p>	<p>Lien avec le travail</p> <p>Apparaît suite à une tension de longue durée</p>
Workaholisme	Burnout
<p>Les travailleurs passent énormément de temps au travail, sont réticents à s'en distancier et fournissent un travail au-delà de ce qui est attendu.</p> <p>Le travail affecte leur vie privée</p> <p>Importance du travail et du sens donné au travail pour le travailleur</p> <p>Peut conduire au burnout car l'implication excessive dans le travail peut épuiser les ressources</p> <p>Les émotions positives sont ressenties au travail</p> <p>Les émotions négatives sont plus actives (irritation, colère, agitation)</p> <p>Peut être un facteur de risque du burnout</p>	<p>Le burnout touche les personnes qui ont de fortes attentes envers leur travail</p> <p>Importance du travail et du sens donné au travail pour le travailleur</p> <p>L'épuisement propre au burnout est incompatible avec une forte implication dans le travail (workaholisme)</p> <p>Les émotions positives sont ressenties en dehors de la sphère professionnelle</p> <p>Les émotions négatives sont moins actives (fatigue, tristesse, léthargie)</p> <p>Le burnout se caractérise par une diminution de la performance</p>
Bore-out	Burnout
<p>Monotonie et manque de sens</p> <p>Sous-stimulation</p> <p>Etat désagréable de faible excitation et d'insatisfaction</p> <p>Le travailleur est capable de faire des efforts</p> <p>Besoin/en demande de stimulation</p> <p>Important de redonner du sens au travail et de rendre le travail plus stimulant</p>	<p>Demandes élevées et faibles ressources</p> <p>Sur-stimulation</p> <p>Réaction (l'épuisement et la distanciation mentale) au stress professionnel chronique</p> <p>Incapacité (car épuisement) et refus (car distanciation) de faire des efforts</p> <p>Besoin d'inactivité</p> <p>Important de rétablir l'équilibre entre les efforts et les récompenses</p>
Brown-out	Burnout
<p>Touche en priorité les professions dont le contenu humain et le contenu relationnel dominant (professions de « vocation »)</p> <p>Capable d'accomplir des tâches mais avec un sentiment de lassitude immédiat</p> <p>Plutôt caractérisé par une perte totale de sens</p>	<p>Touche en priorité les professions dont le contenu humain et le contenu relationnel dominant (professions de « vocation »)</p> <p>Plus capable d'accomplir des tâches</p> <p>Plutôt caractérisé par un surmenage (sur-stimulation)</p>

4. Méthodologie de récolte des données

Un des objectifs du projet prévoyait de mesurer l'ampleur du burnout en Belgique tout comme en 2010. Vu la difficulté liée au recrutement des médecins-participants, l'étude n'a pas permis le calcul de la prévalence du burnout mais a l'avantage de présenter une analyse de l'évolution 2010-2018 des caractéristiques individuelles et organisationnelles des travailleurs consultant pour un mal-être au travail et de montrer l'intérêt d'une utilisation conjointe de deux outils de diagnostic : le jugement clinique du médecin à travers l'outil de détection précoce du burnout et l'utilisation d'un questionnaire auto-rapporté par le patient.

La première étape méthodologique du projet a permis une adaptation de l'outil de détection précoce du burnout. Deux focus-groupes (l'un animé en néerlandais et l'autre en français) composés majoritairement de médecins du travail et de conseillers en prévention aspects psychosociaux mais également d'un médecin généraliste, un psychologue et un responsable des ressources humaines, ainsi que neuf entretiens individuels avec des médecins généralistes, ont été réalisés. Ceux-ci ont permis de récolter des avis concernant les adaptations utiles à l'outil de détection précoce du burnout, la faisabilité de la récolte électronique des données ainsi qu'à la possibilité d'associer à l'outil de détection précoce un questionnaire auto-rapporté par le travailleur. La version actualisée de l'outil de détection précoce ainsi que de son guide d'utilisation se trouvent en annexes. Concernant le questionnaire auto-rapporté, le choix s'est porté sur le Oldenburg Burnout Inventory² (OLBI) (Demerouti, Bakker, Nachreiner & Schaufeli, 2001) qui est constitué de deux dimensions. La première dimension, l'épuisement, est définie par ses auteurs comme la conséquence d'efforts physiques, affectifs et cognitifs intenses. La seconde dimension, le désengagement, se réfère au fait de se distancer de son travail et d'avoir une attitude négative vis-à-vis de celui-ci. Chaque dimension est mesurée par huit items. Tous les items sont évalués à l'aide d'une échelle à 4 modalités allant de 1 (pas du tout d'accord) à 4 (tout à fait d'accord). La valence des items est équilibrée (8 items sont formulés positivement et 8 négativement, ce qui diminue le risque de désirabilité sociale).

² Excepté pour 4 médecins néerlandophones d'un SEPP qui acceptaient de participer à l'étude à condition d'utiliser le questionnaire UBOS qui est la version néerlandaise du MBI et mesure donc les trois dimensions du burnout : l'épuisement (5 items), la distance (4 items) et le manque d'accomplissement personnel (6 items) (Vanheule, Rosseel, Vlerick, Van de Ven & Declercq, 2012). L'échelle de réponses va de 0 (jamais) à 6 (chaque jour).

La *seconde étape* concerne la récolte des données issues de consultations de travailleurs en situation de mal-être au travail via les médecins généralistes (informés de l'étude notamment par la SSMG et DOMUS Médica) et les médecins du travail (issus des SEPP SPMT-Arista, Attentia, le CESI, Mediwet, Mensura et Provikmo ou prestant en SIPP via l'AMTI/VVIB). 126 médecins ont accepté de participer à l'étude. L'échantillon final est cependant constitué de 43 médecins qui ont participé de manière active à l'étude pendant les 3 mois annoncés. Parmi ces 43 médecins, on compte 27 femmes et 16 hommes, avec une expérience moyenne de 20.56 ans ; 29 médecins du travail et 14 médecins généralistes.

Chaque médecin participant était sollicité durant 3 mois (entre mars et juillet 2018, certains débutant la récolte en mars et d'autres en avril).

Chaque médecin recevait par e-mail les documents/liens suivants :

- Une guide d'explication sur la procédure à suivre pour la récolte des données conjointes (fiche de détection précoce et questionnaire auto-rapporté) ;
- Une fiche d'identification 'médecin' reprenant des informations générales comme le genre ou l'ancienneté ainsi qu'un consentement de participation du médecin à l'étude à signer ;
- Des liens internet vers l'outil de détection précoce du burnout à compléter en ligne pour chaque travailleur/patient ;
- Un guide d'utilisation de l'outil de détection précoce du burnout (cf. annexes) ;
- Un outil d'interprétation des résultats obtenus au questionnaire OLBI, permettant aux médecins qui le souhaitaient de calculer eux-mêmes le score obtenu par leur travailleur/patient au questionnaire OLBI ;
- Le lien internet vers une fiche mensuelle à remplir par le médecin concernant le nombre de patients rencontrés ainsi que le nombre de patients estimés en burnout sur le mois écoulé.

Chaque médecin recevait également par courrier :

- Des versions papier-crayon du questionnaire auto-rapporté et des formulaire de consentement pour participer à l'étude à faire signer par les travailleurs/patients ;
- Une présentation de l'étude adressée aux travailleurs/patients.

De plus, dès réception des documents complétés, chaque médecin recevait, par mail et pour chaque travailleur/patient rencontré en consultation, une version PDF de l'outil de détection précoce du burnout (pour archivage éventuel par le médecin) et un feedback sur le questionnaire OLBI complété.

5. Analyse comparative 2010-2018 des cas de burnout récoltés en consultation de médecine générale et de médecine du travail

Au total, l'étude porte sur 190 fiches de détection précoce du burnout³ (145 remplies par des médecins du travail et 45 par des médecins généralistes). 89 fiches concernent des hommes et 97 des femmes. 97 patients parlent français et 86 néerlandais. Les travailleurs qui consultent pour un mal-être au travail ont le plus souvent un statut d'employé (64.9%), à temps plein (78.7%), travaillant dans le secteur privé (73.4%), dans des grandes entreprises (plus 250 travailleurs) (62.8%), ayant un contrat à durée indéterminée (84.6%) et vivant en couple (75.5%). L'âge des patients varie entre 20 et 69 ans (moyenne de 43 ans). L'ancienneté quant à elle varie entre 0 et 42 ans (moyenne de 15 ans). Les professions les plus représentées proviennent du secteur de la santé (médecins, infirmières) (11%) et de la production (10%).

La première étude de prévalence du burnout financée par le SPF Emploi datait de 2010. Un des objectifs de la présente étude était d'actualiser les données et de réaliser une comparaison entre les résultats obtenus en 2010 et en 2018. L'analyse des fiches de détection nous permet de relever les éléments suivants pour ce qui concerne l'ensemble des travailleurs ayant consulté pour un motif de mal-être au travail

- 1) **Type d'examen réalisé par les médecins du travail :** en 2010 et en 2018, les examens périodiques (respectivement 49.5% et 37.2% des cas) ainsi que les examens de reprise sont les plus fréquents (respectivement 20.4% et 21.4% des cas). Remarquons que l'examen de réintégration (non présent sur la fiche de détection en 2010) arrive en troisième position en 2018 (11.0% des cas).
- 2) **Plaintes rapportées par les travailleurs dans le cadre de la consultation:** en 2010 et en 2018, la principale plainte rapportée est le stress (respectivement 52.5% et 63.3%) suivie par l'épuisement (respectivement 45.4% et 53.2%). Notons que l'asthénie, la plainte la moins rapportée en 2010 et 2018, apparaît dans plus d'un tiers des cas.
- 3) **Symptômes cochés sur la fiche de détection :** entre 2010 et 2018, on remarque une augmentation de la fréquence d'apparition des symptômes. Une première explication pourrait être que les médecins prennent plus souvent en compte des symptômes cognitifs, affectifs et comportementaux dans leurs analyses alors qu'ils se concentraient essentiellement

³ Dans les analyses qui suivent, le total atteindra rarement les 190 fiches étant donné que les médecins n'étaient pas contraints de répondre à toutes les questions.

sur des symptômes physiques pour réaliser le diagnostic en 2010. Toutefois, certains symptômes physiques comme la baisse d'énergie et la fatigue reviennent également plus fréquemment dans le diagnostic des médecins en 2018 (respectivement 71.8% et 62.2%) par rapport à 2010 (respectivement 53% et 45.7%). Le fait que l'épuisement soit considéré comme une caractéristique centrale du burnout peut expliquer la présence de ces deux derniers symptômes. La rumination, qui a été ajoutée lors de l'actualisation de la fiche de détection dans le cadre de cette étude, est présente dans plus de la moitié des cas (i.e. 54.8%) en 2018, ce qui tend à confirmer son importance. La diminution de la performance, le symptôme le moins fréquemment cité, est tout de même cité dans plus de 30% des consultations en 2018 (contre 26.7% en 2010).

- 4) **Consultation d'autres professionnels de la santé.** En 2018, dans 51.6% des cas, les patients ont déjà consulté un médecin du travail ou un médecin généraliste pour leur plainte de mal-être au travail. Dans 45.2% des cas, ils ont également consulté un autre professionnel de la santé (psychologue ou psychiatre).
- 5) **Lien avec le travail :** 83.5% des cas de mal-être au travail trouvent leur origine principalement dans le travail. La charge de travail apparaît en 2010 et en 2018 comme la contrainte la plus fréquemment rapportée (respectivement 57.9% et 68.6% des cas). Le soutien de la hiérarchie ainsi que le manque de reconnaissance sont les ressources manquantes les plus souvent citées en 2010 (respectivement 63.2% et 63.8%) et 2018 (respectivement 47.4% et 52.1 %). La perte de sens au travail qui a été ajoutée à la fiche de détection précoce en 2018 apparaît dans un quart des cas. Par contre, l'absence de tâches, facteur également ajouté en 2018, est peu rapportée en consultation.
- 6) **Diagnostic par le médecin :** 64.4% des travailleurs sont diagnostiqués en burnout de la part de leur médecin contre 33% qui ne le sont pas suite à la consultation. Parmi les diagnostics différentiels proposés par les médecins, aucun ne se rapporte à la fatigue chronique ou à la fibromyalgie. Les diagnostics différentiels les plus fréquents concernent la dépression (3.19%) et les difficultés causées par un événement de vie (3.72%). On remarque que les médecins proposent également, dans la possibilité de réponse 'Autre', des diagnostics proches du burnout (« signe de pré burnout », « à risque de burnout ») ou qui sont liés aux relations interpersonnelles (« conflit », « harcèlement »).
- 7) **Conclusion de l'examen de santé :** 64.1% des travailleurs en consultation chez leur médecin du travail sont estimés aptes à travailler.

Ces données ont également été comparées selon le diagnostic de burnout (64.4% des cas) vs non burnout (33% des cas) posé par le médecin. Il est intéressant de constater que les

travailleurs qui sont diagnostiqués en burnout consultent plus souvent dans le cadre d'examens de reprise du travail et rapportent plus fréquemment toutes les plaintes ainsi que tous les symptômes de la fiche de détection précoce du burnout. Ils ont plus souvent déjà consulté un médecin du travail, un médecin généraliste et un autre professionnel de la santé (psychologue ou psychiatre). Parmi les facteurs liés au travail les plus souvent rapportés au médecin, on peut citer la charge de travail, la pression temporelle, le manque de soutien de la hiérarchie, le manque de reconnaissance ainsi que le manque de participation aux prises de décisions.

6. Analyse de l'intérêt d'une utilisation conjointe du jugement clinique des médecins et de l'évaluation auto-rapportée.

Parmi les données disponibles en 2018, 127 questionnaires auto-rapportés par les travailleurs (123 OLBI ; 4 UBOS) ont pu être associés aux fiches de détection précoce remplies par les médecins. Le questionnaire OLBI est composé de deux dimensions (l'épuisement et le désengagement) qui permettent de calculer un score total de burnout. Une récente recherche sur 3 300 données nous a permis de répartir les scores du questionnaire OLBI en trois catégories : faible, moyen, élevé. Le questionnaire UBOS est composé de trois dimensions (l'épuisement, la distance et le manque d'accomplissement personnel). Le SEPP qui utilisait UBOS classait les scores obtenus en fonction de trois catégories (faible, moyen, élevé).

En croisant le diagnostic posé par le médecin (burnout vs non burnout) et le score obtenu au questionnaire auto-rapporté (faible, moyen ou élevé), nous avons obtenu une répartition des cas en 6 groupes (Tableau 2).

Le groupe 1 et le groupe 6 correspondent à des catégories où le médecin et le questionnaire auto-rapporté arrivent à une conclusion opposée. L'un conclurait à un burnout alors que l'autre non. A l'inverse, les groupes 3 et 4 regroupent des cas pour lesquels la conclusion du médecin coïncide avec les résultats obtenus au questionnaire auto-rapporté. Enfin, les groupes 2 et 5 montrent de par leurs scores moyens des cas intermédiaires.

Tableau 2 : Diagnostic du médecin vs score au questionnaire auto-rapporté

		Questionnaire auto-rapporté (score)		
		Faible	Moyen	Elevé
Diagnostic du médecin (fiche de détection)	En burnout	Groupe 1	Groupe 2	Groupe 3
	Pas en burnout	Groupe 4	Groupe 5	Groupe 6

A la lecture du tableau 3 reprenant la répartition des 127 cas selon les groupes créés, aucun participant n'est classé dans le groupe 1. En d'autres termes, aucun médecin n'a diagnostiqué un burnout chez un patient ayant un score faible au questionnaire auto-rapporté. On constate par ailleurs 46% de cas où les 2 outils correspondent parfaitement (groupes 3 et 4). Pour 12%

des cas, le diagnostic du médecin et le questionnaire auto-rapporté arrivent à une conclusion opposée.

Tableau 3 : Répartition des travailleurs dans les groupes (N ; %)

		Questionnaire auto-rapporté (score)		
		Faible	Moyen	Elevé
Diagnostic du médecin (fiche de détection)	En burnout	N= 0 ; 0%	N=28 ; 22%	N=50 ; 39%
	Pas en burnout	N=9 ; 7%	N=25 ; 20%	N=15, 12%

Les travailleurs du *groupe 2 (OLBI moyen et en burnout)* rapportent, par rapport au *groupe 3 (OLBI élevé et en burnout)* moins fréquemment une diminution de la motivation au travail et une humeur dépressive, moins de symptômes cognitifs et affectifs du burnout et ne mentionnent pas le manque de possibilités d'épanouissement au travail.

Les travailleurs du *groupe 2 (OLBI moyen et en burnout)*, par rapport au *groupe 5 (OLBI moyen et pas en burnout)* sont plus souvent en incapacité de travail, rapportent un nombre plus élevé de plaintes, plus de symptômes physiques, cognitifs et comportementaux.

Les travailleurs du *groupe 2 (OLBI moyen et en burnout)*, par rapport au *groupe 6 (OLBI élevé et pas en burnout)* rapportent plus souvent le manque de possibilités d'épanouissement au travail.

Les travailleurs du *groupe 3 (OLBI élevé et en burnout)*, par rapport au *groupe 4 (OLBI faible et pas en burnout)* et au *groupe 5 (OLBI moyen et pas en burnout)* sont plus souvent en incapacité de travail, rapportent un nombre plus élevé de plaintes (stress, mal dans sa peau, asthénie, symptômes physiques, épuisement, surcharge), plus de symptômes physiques, cognitifs, affectifs et comportementaux, plus de de ressources manquantes (soutien de la hiérarchie et reconnaissance) et plus de contraintes (charge de travail).

Les travailleurs des *groupe 4 (OLBI faible et pas en burnout)* et *groupe 5 (OLBI moyen et pas en burnout)*, par rapport au *groupe 6 (OLBI élevé et pas en burnout)* rapportent moins de plaintes, moins de symptômes physiques, cognitifs, affectifs et comportementaux et moins de contraintes. Enfin, ils reçoivent moins souvent un diagnostic différentiel qui peut faire penser au burnout (e.g. épuisement, pré-burnout).

Par ailleurs, on constate à la lecture du tableau 4, que les groupes qui sont diagnostiqués en burnout ou qui ont un score élevé au questionnaire auto-rapporté rapportent en moyenne plus de 4 plaintes, plus de 2 symptômes physiques, 5 symptômes cognitifs et 2 symptômes comportementaux. Les groupes qui ont un score élevé au questionnaire auto-rapporté rapportent en moyenne plus de contraintes et de ressources manquantes.

Tableau 4 : Statistiques descriptives (moyennes) selon les groupes

	Burnout selon le médecin		Pas en burnout selon le médecin		
	OLBI moyen Groupe 2*	OLBI élevé Groupe 3	OLBI faible Groupe 4	OLBI moyen Groupe 5	OLBI élevé Groupe 6
Moyenne					
Nombre (N) de plaintes	4.07	4.62	0.44	2.00	4.62
N symptômes physiques	2.68	3.00	0.22	1.20	2.67
N symptômes cognitifs	5.50 ^a	8.10	0.56	3.04 ^a	6.93
N symptômes comportementaux	2.11	2.72	0.33	0.76	2.73
N contraintes	3.00 ^{a,b}	3.62 ^b	0.67	2.20 ^a	3.93
N ressources manquantes	2.50	3.64	0.78	1.80 ^a	2.73 ^a
Score épuisement (OLBI)	23.12	26.62	12.33	18.40	26.16
Score désengagement (OLBI)	17.01	24.64	13.95	17.01	24.73

Note. * les différences de moyennes ont été calculées à l'aide des tests post-hocs de Bonferonni. Les couleurs indiquent des groupes dont les moyennes diffèrent. Toutefois, les indices a et b indiquent, par ligne, des groupes qui ne sont pas statistiquement différents l'un de l'autre.

A la suite de ces analyses, on peut distinguer trois profils :

- 1) Des cas pour lesquels le risque de burnout est faible : il s'agit des groupes 4 et 5 qui ne sont pas diagnostiqués en burnout par les médecins et qui n'obtiennent pas de scores élevés au questionnaire auto-rapporté. Le nombre rapporté de plaintes, de symptômes, de contraintes et de ressources manquantes est généralement plus faible que dans les autres groupes.
- 2) Des cas pour lesquels le risque de développer un burnout est présent : il s'agit du groupe 2 qui est diagnostiqué par le médecin en burnout et qui obtient un score moyen au questionnaire auto-rapporté. Il se distingue des groupes où la probabilité de burnout est faible par plus de plaintes et de symptômes rapportés lors de l'entretien. Ce groupe rapporte néanmoins moins de symptômes et de ressources problématiques que les groupes 3 et 6.
- 3) Des cas pour lesquels le risque de développer un burnout est élevé : il s'agit des groupes 3 et 6 qui manifestent plus de plaintes, de symptômes, de contraintes et de manque de ressources que le groupe avec une faible probabilité de risque de burnout.

Il est également possible de calculer dans quelle mesure la fiche de détection précoce du burnout détecte des patients qui seraient aussi considérés en burnout selon le questionnaire auto-rapporté. Inversement, il est possible de déterminer dans quelle mesure le questionnaire auto-rapporté détecte des patients qui seraient aussi diagnostiqués en burnout par les médecins.

Selon Buderer (1996) et Nahavandi (2018), il est en effet concevable de distinguer quatre cas de figure lors de la détection d'une maladie en fonction du diagnostic posé d'une part et du diagnostic qui aurait dû être posé d'autre part (Tableau 5) :

- Les « vrais positifs » sont ceux qui vont recevoir un diagnostic de maladie et qui sont effectivement malades ;
- Les « faux positifs » sont ceux qui vont recevoir un diagnostic de maladie mais qui ne sont pourtant pas malades ;
- Les « faux négatifs » sont ceux qui ne vont pas recevoir un diagnostic de maladie mais qui pourtant sont bien malades ;
- Les « vrais négatifs » sont ceux qui ne vont pas recevoir un diagnostic de maladie et qui ne sont effectivement pas malades ;

Tableau 5 :
Explication des différents cas obtenus lors d'un diagnostic

		Etat réel (diagnostic qu'il faudrait poser)		TOTAL
		En burnout	Pas en burnout	
Diagnostic réalisé par le test	En burnout	a vrais positifs	b Faux positifs	a+b
	Pas en burnout	c Faux négatifs	d Vrais négatifs	c+d
TOTAL		a+c	b+d	a+b+c+d

Il est évident que nous ne connaissons pas exactement le diagnostic réel des patients rencontrés par les médecins. Par contre, nous avons à notre disposition deux diagnostics (celui du médecin et celui du questionnaire auto-rapporté). Nous pouvons donc réaliser deux analyses. Dans la première, nous considérerons que le questionnaire auto-rapporté nous donne l'état réel du patient et analyserons dans quelle mesure la conclusion du médecin dans la fiche de détection précoce du burnout correspond aux résultats obtenus au questionnaire auto-rapporté. Dans la seconde analyse, nous partirons de la supposition inverse, à savoir que le jugement clinique du médecin représente l'état réel du patient et étudierons dans quelle mesure le score obtenu au questionnaire auto-rapporté correspond au diagnostic du médecin.

Lors de l'étude de la qualité d'un test, il est possible d'évaluer les mesures suivantes :

- **La sensibilité** : la probabilité qu'un patient vraiment malade soit détecté par le test.
- **La spécificité** : la probabilité qu'un patient qui ne soit pas malade obtienne un résultat négatif au test.
- **La valeur prédictive d'un test positif**: la proportion de cas réellement malades sur l'ensemble des cas diagnostiqués « malades ».
- **La valeur prédictive d'un test négatif**: la proportion de cas réellement « non malades » sur l'ensemble des cas diagnostiqués « non malades ».

Notons enfin que le questionnaire auto-rapporté ne conduit pas à un résultat positif ou négatif mais à un score qui peut être faible, modéré ou élevé. Afin de pouvoir tenir compte de cette particularité, nous considérerons dans un premier cas de figure qu'un score moyen ou élevé au questionnaire auto-rapporté sera signe d'un burnout alors qu'un score faible correspondra à l'absence de burnout. Dans un second cas de figure, nous déciderons que pour être diagnostiqué en burnout, il faut obtenir un score élevé au questionnaire auto-rapporté alors qu'un score faible ou moyen signifiera l'absence de burnout.

Cas de figure 1. Un diagnostic de burnout est réalisé si le score obtenu au questionnaire auto-rapporté est moyen ou élevé.

Tableau 6 :
Répartition des cas lorsqu'un score au questionnaire auto-rapporté moyen ou élevé correspond à un burnout

		Jugement clinique		TOTAL
		En burnout	Pas en burnout	
Score questionnaire	En burnout	78	40	118
	Pas en burnout	0	9	9
TOTAL		78	49	127

1. Performance du questionnaire auto-rapporté par rapport à la fiche de détection précoce

Ici, nous estimons que la fiche de détection précoce permet de donner le diagnostic qu'il faudrait réaliser et nous comparons à ce diagnostic, le score obtenu au questionnaire auto-rapporté.

La sensibilité du questionnaire auto-rapporté est de 1 (Tableau 7). Autrement dit, le questionnaire auto-rapporté parvient à détecter (donner un score moyen ou élevé) tous les patients qui sont diagnostiqués en burnout par les médecins. Cependant, on remarque une spécificité qui est faible (18%). De fait, le questionnaire auto-rapporté ne parvient à diagnostiquer un « non burnout » que pour seulement 18% des patients pour lesquels le médecin ne conclut pas à un diagnostic de burnout. Si le jugement clinique est considéré comme la mesure réelle du burnout, ça voudrait dire que le questionnaire auto-rapporté détecte beaucoup de faux positifs (travailleurs diagnostiqués en burnout alors qu'ils ne le sont pas).

En outre, la valeur prédictive d'un test positif est égale à 66% des cas diagnostiqués en burnout par le questionnaire auto-rapporté qui sont aussi diagnostiqués en burnout par le médecin. Enfin, la valeur prédictive d'un test négatif est égale à 100%. L'ensemble des cas pour lesquels le questionnaire auto-rapporté rejette un diagnostic de burnout est également considéré comme « non en burnout » par les médecins. Dans 69% des cas, le questionnaire auto-rapporté aboutit à la même conclusion que celle du médecin.

Tableau 7 :

Performance du questionnaire auto-rapporté en considérant un score moyen ou élevé comme un diagnostic de burnout

Sensibilité	1.00
Spécificité	0.18
Valeur prédictive d'un test positif	0.66
Valeur prédictive d'un test négatif	1.00
Précision	0.69

2. Performance de la fiche de détection précoce par rapport au questionnaire auto-rapporté

Tableau 8 :

Performance de la fiche de détection précoce du burnout en considérant un score moyen ou élevé comme un diagnostic de burnout

Sensibilité	0.66
Spécificité	1.00
Valeur prédictive d'un test positif	1.00
Valeur prédictive d'un test négatif	0.18
Précision	0.69

La sensibilité du jugement clinique est de 66% (Tableau 8). Autrement dit, en considérant que le questionnaire auto-rapporté témoigne exactement de la réalité, les médecins diagnostiquent un burnout seulement pour 66% des patients qui le seraient réellement. Par contre, la spécificité égale à 100%, nous permet de conclure que les médecins rejettent un diagnostic de burnout pour tous les patients qui n'ont pas de burnout. Par ailleurs, la valeur prédictive d'un test positif égale à 100% nous permet également de conclure que l'ensemble des patients qui seront diagnostiqués en burnout par les médecins souffrent bien d'un burnout. Par contre, étant donné que la valeur prédictive d'un test négatif est égale à 18%, il est probable que seuls 18% des cas pour lesquels le diagnostic de burnout a été rejeté n'ait effectivement pas de burnout. Dans 69% des cas, le jugement clinique du médecin aboutit à la même conclusion que le questionnaire auto-rapporté.

Cas de figure 2. Un diagnostic de burnout est réalisé si le score obtenu au questionnaire auto-rapporté est élevé.

Tableau 9 :
Répartition des cas lorsqu'un score au questionnaire auto-rapporté élevé correspond à un burnout

		Jugement clinique		TOTAL
		En burnout	Pas en burnout	
Score questionnaire	En burnout	50	15	65
	Pas en burnout	28	34	62
TOTAL		78	49	127

1. Performance du questionnaire auto-rapporté par rapport à la fiche de détection précoce

Dans un premier temps, estimons que la fiche de détection précoce permet de donner le diagnostic qu'il faudrait réaliser et comparons à ce diagnostic le score obtenu au questionnaire auto-rapporté.

Tableau 10 :
Performance du questionnaire auto-rapporté en considérant un score élevé comme un diagnostic de burnout

Sensibilité	0.64
Spécificité	0.69
Valeur prédictive d'un test positif	0.77
Valeur prédictive d'un test négatif	0.55
Précision	0.66

D'emblée, remarquons que la sensibilité (0.64) est plus faible lorsque seuls les scores élevés se rapportent à un diagnostic de burnout (Tableau 10). En effet, selon cette perspective, le questionnaire auto-rapporté parvient à détecter 64% des cas qui sont diagnostiqués en burnout par les médecins. Toutefois, soulignons également le fait que la spécificité (0.69) est plus élevée. En d'autres termes, le questionnaire auto-rapporté permet de rejeter l'hypothèse d'un burnout, dans 69% des cas ne sont pas diagnostiqués en burnout par les médecins. De plus, 77% des scores élevés au questionnaire auto-rapporté sont effectivement diagnostiqués en burnout par les médecins alors que 55% des scores faibles et moyens sont effectivement diagnostiqués en « absence de burnout » par les médecins. Enfin, dans deux tiers des cas, le questionnaire auto-rapporté aboutit à la même conclusion que le jugement clinique du médecin.

2. Performance de la fiche de détection précoce par rapport au questionnaire auto-rapporté

Enfin, prenons le temps d'aborder une dernière possibilité. Imaginons que toutes les personnes diagnostiquées en burnout et uniquement ces dernières obtiennent un score élevé au questionnaire auto-rapporté et comparons à ce résultat le jugement clinique des médecins.

Tableau 11 :

Performance de la fiche de détection précoce du burnout en considérant un score élevé comme un diagnostic de burnout

Sensibilité	0.77
Spécificité	0.55
Valeur prédictive d'un test positif	0.64
Valeur prédictive d'un test négatif	0.69
Précision	0.66

La sensibilité de la fiche de détection précoce du burnout est plus grande (0.77) (Tableau 11), ce qui signifie que les médecins diagnostiquent en burnout 77% des patients qui devraient être diagnostiqués en burnout selon le questionnaire auto-rapporté. Par contre, la spécificité (0.55) est plus faible puisque les médecins rejettent le diagnostic de burnout pour seulement 55% des cas qui ne sont pas diagnostiqués en burnout par le questionnaire auto-rapporté. Par ailleurs, parmi l'ensemble des cas estimés en burnout par les médecins, 64% le seraient réellement selon le questionnaire auto-rapporté. Enfin, sur l'ensemble des cas qui ne sont pas diagnostiqués en burnout par les médecins, 69% des cas ne seraient effectivement pas en burnout selon le questionnaire auto-rapporté. Au final, les médecins aboutissent dans 66% des cas à la même conclusion que le questionnaire auto-rapporté.

7. Discussion

Les résultats de cette recherche permettent plusieurs constats.

Tout d'abord, dans l'analyse comparative 2010-2018, on observe peu de changements. On remarque toutefois que :

- 1) Les symptômes sont pour la plupart plus fréquemment relevés par les médecins en 2018 comparativement à 2010. Ce qui laisse penser que ces derniers relèvent, dans le discours des travailleurs, un nombre plus élevé de symptômes par consultation pour réaliser un diagnostic de burnout.
- 2) Les consultations chez le médecin du travail/médecin généraliste s'accompagnent plus fréquemment en 2018 de consultations chez les psychologues ou les psychiatres (comparativement à 2010), soulignant la reconnaissance de la nécessité d'une prise en charge pluridisciplinaire dans l'accompagnement des patients en souffrance au travail.
- 3) Les populations cibles des deux études sont toutefois différentes. L'étude de 2010 était basée sur des participants étant majoritairement ouvriers et provenant du secteur public alors que l'étude de 2018 comprend davantage de participants étant employés et provenant du secteur privé. Les différences observées pourraient également refléter une différence entre les populations étudiées.

L'étude permet également de montrer l'intérêt d'utiliser conjointement deux outils de diagnostic, à savoir le jugement clinique du professionnel de la santé avec l'aide de la fiche de détection précoce du burnout et un questionnaire d'auto-évaluation du burnout rempli par le travailleur. Les médecins qui éprouveraient des difficultés à poser un diagnostic de burnout pourraient utiliser le score obtenu au questionnaire auto-rapporté pour confirmer ou rejeter un diagnostic. D'un autre côté, le médecin permet de déterminer si un score élevé au questionnaire auto-rapporté peut éventuellement être expliqué par un autre diagnostic (e.g. dépression, stress post-traumatique).

Enfin, en ce qui concerne l'outil de détection précoce du burnout en tant que tel, l'étude nous a montré l'intérêt de le compléter et d'ajouter les variables 'ruminations' dans les symptômes et 'perte de sens' dans les contraintes liées au travail. La variable 'absence de tâches' ne semble pas pertinente à ajouter car elle est peu fréquemment rapportée.

Plusieurs limites doivent également être relevées :

- 1) La faible participation à l'enquête des médecins, et donc un échantillon de médecins peu représentatif de la population, qui s'expliquent par les raisons suivantes :
 - a. La méthodologie proposée dans la présente enquête pouvait paraître complexe et difficilement applicable sur le terrain faute de temps ;
 - b. Certains médecins se sont déclarés gênés de faire signer des documents de consentement à leurs patients. ;
 - c. Certains patients ne souhaitaient pas signer ces documents de peur qu'on puisse les identifier par leur nom ou par leur signature.

- 2) Nous n'avons pas pu calculer la prévalence du burnout dans la population belge étant donné que la taille de l'échantillon est trop faible pour considérer qu'il est représentatif.
- 3) L'utilisation de deux questionnaires auto-rapportés : un service externe de prévention et de protection au travail a demandé d'utiliser l'UBOS à la place de l'OLBI, proposé par l'équipe de recherche. Par conséquent, nous avons dû nous baser sur deux questionnaires dans la comparaison entre le diagnostic du médecin et l'auto-évaluation du patient.
- 4) L'étude s'étant déroulée sur trois mois et à deux périodes différentes, les données recueillies reflètent peut-être une tendance d'un moment de l'année (sortie de l'hiver et début du printemps).

8. Bibliographie

- Alexandrova-Karamanova, Todorova, Montgomery, Panagopoulou, Costa, Baban, ..., Mijakoski (2016). Burnout and health behaviors in health professionals from seven European countries. *International Archives of Occupational and Environmental Health*, *89*, 1059-1075. doi: 10.1007/s00420-016-1143-5
- Amofo, E., Hanbali, N., Patel, A., & Singh, P. (2015). What are the significant factors associated with burnout in doctors? *Occupational Medicine*, *65*, 117-121. doi: 10.1093/occmed/kqu144
- Andela, M., Truchot, D., & Ponz, Y. (2014). Exploring a refinement measure of deepacting on burnout. *Studia Psychologica*, *56*, 267-272. Retrieved from <https://search.proquest.com/docview/1640472275?accountid=14630>
- Avanzi, L., Schuh, S., Fraccaroli, F., & van Dick, R. (2015). Why does organizational identification relate to reduced employee burnout? The mediating influence of social support and collective efficacy. *Work & Stress*, *29*, 1-10. doi: 10.1080/02678373.2015.1004225
- Bermejo-Toro, L., Prieto-Ursua, M., & Hernandez, V. (2016). Towards a model of teacher well-being: personal and job resources involved in teacher burnout and engagement. *Educational Psychology*, *36*, 481-501. doi: 10.1080/01443410.2015.1005006
- Bianchi, R., & Schonfeld, I. (2016). Burnout is associated with a depressive cognitive style. *Personality and Individual Differences*, *100*, 1-5. doi: 10.1016/j.paid.2016.01.008
- Buderer, N. (1996). Statistical methodology: I. incorporating the prevalence of disease into the sample size: calculation for sensitivity and specificity. *Academic Emergency Medicine*, *3*, 895-900. doi: 10.1111/j.1553-2712.1996.tb03538.x
- Chopik, W. (2015). Relational attachment and ethical workplace decisions: the mediating role of emotional burnout. *Personality and Individual Differences*, *75*, 160-164. doi: 10.1016/j.paid.2014.11.007
- Conseil Supérieur de la Santé (septembre 2017). Burnout et Travail. Bruxelles : CSS. Avis n°9339.
- De Beer, L., Pienaar, J., & Rothmann, S. (2014). Job burnout's relationship with sleep difficulties in the presence of control variables: a self-report study. *South African Journal of Psychology*, *44*, 454-466. doi: 10.1177/0081246314538249
- Deligkaris, P., Panagopoulou, E., Montgomery, A., & Masoura, E. (2014). Job burnout and cognitive functioning: A systematic review. *Work & Stress*, *28*, 107-123. doi: 10.1080/02678373.2014.909545

- Demerouti E., Bakker, A.B., Nachreiner, F., & Schaufeli, W.B. (2001). The job demands – resources model of burnout. *Journal of Applied Psychology, 86*, 499–512.
- Demerouti, E, Bakker, A, & Leiter, M. (2014). Burnout and Job performance: the moderating role of selection, optimization, and compensation strategies. *Journal of Occupational Health Psychology, 19*, 96-107. doi: 10.1037/a0035062
- Fernet, C., Chanal, J., & Guay, F. (2017). What fuels the fire: job- or task-specific motivation (or both)? On the hierarchical and multidimensional nature of teacher motivation in relation to job burnout. *Work & Stress, 31*, 145-163. doi: 10.1080/02678373.2017.1303758
- Fernet, C., Lavigne, G., Vallerand, R., & Austin, S. (2014). Fired up with passion: investigating how job autonomy and passion predict burnout at career start in teachers. *Work & Stress, 28*, 270-288. doi: 10.1080/02678373.2014.935524
- Gnilka, P., McLaulin, S., Ashby, J., & Allen, C. (2017). Coping resources as mediators of multidimensional perfectionism and burnout. *Consulting Psychology Journal: Practice and Research, 69*, 209-222. doi: 10.1037/epb0000078
- Gómez-Urquiza, J., Vargas, C., De la Fuente, E., Fernández-Catillo, R., & Cañadas-De la Fuente, G. (2017). Age as a risk factor for burnout syndrome in nursing professionals: a meta-analytic study. *Research in Nursing & Health, 40*, 99-110. doi: 10.1002/nur.21774
- Grossi, G., Perski, A., Walter, O., & Savic, I. (2015). Stress related exhaustion disorder – clinical manifestation of burnout? A review of assessment methods, sleep impairments, cognitive disturbances, and neurobiological and physiological changes in clinical burnout. *Scandinavian Journal of Psychology, 56*, 626-636. doi: 10.1111/sjop.12251
- Hansez, I., Mairiaux, P., Firket, P., & Braeckman, L. (2010). Recherche sur le Burnout au sein de la population active belge: synthèse du rapport final. Retrieved from: <http://www.emploi.belgique.be/moduleHome.aspx?id=33630>
- Huang, J., Wang, Y., Wu, G., & You, X. (2016). Crossover of burnout from leaders to followers: a longitudinal study. *European Journal of Work and Organizational Psychology, 25*, 849-861. doi: 10.1080/1359432X.2016.1167682
- Inami (2017). Absentéisme pour maladie en incapacité primaire de travail : analyse et facteurs explicatifs – 2010-2015. Retrieved from: http://www.riziv.fgov.be/SiteCollectionDocuments/etude_si_absenteisme_incapacite_primaire_analyse_2010_2015.pdf
- Kleinsorge, T., Diestel, S., Scheil, J., & Niven, K. (2014). Burnout and the fine-tuning of cognitive resources. *Applied Cognitive Psychology, 28*, 274-278. doi: 10.1002/acp.2999
- Koh, M., Chong, P., Neo, P., Ong, Y., Yong, W., Ong, W., Shen, M., & Hum, A. (2015). Burnout, psychological morbidity and use of coping mechanisms among palliative care practitioners: a multi-centre cross-sectional study. *Palliative Medicine, 29*, 633-642. doi : 10.1177/0269216315575850
- Laschinger, H., Fida, R. (2014). A time-lagged analysis of the effect of authentic leadership on workplace bullying, burnout, and occupational turnover intentions. *European Journal of Work and Organizational Psychology, 23*, 739-753. doi: 10.1080/1359432X.2013.804646
- Lennartsson, A.-K., Billig, H. & Jonsdottir, I., (2014). Burnout is associated with elevated prolactin levels in men but not in women. *Journal of Psychosomatic Research, 76*, 380-383. doi: 10.1016/j.jpsychores.2014.03.007
- Lennartsson, A.-K., Jonsdottir, I., & Sjörs, A. (2016). Low heart rate variability in patients with clinical burnout. *International Journal of psychophysiology, 110*, 171-178. doi: 10.1016/j.ijpsycho.2016.08.005
- Lennartsson, A.-K., Sjörs, A., & Jonsdottir, I. (2015). Indication of attenuated DHEA-s response during acute psychosocial stress in patients with clinical burnout. *Journal of psychosomatic research, 79*, 107-111. doi : 10.1016/j.jpsychores.2015.05.011

- Li, X., Hou, Z.-J., Chi, H.-Y., Liu, J., & Hager, M. (2014). The mediating role of coping in the relationship between subtypes of perfectionism and job burnout: a test of the 2X2 model of perfectionism with employees in China. *Personality and Individual Differences, 58*, 65-70. doi: 10.1016/j.paid.2013.10.007
- Mahmoodi-Shahreabaki, M. (2017). The effect of perfectionism on burnout among English language teachers: the mediating role of anxiety. *Teachers and Teaching, 23*, 91-105. doi: 10.1080/13540602.2016.1203776
- Manzano-García, G., & Avyala-Calvo, J.-C. (2013). New perspectives: towards an integration of the concept « burnout » and its explanatory models. *Anales de psicología, 29*, 800-809. doi: 10.6018/analesps.29.3.145241
- Maslach, C., & Leiter, M. (2008). Early predictors of job burnout and engagement. *Journal of Applied Psychology, 93*, 498-512. doi: 10.1037/0021-9010.93.3.493
- Mojsa-Kaja, J., Golonka, K., & Marek, T. (2015). Job burnout and engagement among teachers-worklife areas and personality traits as predictors of relationships with work. *International Journal of Occupational Medicine and Environmental Health, 28*, 102-119. doi: 10.13075/ijomeh.1896.00238
- Nahavandi, K.H. (2018). Calculating sensitivity, specificity and predictive values for medical diagnostic tests. *Gene, Cell and Tissue, 5*, e802720. doi: 10.5812/gct.80270
- Olivares-Faundez, V., Gil-Monte, P., & Figueiredo-Ferraz, H. (2014). The mediating role of feelings of guilt in the relationship between burnout and the consumption of tobacco and alcohol. *Japanese Psychological Research, 56*, 340-348. doi: 10.1111/jpr.12058
- Olivares-Faundez, V., Gil-Monte, P., & Figueiredo-Ferraz, H. (2014). The mediating role of feelings of guilt in the relationship between burnout and the consumption of tobacco and alcohol. *Japanese Psychological Research, 56*, 340-348. doi: 10.1111/jpr.12058
- Oosterholt, B., Maes, J., Van der Linden, D., Verbraak, M., & Kompier, M. (2014). Cognitive performance in both clinical and non-clinical burnout. *Stress, 17*, 400-409. doi: 10.3109/10253890.2014.949668
- Oosterholt, B., Maes, J., Van der Linden, D., Verbraak, M., & Kompier, M. (2015). Burnout and cortisol: evidence for a lower cortisol awakening response in both clinical and non-clinical burnout. *Journal of Psychosomatic Research, 78*, 445-451. doi: 10.1016/j.jpsychores.2014.11.003
- Oosterholt, B., Maes, J., Van der Linden, D., Verbraak, M., & Kompier, M. (2016). Getting better, but not well: a 1.5 year follow-up of cognitive performance and cortisol levels in clinical and non-clinical burnout. *Biological Psychology, 117*, 89-99. doi: 10.1016/j.biopsycho.2016.02.009
- Rouxel, G., Michinov, E., & Dodeler, V. (2016). The influence of work characteristics, emotional display rules and affectivity on burnout and job satisfaction: a survey among geriatric care workers. *International Journal of Nursing Studies, 62*, 81-89. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2016.07.010
- Salami, S., & Ajitoni, S. (2016). Job characteristics and burnout: the moderating roles of emotional intelligence, motivation and pay among bank employees. *International Journal of Psychology, 51*, 375-382. doi: 10.1002/ijop.12180
- Salvagioni, D., Melanda, F., Mesas, A., Gonzalez, A., Gabani, F., & de Andrade, S. (2017). Physical, psychological and occupational consequences of job burnout: a systematic review of prospective studies. *PLoS ONE, 12*. doi: 10.1371/journal.pone.0185781
- Schaufeli, W. (2017). Burnout: a short socio-cultural history. In S., Neckel, A.K., Schaffner & G., Wagner (Eds.). *Burnout, Fatigue, Exhaustion: an interdisciplinary perspective on a modern affliction*. Pp. 105-128. Switzerland, Cham: Springer Nature.
- Schaufeli, W.B., De Witte, H. & Desart, S. (2019). *Handleiding Burnout Assessment Tool (BAT)*. KU Leuven, België: Intern rapport.
- Schneider, A., Hilbert, S., Hamann, J., Skadsem, S., Glaser, J., Löwe, B., & Bühner, M. (2017). The implications of psychological symptoms for length of sick leave. *Deutsch Arzteblatt international, 114*, 291-297. doi: 10.3238/arztebl.2017.0291

- Securex (2015). L'absentéisme en 2015. Retrieved from: <http://www.securex.be/fr/detail-page/White-paper---Labsentisme-en-2015/>
- Shi, X., & Zhang, L. (2017). Effects of altruism and burnout on driving behavior of bus drivers. *Accident Analysis & Prevention*, 102, 110-115. <https://doi.org/10.1016/j.aap.2017.02.025>
- Shin, H., Park, Y.M., Ying, J.Y., Kim, B., Noh, H., & Lee, S.M. (2014). Relationships between coping strategies and burnout symptoms: a meta-analytic approach. *Professional Psychology: research and practice*, 45, 44-56. doi: 10.1037/a0035220
- Shoji, K, Cieslak, R., Smoktunowicz, E., Rogala, A., Benight, C.C., & Luszczynska, A. (2016). Associations between job burnout and self-efficacy : a meta-analysis. *Anxiety, Stress and Coping*, 29, 367-386. doi: 10.1080/10615806.2015.1058369
- Sokka, L., Leinikka, M., Korpela, J., Henelius, A., Lukander, J., Pakarinen, S., Alho, K., & Huotilainen, M. (2017). Shifting of attentional set is inadequate in severe burnout: evidence from an event-related potential study. *International Journal of Psychophysiology*, 112, 70-79. doi: 10.1016/j.ijpsycho.2016.12.004
- Son, S., Kim, D.-Y., & Kim, M. (2014). How perceived interpersonal justice relates to job burnout and intention to leave: the role of leader-member exchange and cognition-based trust in leaders. *Asian Journal of Social Psychology*, 17, 12-24. doi: 10.1111/ajsp.12038 → tout venant
- Svedberg, P., Hallsten, L., Narusyte, J., Bodin, L., & Blom, V. (2016). Genetic and environmental influences on the association between performance-based self-esteem and exhaustion: a study of the self-worth notion of burnout. *Scandinavian Journal of Psychology*, 57, 419-426. doi: 10.1111/sjop.12309
- Taylor, N., & Milleer, P. (2016). The contribution of mindfulness to predicting burnout in the workplace. *Personality and Individual Differences*, 89, 123-128. doi: 10.1016/j.paid.2015.10.005
- Tikkanen, L., Pyhältö, K., Pietarinen, J., & Soini, T. (2017). Interrelations between principals' risk of burnout and profiles and proactive self-regulation strategies. *Social Psychology of Education*, 20, 259-274. doi: 10.1007/s11218-017-9379-9
- Vandevala, T., Pavey, L., Chelidoni, O., Chang, N.-F., Creagh-Brown, B., & Cox, A. (2017). Psychological rumination and recovery from work in intensive care professionals: associations with stress, burnout, depression and health. *Journal of Intensive Care*, 5, 16. doi: 10.1186/s40560-017-0209-0
- Vanheule, S., Rosseel, Y., Vlerick, P., Van de Ven, P., & Declercq, F. (2012). Onderzoeknotitie : De factoriële validiteit en meetinvariantie van de Utrechtse Burnout Schaal: Algemene versie (UBOS-A). *Gedrag & Organisatie*, 25, 192-201.
- Wilski, M., Chmielewski, B., & Tomczak, M. (2015). Work locus of control and burnout in polish physiotherapists: the mediating effect of coping styles. *International Journal of Occupational Medicine and Environmental Health*, 28, 875-889. doi: 10.13075/ijomeh.1896.00287