



Unité de Valorisation des  
Ressources Humaines  
Santé au Travail et Education  
pour la santé



Vakgroep  
Maatschappelijke  
Gezondheidkunde

**Recherche sur le Burnout au sein de la population active belge:  
rapport final**

PARTENAIRES :

**Université de Liège**

**PROF. ISABELLE HANSEZ**

Faculté de Psychologie et des Sciences de l'Education

Unité de Valorisation des Ressources Humaines (ValoRH)

**PROF. Philippe MAIRIAUX**

Faculté de Médecine

Santé au Travail et Education pour la santé (STES)

**Cites Clinique du Stress**

**PROF. PIERRE FIRKET**

ISOSL Secteur Santé Mentale

**Universiteit Gent**

**PROF. LUTGART BRAECKMAN**

Faculteit Geneeskunde en Gezondheidswetenschappen

Vakgroep Maatschappelijke Gezondheidkunde

## Table des matières

<b>Introduction</b> .....	<b>5</b>
<b>1. Revue de la littérature internationale</b> .....	<b>6</b>
1.1 Historique .....	6
1.1.1 Phase pionnière.....	6
1.1.2 Phase empirique .....	6
1.2 Définitions .....	7
1.2.1 Définitions statiques du burnout .....	7
1.2.2 Le Burnout comme un processus dynamique .....	8
1.2.3 Concept uni ou tridimensionnel?.....	9
1.2.4 Définitions synthétiques du burnout .....	11
1.3 Causes et origines du Burnout .....	11
1.3.1 Facteurs situationnels .....	11
1.3.2 Facteurs individuels.....	15
1.3.3 Intégration des facteurs situationnels et individuels.....	17
1.4 Les manifestations du burnout .....	18
1.4.1 Manifestations physiques.....	18
1.4.2 Manifestations cognitives et affectives.....	20
1.4.3 Manifestations comportementales.....	22
1.5 Outils d'évaluation .....	23
1.5.1 MBI: Maslach Burnout Inventory (Maslach & Jackson, 1986).....	23
1.5.2 UBOS: Utrechtse Burn-out Schaal .....	24
1.5.3 OLBI: Oldenburg Burnout Inventory (Demerouti, Bakker, Vardakou, & Kantas, 2003) .....	24
1.5.4 BM: Burnout Measure (Pines & Aronson, 1988) .....	24
1.5.5 CBI: Copenhagen Burnout Inventory (Kristensen, et al., 2005).....	25
1.5.6 Outils spécifiques à différentes professions.....	25
1.5.7 Conclusion.....	27
1.6 Prévalence du burnout .....	28
1.7 Distinction entre le burnout et d'autres concepts proches .....	29
1.7.1 Burnout et Stress.....	29
1.7.2 Burnout et Charge psychosociale .....	33
1.7.3 Burnout et Dépression .....	34

1.7.4	Burnout et Workaholisme .....	40
1.7.5	Burnout et Fatigue chronique.....	43
1.7.6	Burnout et Fibromyalgie.....	47
1.8	Traitements et prévention.....	53
1.8.1	Prévention.....	53
1.8.2	Prise en charge et traitement.....	60
1.8.3	Suggestions pour des démarches de prévention et de prise en charge en entreprise.....	61
<b>2.</b>	<b>Recherche documentaire .....</b>	<b>63</b>
2.1	Identification et hiérarchisation des champs .....	63
2.2	Termes sélectionnés pour la recherche .....	64
2.3	Critères pour accepter ou non un abstract .....	65
<b>3.</b>	<b>Étude du burnout au sein de la population active belge .....</b>	<b>66</b>
3.1	Méthodologie.....	66
3.1.1	Construction des différentes fiches .....	66
3.1.2	Création de l'échantillon .....	70
3.1.3	Lancement de l'enquête.....	72
3.1.4	Analyse des données .....	73
<b>4.</b>	<b>Résultats de l'étude .....</b>	<b>74</b>
4.1	Résultats des focus – groupes.....	74
4.1.1	Qu'est-ce que le burnout ?.....	74
4.1.2	Symptômes spontanés .....	75
4.1.3	Validation des symptômes de la fiche.....	77
4.1.4	Finalisation des fiches.....	83
4.2	Résultats de l'étude dans la population active belge .....	83
4.2.1	Note préliminaire sur la distinction mal-être et burnout.....	83
4.2.2	Description de l'échantillon de médecins et taux de réponses.....	84
4.2.3	Prévalence.....	86
4.2.4	Distinction entre les médecins généralistes et les médecins du travail .....	87
4.2.5	Analyse des cas de burnout et de mal-être au travail rencontrés.....	89
4.2.6	Distinction des cas récoltés par les médecins généralistes et les médecins du travail .....	99

<b>5. Discussion .....</b>	<b>103</b>
5.1 Estimation de la prévalence.....	103
5.2 Profils cliniques en lien avec le burnout.....	105
5.2.1 Les caractéristiques socio-démographiques .....	105
5.2.2 Quels sont les motifs de consultation et les symptômes en lien avec le burnout ?.....	106
5.2.3 Quels sont les professionnels de la santé confrontés à la problématique du burnout ?.....	107
5.2.4 Le burnout en lien avec le travail ? .....	108
5.3 Comparaison des médecins généralistes et des médecins du travail.....	109
5.4 Limitations de l'étude.....	110
5.4.1 Échantillon étudié .....	110
5.4.2 Jugement clinique du médecin .....	111
5.4.3 La durée de la période de récolte des données.....	112
5.4.4 Validité des données collectées.....	112
5.5 Perspectives pour la suite du projet .....	112
<b>6. Conclusion.....</b>	<b>114</b>
<b>7. Bibliographie .....</b>	<b>115</b>
<b>8. Annexes.....</b>	<b>125</b>
ANNEXE 1 : Méthodologie de recherche documentaire .....	125
ANNEXE 2 : Fiches médecins .....	163
ANNEXE 3 : Fiches mensuelles.....	167
ANNEXE 4 : Fiche patient pour les médecins généralistes .....	169
ANNEXE 5 : Fiche travailleur pour les médecins du travail.....	173
ANNEXE 6 : Documents explicatifs du déroulement de l'enquête (médecins généralistes) .....	177
ANNEXE 7: Documents explicatifs du déroulement de l'enquête (SIPPT).....	183
ANNEXE 8 : Documents explicatifs du déroulement de l'enquête (SEPPT).....	189
ANNEXE 9 : Résultats pour les médecins généralistes et les médecins du travail .....	195

## Introduction

La littérature scientifique atteste de l'existence du burnout dans des secteurs, des professions et des entreprises variés. Cependant, il n'existe, à notre connaissance, aucune étude décrivant la fréquence du burnout au sein de la population active belge. Pour répondre à l'appel d'offre du SPF Emploi, Travail et Concertation sociale, nous avons mis sur pied un consortium multi-disciplinaire composé des Professeurs Isabelle Hansez et Philippe Mairiaux de l'Université de Liège, du Professeur Pierre Firket du Cites Prévert et du Professeur Lutgart Braeckman de l'Université de Gand. Ce consortium met en place le projet suivant, dont l'objectif est de réaliser une étude de la prévalence du burnout au sein de la population active belge. Par « prévalence » d'une maladie donnée, on désigne le nombre de personnes qui, dans une population donnée, en sont atteintes à un moment donné. La prévalence d'une maladie est classiquement mesurée par des études de nature transversale. Cette étude aura pour objectif de mettre en évidence le nombre de travailleurs au sein de la population belge jugés par un médecin comme souffrant de burnout durant une période définie.

Le projet se décline en deux objectifs :

- Établir une revue de la littérature scientifique sur le thème du burnout
- Mesurer l'ampleur du phénomène de burnout dans la population active belge.

La première partie de ce rapport présentera la revue de littérature sur la thématique du burnout. Cette revue de littérature porte sur la définition du burnout, les causes et les manifestations de ce phénomène et les outils utilisés pour le mesurer. Nous avons également tenté de distinguer le burnout d'autres entités proches comme le stress, le workaholisme, la dépression, la fatigue chronique et la fibromyalgie. Enfin, la revue de littérature se clôture par un état de lieux sur les possibilités de prévention et de traitement du burnout.

Ensuite, la deuxième partie du rapport sera consacrée à la recherche documentaire qui a permis de construire cette revue de littérature. Quelles sont les démarches de recherche que nous avons menées?

Enfin, la troisième et dernière partie sera consacrée à l'étude de prévalence. Nous décrirons les différents aspects méthodologiques ainsi que les résultats de cette étude.

# 1. Revue de la littérature internationale

## 1.1 Historique

---

### 1.1.1 Phase pionnière

La première phase d'étude du burnout, dans les années 1970, peut être qualifiée d'exploratoire, basée sur des interviews, des études de cas et des observations. L'intérêt était alors de décrire le phénomène d'épuisement professionnel mais aussi de lui donner un nom : le burnout.

Ce phénomène était alors considéré comme propre aux professions de service aux personnes et de soins de santé, premiers terrains d'étude. Les premiers articles furent écrits par le psychiatre Freudenberger (1974) ainsi que par la psychologue Maslach (1976) qui étudiait les émotions dans le milieu du travail. La première définition de ce syndrome met l'accent sur un épuisement dû à des demandes excessives, ainsi que sur un manque de force, d'énergie et de ressources (Freudenberger, 1974).

Ces premiers articles, principalement descriptifs et qualitatifs, mettent en évidence l'importance des facteurs individuels tels que le surinvestissement, l'idéalisme et le perfectionnisme.

D'un point de vue clinique, ce sont les symptômes et les conséquences sur la santé mentale qui importent alors que d'un point de vue social, l'accent est mis sur la relation « soignant-soigné » ainsi que sur un secteur spécifique: les professions de services.

### 1.1.2 Phase empirique

Dans un second temps dans les années 1980, suite à la vulgarisation du burnout, apparaissent des études empiriques systématiques ayant pour objectif l'évaluation de ce phénomène. Les études sur le burnout vont alors s'étendre au-delà des États-Unis. Ces études qualitatives utilisent des questionnaires, des méthodologies et des populations plus larges. Afin d'évaluer le burnout, toute une série d'instruments vont être développés et validés. Parmi ceux-ci, nous pouvons citer des échelles telles que le Maslach Burnout Inventory (MBI), instrument le plus utilisé et le plus validé à l'heure actuelle.

C'est dans les années 1990 que la phase empirique emprunte de nouvelles directions. Tout d'abord, l'étude du burnout va s'étendre au-delà des professions de service. Deuxièmement, les méthodologies vont se sophistiquer et des échelles statistiques vont se développer. Les recherches s'étendent alors au-delà des facteurs individuels et prennent en compte les relations entre les facteurs organisationnels et les trois composantes du burnout, ce qui va mener à l'utilisation de modèles structurels dans les recherches sur le burnout. Les études

longitudinales tentent d'évaluer le lien entre les caractéristiques de l'environnement de travail d'une part, et les pensées et sentiments des individus, d'autre part.

## 1.2 Définitions

---

Donner une définition unique du burnout reste, à l'heure actuelle, un travail difficile. En effet, il n'existe encore aucune définition qui fasse l'unanimité entre les différents auteurs. En étudiant la littérature, nous avons pu répertorier une dizaine de définitions pour ce même phénomène, le considérant tantôt comme un phénomène statique ou dynamique, tantôt comme un concept unidimensionnel ou multidimensionnel. Ces définitions ne sont pas mutuellement exclusives mais plutôt complémentaires.

### 1.2.1 Définitions statiques du burnout

La définition la plus souvent citée est celle de Maslach et Jackson (1986, p. 1) qui définissent le burnout comme "un syndrome d'épuisement émotionnel, de dépersonnalisation et de diminution de l'accomplissement personnel".

Pour ces auteurs, le burnout est le résultat d'un stress chronique au travail qui n'a pas été correctement traité. De plus, cette définition permet de mettre en évidence les trois dimensions propres au burnout, elle est donc multidimensionnelle :

- ✓ *Epuisement émotionnel*: il peut être décrit comme de la fatigue, un manque d'énergie et peut se manifester tant au niveau physique qu'émotionnel ou cognitif (Shirom, Melamed, Toker, Berliner, & Shapira, 2005). Il correspond à la dimension centrale du burnout, mais malgré sa nécessité, il n'est pas suffisant (Maslach, Leiter, & Schaufeli, 2009).
- ✓ *Dépersonnalisation* : c'est une réponse négative envers autrui. Elle fait référence aux perceptions impersonnelles et déshumanisantes qu'une personne en burnout peut avoir envers le client (étudiant, client, délinquant, etc.). La dépersonnalisation peut également se caractériser par de l'irritabilité, une perte d'idéalisme ainsi qu'une attitude de retrait (Maslach, et al., 2009)
- ✓ *Diminution de l'accomplissement personnel* : c'est la tendance à évaluer son travail négativement : diminution du sentiment de compétence, de succès et/ou d'efficacité. Maslach, et al. (2009) ajoutent à cette dimension l'humeur dépressive, la diminution de l'estime personnelle, la baisse de moral ainsi que l'incapacité de gestion.

Si l'on considère le burnout en dehors des professions de service, l'épuisement émotionnel correspond alors à la fatigue, la dépersonnalisation correspond au cynisme et la diminution de l'accomplissement personnel fait référence tant aux aspects sociaux que non sociaux de l'accomplissement au travail (Maslach et al., 1996, cités dans Schaufeli & Buunk, 2003).

Quant à Pines & Aronson (1988), ils étendent la définition aux symptômes physiques du burnout et donc à un épuisement non seulement mental mais également physique qui est causé par un investissement émotionnel dans les situations de travail.

Même si elle est moins connue, la définition de Brill (1984, cité dans Schaufeli & Buunk, 2003) reste pertinente par son degré de précision. Selon cet auteur, le burnout se présente chez un individu qui ne montre pas de psychopathologie majeure. Il le définit comme un état d'esprit lié au travail qui a fonctionné à un moment donné mais qui devient dysfonctionnel à présent car cet état d'esprit ne peut plus fonctionner adéquatement sans une aide extérieure.

### Synthèse:

Même si chacune de ces définitions a ses spécificités, un certain nombre de points communs peuvent être mis en évidence (Maslach, et al., 2009; Schaufeli & Buunk, 2003):

- ✓ Le burnout apparaît à un niveau individuel, chez des personnes dites "normales".
- ✓ Les symptômes dysphoriques<sup>1</sup> dominent, l'épuisement émotionnel est la dimension centrale, viennent ensuite la fatigue et la dépression.
- ✓ L'accent est mis sur les symptômes mentaux et comportementaux plutôt que sur les symptômes physiques.
- ✓ Il s'agit d'une expérience individuelle négative qui comprend des sentiments, des attitudes, des motivations et des attentes.
- ✓ Le burnout est considéré comme étant en lien avec le travail.

### 1.2.2 Le Burnout comme un processus dynamique

Cherniss (1980a, cité dans Schaufeli & Buunk, 2003) est le premier à donner une définition du burnout en tant que processus dans lequel les comportements et les attitudes professionnelles changent de manière négative en réponse au stress lié au travail. Cette définition permet de mettre en évidence le burnout comme étant un processus en trois étapes:

- ✓ Déséquilibre entre les ressources et les demandes
- ✓ Tensions émotionnelles, fatigue et épuisement

---

<sup>1</sup> La dysphorie correspond à une perturbation de l'humeur caractérisée par un sentiment de tristesse, d'anxiété, de tension, d'irritabilité.



- ✓ Changements dans les attitudes et comportements, tendance à considérer autrui de manière mécanique et détachée, préoccupation cynique avec une satisfaction des besoins personnels (stratégie d'adaptation).

Quant à Edelwich et Brodsky (1980, cités dans Schaufeli & Buunk, 2003), ils insistent sur l'aspect graduel du développement du burnout dans les professions d'aide. Selon eux, il s'agit d'une perte progressive d'énergie et d'idéalisme en raison du vécu des conditions de travail.

### Synthèse:

Dans les définitions considérant le burnout comme un processus, on peut remarquer que (Schaufeli & Buunk, 2003):

- ✓ Le burnout démarre avec le stress résultant du déséquilibre entre les attentes individuelles et la réalité de tous les jours au travail.
- ✓ Le niveau de stress ressenti peut ne pas être conscient pendant longtemps.
- ✓ L'individu commence à se sentir épuisé émotionnellement et commence à changer ses attitudes envers le travail et ses collègues, et ce, de manière graduelle.
- ✓ La manière dont chacun traite ce stress initial est cruciale pour le développement éventuel du burnout.

### 1.2.3 Concept uni ou tridimensionnel?

Dans la littérature, il y a toujours eu débat sur la conceptualisation du burnout et son évaluation. Le thème qui alimente particulièrement les discussions se situe au niveau du caractère uni ou tridimensionnel du concept de burnout.

Certains problèmes sont liés à ce débat comme par exemple, l'utilisation d'outils multidimensionnels pour évaluer et diagnostiquer le burnout. Selon Maslach, et al. (2009), les trois dimensions du burnout évaluées par l'outil MBI (Maslach Burnout Inventory) ont toujours été considérées comme trois dimensions distinctes. Il n'existe pas de théories qui expliquent a priori comment ces différents scores peuvent être combinés pour ne donner qu'un seul score global. En utilisant un score unique pour les trois dimensions, le risque est alors de masquer d'importantes variations dans les trois dimensions. La balance pencherait alors davantage vers l'explication tridimensionnelle.

Il reste le challenge de pouvoir développer un outil unidimensionnel qui permette d'évaluer toutes les facettes du burnout, comme le réclament les médecins qui sont confrontés au fait de devoir poser un diagnostic face au patient.

Certains auteurs comme Pines et Aronson (1988) ont une approche qui tend à réduire le burnout à la dimension d'épuisement. En effet, toutes les théories sur le burnout considèrent l'épuisement comme sa dimension centrale. L'épuisement est considéré comme un appauvrissement important des ressources émotionnelles et physiques.

Certains distinguent tout de même différents aspects de l'épuisement dans leur théorie: une composante physique et une autre psychologique (Kristensen, Borritz, Villadsen, & Christensen, 2005) ou encore trois composantes avec un épuisement physique, émotionnel et mental (Pines & Aronson, 1988).

Si la dimension d'épuisement est importante, elle n'est cependant pas suffisante. En effet, l'épuisement seul n'explique pas la relation que les personnes ont avec leur travail. L'épuisement pousse les personnes à se distancier physiquement et mentalement des situations qui sont vécues comme stressantes. Ceci montre donc l'importance de la seconde dimension du burnout, la dépersonnalisation ou le cynisme, pour expliquer le phénomène de burnout (Maslach, et al., 2009).

Bien que les deux premières dimensions aient été décrites comme deux composantes liées et inséparables du burnout (Schaufeli & Taris, 2005), l'importance de la troisième dimension, la diminution du sentiment d'efficacité, est plus controversée. En effet, plusieurs critiques sont émises par rapport à cette dimension.

Tout d'abord d'un point de vue empirique, la diminution du sentiment d'efficacité est peu corrélée avec les deux autres dimensions. Ensuite, d'un point de vue conceptuel, le sentiment d'efficacité est vu davantage comme un trait de personnalité. Et enfin, d'un point de vue clinique, l'épuisement et le cynisme apparaissent souvent tandis que la troisième dimension apparaît moins fréquemment (Breso, Salanova, & Schaufeli, 2007; Schaufeli & Enzmann, 1998).

Selon Maslach, Leiter et Schaufeli (2009), le sentiment d'inefficacité peut se développer suite à l'épuisement et au cynisme des personnes face à leur travail, tout comme il peut se développer parallèlement aux deux autres dimensions. Il semblerait que cette diminution du sentiment d'efficacité soit davantage liée à un manque de ressources, tandis que l'épuisement et le cynisme proviendraient de la présence de contraintes telles que la charge de travail et les conflits sociaux. En tout cas, les travailleurs ayant perdu leur sentiment d'efficacité souffrent probablement plus que ceux qui ont gardé cette confiance en leurs capacités.

Une étude de Breso, et al. (2007) a contribué à éclaircir l'importance de cette troisième dimension pour expliquer le phénomène de burnout. Ces auteurs ont utilisé une échelle évaluant le sentiment d'inefficacité (avec des items formulés négativement) plutôt qu'une diminution du sentiment d'efficacité (avec des items formulés positivement). Les résultats suggèrent que cette dimension d'inefficacité permet bien d'expliquer le burnout. De plus, le

fait d'évaluer l'inefficacité permet de mieux cerner la " vraie" signification du burnout. Il serait donc préférable d'utiliser une échelle d'inefficacité pour évaluer ce phénomène à l'avenir.

#### 1.2.4 Définitions synthétiques du burnout

Malgré la diversité des définitions identifiées dans la littérature, certaines semblent recevoir plus d'unanimité et sont considérées comme des définitions "synthétiques" du burnout. Parmi celles-ci, nous pouvons citer:

- ✓ Selon Schaufeli & Enzmann (1988, p.36 cités dans Schaufeli & Buunk, 2003), "le burnout est un état d'esprit négatif persistant lié au travail, chez des individus "normaux", qui est caractérisé par de l'épuisement, un sentiment d'inefficacité, une démotivation et des comportements dysfonctionnels au travail. Cet état d'esprit n'est souvent pas remarqué par le travailleur pendant un long moment. Il résulte d'une différence entre les intentions et la réalité du travail. Souvent, les travailleurs entretiennent cet état d'esprit par des stratégies d'adaptation qui sont inefficaces".
- ✓ Selon Perlman & Hartman (1982, cités dans Schaufeli & Buunk, 2003), le burnout est une réponse à un stress émotionnel chronique avec trois composantes : un épuisement émotionnel et/ou physique, une productivité diminuée et un sentiment de dépersonnalisation.

### **1.3 Causes et origines du Burnout**

---

#### 1.3.1 Facteurs situationnels

##### ***1.3.1.1 Caractéristiques organisationnelles***

Les recherches sur le burnout se sont d'abord centrées sur le contexte de travail immédiat. Cependant, le travail prend place dans un environnement plus large qui est le contexte organisationnel.

Ce contexte a une forte influence sur le vécu des travailleurs et donc sur le burnout qu'ils ressentent. Ces caractéristiques peuvent être, par exemple, (Maslach, Schaufeli, & Leiter, 2001):

- ✓ La hiérarchie
- ✓ Les règles organisationnelles
- ✓ Les ressources comme le support social par exemple
- ✓ L'environnement du poste de travail
- ✓ Les changements organisationnels (fusions, faillites,...)
- ✓ Le manque d'opportunités de carrières

- ✓ Le manque de sécurité d'emploi
- ✓ Les pratiques de flexibilité
- ✓ ...

Aujourd'hui, il est demandé aux travailleurs de consacrer beaucoup de temps au travail et d'être de plus en plus flexible tandis qu'ils reçoivent moins en terme d'opportunité de carrière et de sécurité d'emploi notamment. La notion de réciprocité est atteinte ce qui peut engendrer un moindre bien-être des travailleurs.

Les valeurs implicites de l'organisation ont également toute leur importance car elles influencent les relations émotionnelles et cognitives que les travailleurs développent par rapport à l'entreprise. Ces facteurs sont particulièrement importants quand ils violent les règles d'équité et de justice ressenties par le travailleur.

Nous pouvons faire le parallèle avec le concept de « justice organisationnelle » qui se centre sur les perceptions d'équité sur le lieu de travail (Greenberg ,1987, cité dans Byrne & Cropanzano, 2001). Il a été montré que la justice organisationnelle était prédictive de nombreuses attitudes et comportements au travail comme par exemple le sentiment d'efficacité (Gilliland & Chan, 2001). Lorsque les perceptions d'équité sont négatives cela peut mener à un moindre bien-être des travailleurs et à davantage de burnout.

### **1.3.1.2 Caractéristiques propres au travail**

Schaufeli et Buunk (2003) distinguent différentes demandes et ressources liées au travail qui influencent le burnout. Selon le Job Demands-Resources Model (Bakker & Demerouti, 2007), les demandes épuisent les ressources des travailleurs et donc augmentent le burnout, tandis que les ressources diminuent le sentiment d'épuisement.

Certaines demandes quantitatives influencent négativement le burnout :

- ✓ *La charge de travail* : prester un nombre important d'heures par semaine augmente le burnout. Celui-ci peut constituer une réponse à la surcharge de travail.
- ✓ *La pression du temps* est également en lien avec la dimension d'épuisement émotionnel, 25% de la variance de l'épuisement est expliquée par cette caractéristique (Lee & Ashforth ,1996, cités dans Schaufeli & Buunk, 2003).

D'autres demandes davantage qualitatives influencent également négativement le burnout :

- ✓ *L'ambiguïté de rôle* apparait lorsque les informations adéquates ne sont pas disponibles pour réaliser correctement le travail. Cette ambiguïté explique 14% de la variance de l'épuisement professionnel, 8% pour la dépersonnalisation et 10% de la diminution de l'accomplissement personnel (Pfenning et Hüscher,1994, cités dans Schaufeli & Buunk, 2003).

- ✓ *Les conflits de rôle* apparaissent lorsque les travailleurs sont confrontés à des demandes qui entrent en contradiction. Une étude de Pfenning et Hüscher (1994, cités dans Schaufeli & Buunk, 2003) montre que 24% de la variance de l'épuisement émotionnel est expliqué par les conflits de rôle, 13% pour la dépersonnalisation et seulement 2 % pour la diminution de l'accomplissement personnel.
- ✓ *Les demandes liées au client* comme par exemple, la fréquence des contacts avec les clients ou avec des patients chroniques ou en phase finale de la maladie, semblent être moins corrélés avec le burnout que la charge de travail, la pression temporelle et le manque de feedback (Schaufeli & Enzmann, 1998). Mais le fait d'avoir des contacts directs et d'être confronté à de graves problèmes avec le client est corrélé positivement avec le burnout.

Certaines ressources ont une relation négative avec le burnout (Schaufeli & Buunk, 2003):

- ✓ *Le support social* : les employés bénéficiant d'un meilleur support de leur hiérarchie et/ou des collègues ont une meilleure habilité à gérer les demandes au travail. Le support social joue donc un rôle modérateur entre les stressors liés au travail et le burnout.
- ✓ *Le feedback sur le travail* est important pour l'atteinte des objectifs. Le feedback est donc négativement corrélé aux trois dimensions du burnout.
- ✓ *Le sentiment de contrôle sur le travail et l'autonomie* permettent à l'individu de mieux résister au stress, d'être moins affecté par le burnout, de maintenir un bon niveau de satisfaction et d'implication au travail (Gilibert & Daloz, 2008). Le burnout semble plus faible lorsque les personnes ont l'occasion de participer aux décisions et lorsqu'elles disposent d'autonomie.

Le LOC (Locus Of Control) peut être perçu comme une caractéristique psychologique d'adaptation essentielle pour faire face au stress et burnout (Moore, 2000 cité par Gilibert & Daloz, 2008).

### **1.3.1.3 Caractéristiques de la profession**

A priori, le burnout était associé aux professions liées aux secteurs du service et de l'éducation. Il s'agissait de métiers dont l'activité principale est liée à la relation humaine, comme les médecins, les infirmières ou les professeurs par exemple. La particularité de ces métiers réside dans la forte implication émotionnelle avec d'autres personnes. En effet, les facteurs émotionnels jouent un rôle dans le développement du burnout, et ce plus que les stressors liés au travail (Maslach, et al., 2001).

Par la suite, les recherches se sont étendues aux différents secteurs et métiers où les travailleurs sont en contact avec des personnes et même certaines professions où les contacts sont moins importants (Maslach, et al., 2001).

Selon Schaufeli et Taris (2005), il n'y a pas de raison que le burnout soit limité au secteur des services humains. Le cœur de la structure du burnout, à savoir l'épuisement et l'isolement, est le même quel que soit le secteur étudié. Dans les professions liées aux services humains, l'épuisement résulte des efforts investis dans les relations interpersonnelles. Tandis que dans les autres professions, l'épuisement et le cynisme sont davantage liés au travail en général.

Schaufeli et Enzmann (1998) ont établi certains profils de professions spécifiques associés aux différentes dimensions du burnout. Pour donner quelques exemples :

- ✓ *L'épuisement professionnel* est clairement plus élevé chez les professeurs. Les services sociaux et les médecins montrent un épuisement intermédiaire. Enfin, les travailleurs des centres de santé mentale et ceux de l'éducation post secondaire ont le niveau le plus faible d'épuisement émotionnel.
- ✓ *Le cynisme et le sentiment d'inefficacité* est plus importants pour les travailleurs des forces de l'ordre comme les policiers ou les gardiens de prison. Les médecins ont un cynisme moins important mais un plus grand sentiment d'inefficacité.

Ce type de profils montre que différentes dimensions du burnout sont vécues plus ou moins intensément selon les caractéristiques de la profession. Toutefois, il faut être prudent car d'autres facteurs entrent également en jeu. Certaines professions sont plus hétérogènes que d'autres, ce qui peut masquer certaines différences entre les métiers.

Kristensen, et al. (2005) veulent étendre le burnout au-delà du travail. Cependant, selon Schaufeli et Taris (2005), un nouveau terme devrait alors être introduit pour couvrir le concept plus général de fatigue. En effet, pour ces auteurs, le burnout peut être appliqué à des activités au-delà du contexte de travail qui, dans une perspective psychologique, sont semblables au travail. Ces activités doivent être structurées, de nature coercitive et dirigées vers un but spécifique. Un exemple peut-être l'activité d'étudiant (Schaufeli, Martinez, Pinto, Salanova, & Bakker, 2002). En effet, la nature structurée et coercitive de l'activité est soutenue par le fait de devoir aller en classe dans le but ultime d'obtenir un diplôme.

Il faut toutefois rester prudent car de manière générale, la littérature s'accorde pour dire que le burnout est un phénomène lié au travail.

### 1.3.2 Facteurs individuels

La plupart des recherches suggèrent que les caractéristiques de l'environnement de travail sont davantage liées au burnout que les caractéristiques individuelles comme la personnalité ou des variables démographiques (Schaufeli & Enzmann, 1998; Shirom, 2005). Cependant, ces facteurs ne sont pas à négliger lorsque les causes du burnout sont abordées.

#### **1.3.2.1 Variables démographiques**

Maslach, et al. (2001) distinguent l'impact de différentes variables démographiques telles que l'âge, le genre, le statut marital ou l'éducation.

L'âge est la variable démographique qui est la plus liée au burnout. Ce phénomène serait davantage présent chez les plus jeunes travailleurs et ceux qui ont dès lors moins d'expérience professionnelle. Il faut toutefois être attentif aux biais méthodologiques. En effet, ceux qui expérimentent le burnout tôt dans leur carrière sont amenés à quitter plus rapidement leur travail. Les travailleurs plus « âgés » peuvent être vus comme des « survivants ». Ce phénomène est également appelé « healthy worker effect » (Schaufeli & Buunk, 2003; Shah, 2009).

Le genre ne semble pas être un prédicteur important du burnout. Certaines études montrent une tendance à ressentir plus de burnout pour les hommes et d'autres pour les femmes. D'autres recherches montrent que les hommes auraient tendance à se montrer plus cyniques et que les femmes ressentiraient plus d'épuisement. Il est également possible que les femmes consultent davantage les professionnels de la santé et qu'elles se plaignent de problèmes de santé davantage que les hommes.

Au niveau du statut marital, les personnes célibataires, et plus spécialement les hommes, sont plus enclins à souffrir de burnout par rapport aux personnes mariées ou divorcées. En effet, le support social du partenaire peut diminuer les effets du burnout (Schaufeli & Buunk, 2003).

Les personnes qui ont une éducation plus élevée semblent être davantage sensibles au burnout. Plusieurs hypothèses peuvent être mises en avant : ces personnes peuvent occuper des postes à plus grosses responsabilités et donc des postes plus stressants, ou ce sont peut-être des personnes qui ont plus d'attentes par rapport à leur travail (Maslach, et al., 2001).

Enfin, il faut souligner que le genre et le niveau d'éducation se confondent généralement avec le type d'occupation. Ainsi, Schaufeli et Buunk (2003) rapportent des études montrant qu'il n'y a pas de différence dans le niveau de burnout entre les hommes et les femmes lorsque les revenus, le statut et le degré d'autorité au travail sont contrôlés.

### **1.3.2.2 Personnalité**

Il existe un profil de personnalité plus susceptible d'être confronté au burnout. Ce sont des personnes ayant (Maslach, et al., 2001; Schaufeli & Buunk, 2003):

- ✓ peu de « résistance » dans le travail (cette résistance se traduisant par une implication dans le travail, un sentiment de contrôle, et une ouverture au changement),
- ✓ un locus de control externe (qui se traduit par une attribution des événements à la chance ou à des causes externes à l'individu),
- ✓ des stratégies d'adaptation aux situations stressantes évitantes ou passives plutôt que combatives ou actives,
- ✓ une faible estime d'elles-mêmes.

Le burnout est lié également à certaines dimensions de différents modèles de personnalité.

Le neuroticisme (modèle des « *Big Five* ») qui correspond à une personnalité anxieuse, hostile et dépressive, est lié à toutes les dimensions du burnout. Ces personnes sont souvent émotionnellement instables (Swider & Zimmerman, 2010)

Les personnes ayant des comportements de type A (compétitivité, besoin de contrôle, vivre sous la pression du temps), ainsi que les personnes se basant plutôt sur le feeling que la réflexion pour agir, sont des types de personnalités qui sont également plus susceptibles d'être touchées par le burnout (Maslach, et al., 2001).

Enfin à un niveau plus biologique, les facteurs génétiques ne semblent pas être importants pour expliquer le burnout (Shirom, 2005).

### **1.3.2.3 Attitudes envers le travail**

Un exemple des attitudes que l'individu peut développer envers son travail peut être l'engagement.

Maslach et Leiter (1997, cités dans Schaufeli, Salanova, Gonzalez-Roma, & Bakker, 2002) définissent l'engagement comme étant à l'opposé des trois dimensions du burnout car correspondant à de l'énergie, de l'implication et de l'efficacité. Selon leur point de vue, un score bas sur les dimensions du MBI signifie que la personne est fortement engagée dans son travail.

D'autres auteurs (Schaufeli, Salanova, et al., 2002) préfèrent considérer l'engagement comme un concept distinct du burnout. Ils définissent l'engagement au travail comme un état d'esprit positif lié au travail, caractérisé par de la vigueur (haut niveau d'énergie et de



volonté), du dévouement (fierté, inspiration et enthousiasme) et une forte absorption dans le travail (impossibilité à se détacher du travail).

Bien que burnout et engagement soient considérés comme distincts, ils sont définis comme des opposés. Ces auteurs ont donc testé dans différentes études si les dimensions du burnout et de l'engagement étaient bien corrélées négativement et de manière significative (Schaufeli, Martinez, et al., 2002; Schaufeli, Salanova, et al., 2002). Les résultats ont montré que les concepts d'engagement et de burnout sont dans une certaine mesure des opposés. Cependant, ces études ont également montré que la dimension d'efficacité est davantage une composante de l'engagement qu'une composante du burnout. Il y aurait donc d'un côté le cœur du burnout (épuiement et cynisme) et à l'opposé l'engagement (vigueur, dévouement, absorption et efficacité), ce qui indiquerait qu'une personne fortement engagée dans son travail serait moins susceptible d'être atteinte de burnout.

D'autre part, certaines personnes ont des attentes importantes envers leur travail. Ces attentes peuvent aussi bien concerner la nature du travail (est-ce que le travail est intéressant, stimulant ?) que la performance au travail (avoir une promotion, réussir à atteindre ses buts). Certaines études ont montré que si ces attentes étaient peu réalistes, elles pouvaient mener à du burnout. En effet, les personnes vont travailler durement sans pour autant obtenir les résultats attendus, ce qui peut provoquer de l'épuisement et un détachement par rapport au travail (Maslach, et al., 2001).

Cependant, une étude longitudinale rapportée par Schaufeli & Buunk (2003) montre une relation négative entre le caractère optimiste et idéaliste des travailleurs et le burnout. Les travailleurs qui ont une vision optimiste et idéaliste de leur travail sont moins affectés par le burnout lorsque celui-ci est évalué dans un deuxième temps après un an de suivi. Il faudrait d'autres études longitudinales avec des mesures répétées des phénomènes pour pouvoir éclairer ce point.

### 1.3.3 Intégration des facteurs situationnels et individuels

Nous avons relevé les facteurs situationnels et individuels qui peuvent être à l'origine du burnout. Mais pour expliquer ce phénomène, il est important que ces deux types de facteurs soient intégrés dans un cadre théorique.

Maslach et Leiter (1997, cités dans Maslach, 2010; Maslach, et al., 2001) ont élaboré un modèle qui se focalise sur le degré d'adéquation entre la personne et six domaines de son environnement de travail. Plus cette correspondance est faible, plus il y a de chances que la personne soit en burnout. Selon les auteurs, cela s'apparente à un « contrat psychologique » entre la personne et son travail.

Les six dimensions interagissent et englobent une bonne partie des antécédents du burnout:

- ✓ *La charge de travail* : l'inadéquation résulte d'un écart entre les exigences du travail et l'énergie de l'individu ou ses compétences pour y répondre. Une surcharge de travail est plus susceptible de provoquer du burnout qu'une sous-charge de travail.
- ✓ *Le contrôle* : l'inadaptation naît d'un contrôle insuffisant sur les ressources pour pouvoir réaliser le travail correctement.
- ✓ *Les récompenses* : l'écart se situe entre le travail délivré et les récompenses obtenues en termes de salaire ou de reconnaissance notamment.
- ✓ *La communauté* : l'inadéquation provient de la perte du lien avec les autres personnes sur le lieu de travail (isolement ou conflit).
- ✓ *L'équité* : l'inadaptation apparaît lorsque les personnes perçoivent une injustice sur le lieu de travail (au niveau du salaire ou de la charge de travail par exemple).
- ✓ *Les valeurs* : l'inadéquation est alors liée à un conflit entre les valeurs de la personne et celles véhiculées dans l'environnement de travail (par exemple, être contraint de faire une tâche qu'on ne juge pas éthique).

La manière dont les six dimensions interagissent n'est pas encore claire. Il semblerait que les valeurs jouent un rôle central par rapport aux autres dimensions. Le poids des différentes dimensions varie également selon les individus (Maslach, Schaufeli & Leiter, 2001 ; Maslach, 2010).

## **1.4 Les manifestations du burnout**

---

Attention, ici encore, le consensus ne règne pas. En effet, une centaine de symptômes et conséquences possibles du burnout ont été répertoriés. Mais comment différencier les symptômes des conséquences ? Dans les études empiriques, la distinction semble arbitraire. Nous préférons alors, tout comme Schaufeli & Buunk (2003), parler des manifestations du burnout qui recouvrent à la fois les symptômes et les conséquences.

Selon Schaufeli & Buunk (2003), la classification de ces manifestations peut s'effectuer en 5 catégories : affectives, cognitives, physiques, comportementales et motivationnelles.

### **1.4.1 Manifestations physiques**

Le burnout semble pouvoir être identifié principalement sur base de manifestations mentales et comportementales, c'est pourquoi nous ne développerons que de manière succincte les manifestations physiques (Maslach, et al., 2001).

#### **1.4.1.1 Plaintes neurovégétatives /fonctionnelles**

Un ensemble de plaintes que nous avons regroupées sous la catégorie « plaintes neurovégétatives et fonctionnelles » peuvent être liées au burnout. Parmi celles-ci nous pouvons citer les troubles cardiovasculaires et respiratoires (Honkonen, et al., 2006). Cependant, malgré que la pratique clinique montre des liens entre le burnout et ce type de plaintes, peu d'études empiriques mettent en exergue ce lien de manière significative (Schaufeli & Buunk,2003).

#### **1.4.1.2 Fatigue**

Selon Leone, Huibers, Knottnerus, & Kant (2007), le burnout et la fatigue prolongée peuvent apparaître aussi bien séparément que simultanément. Ces deux concepts se différencient par leurs origines bien distinctes : l'origine de la fatigue prolongée est médicale alors que l'origine du burnout se situe à un niveau plus psychologique. Une autre différence majeure réside dans le fait que le burnout a un lien direct avec le travail alors que les déterminants de la fatigue prolongée sont plus généraux.

Malgré ces différences que nous pouvons qualifier d'importantes , les deux concepts restent très proches, partageant un certain nombre symptômes et de conséquences.

#### **1.4.1.3 Baisse d'énergie**

Selon Shirom (2005), beaucoup d'études mettent en évidence un lien évident entre le burnout et la baisse d'énergie et ce, tant au niveau physique qu'émotionnel. Cependant, ce symptôme fait partie des 9 critères de diagnostic de la dépression majeure et n'est donc pas typique du burnout, même s'il en constitue une des composantes principales. Cette baisse d'énergie est, selon certains auteurs associée à la dimension d'épuisement (Schaufeli & Taris, 2005).

#### **1.4.1.4 Troubles du sommeil**

Des études basées sur des échelles d'auto-évaluation tendent à démontrer que les personnes ayant un niveau élevé de burnout souffrent de troubles du sommeil. Les études évaluant la qualité du sommeil mettent en évidence des différences significatives entre les personnes qui ont un niveau haut, moyen et faible de burnout en terme de tension à l'heure du coucher, de difficultés à s'endormir, de fatigue lors du réveil ainsi qu'au niveau de la qualité du sommeil de manière générale. Quant aux symptômes d'insomnie, ils sont prévalents chez les personnes ayant un haut niveau de burnout (Vela-Bueno, et al., 2008).

#### **1.4.1.5 Cortisol**

Le burnout est souvent considéré comme la conséquence d'un stress chronique. Le cortisol, hormone dont la production est augmentée sous l'effet du stress, a suscité maintes études mais ses relations avec le burnout ne semblent pas évidentes. En effet, certains auteurs (Melamed, et al., 1999, cités dans Mommersteeg, Heijnen, Verbraak, & van Doornen, 2006)

prétendent que le cortisol est plus élevé chez les personnes atteintes du burnout, alors que d'autres observent l'inverse (Pruessner, et al., 1999, cités dans Mommersteeg, et al., 2006). D'autres encore trouvent des résultats inconsistants (Vela-Bueno, A., 2008).

## 1.4.2 Manifestations cognitives et affectives

### **1.4.2.1 Humeur dépressive**

Une distinction entre le burnout et la dépression a pu être établie de manière empirique dans de multiples études utilisant le MBI et diverses mesures de la dépression (Bakker, et al. 2000, Glass & McKnight, 1996, Leiter & Durup, 1994 cités par Maslach, et al., 2009). Ces études précisent que le burnout est lié au travail alors que la dépression peut s'étendre à tous les domaines de la vie d'une personne. Une autre distinction majeure entre les deux concepts est la diminution du sentiment de supériorité et la perception d'une perte de statut chez les personnes en dépression.

En d'autres mots, lorsque le burnout est accompagné d'une diminution du sentiment de supériorité, les symptômes propres à la dépression que l'on trouve dans le DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994) vont faire leur apparition : incapacité de retirer du plaisir des activités, perte ou prise de poids, insomnie ou hypersomnie, ralentissement ou agitation psychomotrice, fatigue ou perte d'énergie, culpabilité, incapacité de se concentrer, pensée suicidaire (Brenninkmeyer, Van Yperen, & Buunk, 2001). Nous pouvons ajouter l'étude récente de Suls et Bunde (2005) qui concluent que les symptômes tels que la tristesse, la culpabilité, le désespoir, le sentiment d'être bon à rien, ne sont pas présents chez les personnes en burnout alors qu'ils caractérisent les personnes en dépression. Dans leur conclusion, les auteurs expliquent que l'épuisement émotionnel, caractéristique principale du burnout, n'est pas corrélé de manière significative avec le sentiment de supériorité qui peut être ressenti. Hallsten (1993, cité dans Maslach, et al., 2009) quant à lui va jusqu'à considérer le burnout comme une des voies pouvant mener à la dépression. Enfin, les pensées suicidaires sont relativement rares chez les personnes en burnout.

Nous reviendrons plus longuement sur cette distinction plus tard (chapitre 1.7.3).

### **1.4.2.2 Anxiété, Frustration et Irritabilité**

Kahill (1988, cité dans Schaufeli et Buunk, 2003) met l'accent sur des manifestations du burnout liées à l'anxiété et à l'agressivité. La personne en burnout est très sensible de manière générale. Elle se montre irritable, supporte peu la frustration et se comporte de manière hostile envers autrui.

#### **1.4.2.3 Diminution de la concentration et de la mémoire**

Schaufeli et Buunk (2003) parlent également de certaines habilités cognitives particulières telle que la mémoire et la concentration qui deviendraient plus rigides, plus schématiques et plus détachées chez les personnes en burnout.

#### **1.4.2.4 Diminution du sentiment de compétence**

L'une des trois dimensions du burnout décrites par Maslach et Jackson (1986) est la diminution de l'accomplissement personnel. Cette diminution s'accompagne d'un plus faible sentiment de compétence par rapport au travail. Les personnes en burnout ont le sentiment qu'elle n'ont aucun pouvoir sur la situation. Un sentiment d'échec ou d'insuffisance par rapport au travail apparaît également chez ces personnes (Schaufeli et Buunk, 2003).

#### **1.4.2.5 Baisse de l'estime personnelle**

Sur base d'une méta-analyse de 500 études de recherche, Faragher et al. (2005, cités par Gilibert & Daloz, 2008) démontrent un lien entre l'insatisfaction au travail et la faible estime personnelle, ainsi qu'entre l'insatisfaction et l'anxiété d'une part, et la dépression d'autre part. Cela permet donc d'établir un lien entre le burnout et le changement d'estime de soi, tant au niveau professionnel qu'à un niveau plus général. La faible estime de soi associée au burnout concerne non seulement le secteur professionnel mais également la sphère sociale et familiale.

#### **1.4.2.6 Baisse de motivation**

Lorsqu'une personne est en burnout, la motivation intrinsèque semble disparaître : il y a une perte d'enthousiasme, d'intérêt et d'idéalisme (Maslach, 1976).

A un niveau interpersonnel, cette diminution de la motivation se manifeste par la perte de l'intérêt porté aux autres, l'indifférence et le découragement (Pines & Maslach, 1978, cités dans Schaufeli et Buunk, 2003). Cette perte d'investissement envers le client est illustrée par le « John Wayne Syndrome » : il a été mis en évidence chez des policiers présentant un niveau faible voire inapproprié de motivation, en contraste avec leur idéalisme et dynamisme de départ.

#### **1.4.2.7 Baisse d'idéalisme**

Cela peut se manifester notamment envers l'organisation : les personnes en burnout ne se sentent plus concernées ni par l'entreprise, ni par leurs collègues ou leurs clients. Elles deviennent hyper critiques et en viennent à se méfier de leur employeur, etc. (Schaufeli & Buunk, 2003). Schaufeli et Enzman (1998) ont montré que plus l'implication organisationnelle diminuait plus le sentiment d'épuisement émotionnel et de dépersonnalisation était important.

### 1.4.3 Manifestations comportementales

#### **1.4.3.1 Agressivité**

Comme nous l'avons déjà mentionné, des comportements hostiles envers autrui peuvent se développer suite à une intolérance à la frustration, à une sensibilité exacerbée et à une irritabilité marquée chez les personnes en burnout (Kahill, 1988, cité dans Schaufeli et Buunk, 2003).

#### **1.4.3.2 Isolement**

Cette dimension a particulièrement été mise en avant par Kristensen, et al. (2005) selon qui le burnout est une forme de fatigue liée au travail, caractérisée par de l'épuisement et de l'isolement.

Pour la fatigue dite « normale », l'isolement est un mécanisme de protection permettant de récupérer et donc de réduire la fatigue. Concernant la fatigue chronique, ce mécanisme est dit dysfonctionnel car il devient routinier pour la personne et diminue sa motivation. Lorsque l'isolement entre dans la sphère professionnelle en tant que réponse à un problème, on l'appelle burnout (Meijman & Schaufeli, 1996, cités dans Schaufeli & Taris, 2005).

Pour Schaufeli et Taris (2005), l'épuisement et l'isolement constituent donc deux parties inséparables du phénomène de burnout.

#### **1.4.3.3 Changement d'attitude envers autrui**

Une des caractéristiques du burnout est la diminution de l'implication envers le client. Cela se manifeste par une perception cynique et déshumanisante caractérisée par du négativisme, du pessimisme, une diminution de l'empathie ainsi qu'une augmentation des stéréotypes envers le client (Maslach, 1982b, cité dans Schaufeli et Buunk, 2003).

#### **1.4.3.4 Baisse de la performance et de l'efficacité**

L'une des trois dimensions fondamentales du burnout, la diminution de l'efficacité professionnelle, peut être considérée comme un précurseur s'il s'agit d'un manque de ressources personnelles. Cependant, il peut s'agir d'une conséquence du burnout si cette diminution résulte d'une mauvaise auto-évaluation (Taris, Le Blanc, Schaufeli, & Schreurs, 2005). Selon Maslach, et al. (2001), pour les travailleurs qui restent actifs, le burnout mène à une productivité et une efficacité moindres au travail.

#### **1.4.3.5 Intention de quitter**

Sur base d'une méta-analyse reprenant 15 études, Schaufeli et Enzmann (1998) ont pu mettre en évidence que l'intention de quitter est corrélée positivement avec les trois dimensions du burnout.

### **1.4.3.6 Absentéisme**

L'absentéisme, le turnover et la diminution des performances sont les manifestations du burnout les plus présentes d'un point de vue organisationnel. Schaufeli et Enzmann (1998) ont pu mettre en évidence que l'absentéisme était plus en lien avec la dimension d'épuisement émotionnel que les deux autres dimensions du burnout.

Malgré les pensées populaires qui supposent que le burnout cause l'absentéisme, nous nous rendons compte que son impact n'est que mineur. Le lien semble être plus évident avec l'intention de quitter, ce qui laisse penser qu'un certain nombre de personnes en burnout restent dans le milieu du travail mais de façon « involontaire » (Schaufeli & Buunk, 2003).

## **1.5 Outils d'évaluation**

---

### **1.5.1 MBI: Maslach Burnout Inventory (Maslach & Jackson, 1986)**

À l'heure actuelle, le MBI est l'échelle d'auto-évaluation la plus couramment utilisée. La version originale du MBI est connue sous le nom de MBI-HSS et comporte 22 items sur les comportements et attitudes envers le travail. Ces 22 items peuvent être décomposés en trois sous-échelles (les trois dimensions du burnout), à savoir : épuisement (9 items), dépersonnalisation (5 items), diminution de l'accomplissement personnel (8 items).

Cet outil existe en différentes versions afin de pouvoir être utilisé dans différents milieux :

- ✓ MBI HSS (Human Services Survey) : cette échelle a été initialement développée dans les secteurs de soins de santé et de bien-être en 1981.
- ✓ MBI ES ( Educational Setting): cette seconde version a été développée pour le secteur de l'éducation en 1986.
- ✓ MBI GS (General Survey) : cette échelle a été développée en 1996 pour les professions n'étant pas particulièrement orientées vers la personne.

Notons que cela ne signifie pas qu'il y a deux types de burnout, mais que celui-ci peut se manifester d'une part dans la relation avec les clients et d'autre part dans le travail en général.

Cependant certaines critiques peuvent être formulées à l'égard de cette échelle :

- ✓ Les trois composantes de ce modèle sont invariables à travers les nationalités, les versions et les professions mais certains auteurs prétendent que seules, les dimensions d'épuisement professionnel et de dépersonnalisation seraient plus adéquates. Une explication pouvant être donnée est que l'accomplissement personnel résulte moins de l'organisation que les deux autres dimensions. Cette dernière dimension du burnout est la moins importante, certains la voient comme

une caractéristique personnelle davantage lié à la personnalité et non comme une dimension du burnout (Breso, et al., 2007).

- ✓ Les sous-échelles du MBI reprennent des items qui sont formulés dans la même direction. Concrètement, pour l'épuisement émotionnel et la dépersonnalisation, les items sont formulés négativement alors que les items de la sous-échelle de l'accomplissement personnel sont formulés positivement. La corrélation entre l'accomplissement personnel et les deux autres dimensions augmente nettement quand tous les items sont formulés négativement.
- ✓ Enfin, le MBI ne reprend que les composantes affectives de l'épuisement émotionnel sans y inclure les aspects cognitifs et physiques comme le font certains auteurs (Pines & Aronson, 1988)

### 1.5.2 UBOS: Utrechtse Burn-out Schaal

Il s'agit de la version néerlandaise du MBI.

### 1.5.3 OLBI: Oldenburg Burnout Inventory (Demerouti, Bakker, Vardakou, & Kantas, 2003)

L'OLBI est basé sur un modèle similaire au MBI mais il ne prend pas en considération la sous-échelle de l'accomplissement personnel. Des items tant positifs que négatifs sont formulés pour les deux autres sous-échelles. Les recherches ont montré que cet équilibre apporte de meilleurs résultats. En outre, des composantes tant cognitives que physiques de l'épuisement émotionnel sont reprises dans l'OLBI, alors que le MBI ne considérerait que les aspects affectifs. Halbesleben & Demerouti (2005) ont mis en évidence la fiabilité, la validité factorielle et de construit de cette échelle en utilisant une matrice multi-traits multi-méthodes pour comparer le MBI-GS à l'OLBI.

### 1.5.4 BM: Burnout Measure (Pines & Aronson, 1988)

Instrument d'auto-diagnostic, le BM est le questionnaire le plus souvent utilisé après le MBI. Il permet d'évaluer le burnout quel que soit le type de profession exercé. Dans un premier temps, ces auteurs distinguent le burnout (résultat d'une pression émotionnelle prolongée, associée à un engagement intense et à long terme avec les personnes) de *l'ennui* ou *tedium* (résultat d'une pression chronique prolongée). Les symptômes sont similaires mais l'origine est différente. Ce n'est que dans un second temps qu'ils considèrent l'ennui comme faisant partie du burnout. Le BM permet donc de mesurer cette dimension, condition d'une extrême fatigue.

Les auteurs du BM définissent le burnout comme un construct tridimensionnel comprenant un épuisement physique, émotionnel, et mental résultant d'un investissement émotionnel



prolongé dans les situations de travail. Cependant, ils ont conçu leur questionnaire de manière *unidimensionnelle* avec un score unique pour le burnout.

Cette échelle comporte 21 items (échelle en 7 points de jamais à toujours) évaluant l'épuisement physique, émotionnel et mental. Il existe également une version courte comprenant 10 items: le BMS. La validité de construit de cet instrument a été démontrée (Schaufeli, Bakker, Hoogduin, Schaap, & Kladler, 2001) ainsi que sa fidélité (Pines, 1993; Pines & Aronson, 1988; Schaufeli & Van Dierendonck, 1993; Schaufeli & Enzmann, 1998).

### 1.5.5 CBI: Copenhagen Burnout Inventory (Kristensen, et al., 2005)

Le CBI comprend 19 items mesurant les 3 dimensions du burnout :

- ✓ Échelle personnelle du burnout : 6 items qui mesurent le degré de fatigue physique et psychologique ainsi que l'épuisement.
- ✓ Le burnout en lien avec le travail : 7 items mesurant le degré de fatigue physique et psychologique, en lien avec le travail.
- ✓ Le burnout en lien avec le client : 6 items mesurant le degré de fatigue physique et psychologique pour les personnes travaillant avec des clients.

Il a été construit pour faire face aux problèmes rencontrés par le MBI. Dans son étude, Kristensen met en évidence 6 raisons pour ne pas utiliser le MBI-HSS (Schaufeli & Taris, 2005). La principale critique est le manque de correspondance entre la mesure du burnout et sa définition. En d'autres mots, les trois dimensions du MBI devraient être mesurées indépendamment plutôt que de donner lieu à un score unique.

Kristensen étend le burnout aux différents secteurs professionnels, la structure de base du burnout étant la même : épuisement et isolement. Il maintient que le burnout est une forme de fatigue propre au travail, caractérisée par de l'épuisement (manque d'énergie) et par un retrait (manque de motivation). Ces deux éléments sont, selon lui, inséparables pour décrire le phénomène du burnout.

Le CBI est une échelle d'auto-évaluation fidèle et valide pour mesurer le burnout. Les résultats des études sur le stress au travail utilisant le MBI ou le CBI ne diffèrent pas fortement.

### 1.5.6 Outils spécifiques à différentes professions

Un certain nombre d'échelles spécifiques ont été mises au point pour mesurer le burnout. Schaufeli, Enzmann, & Girault (1993) en citent quelques unes :

- ✓ **TAS** (Teacher Attitude scale) : Farber (1984)

Version modifiée du MBI comprenant 25 items d'origine auxquels ont été ajoutés 40 items spécifiques pour les professeurs.

- ✓ **SBS – HP** (Staff Burnout Scale for Health Professionals) : Jones (1980)

Cette échelle comporte 30 items dont 20 sont propres au burnout et 10 détectent une certaine désirabilité sociale c'est-à-dire à une tendance à répondre selon ce que les autres attendent de nous. Elle étudie les réactions négatives envers les aspects cognitifs, affectifs, comportementaux et psychosociaux faisant partie du burnout. Même si cette échelle a été validée, les exemples d'études de validité semblent relativement rares.

- ✓ **MBA** (Meier Burnout Assessment) : Meier (1984)

Il s'agit d'une échelle comportant 23 items en vrai-faux. Elle est modérément corrélée avec le MBI ( $r = .79$ ). Les auteurs ont donné peu d'informations sur leur échelle.

- ✓ **ELBOS** (Emer-Luck Burnout Scale) : Emer, Luck, & Gohs (1982)

Échelle de 30 items

- ✓ **EDI** (Energy Depletion Index) : Garden (1987)

Cet auteur met l'accent sur la baisse d'énergie qui est, selon lui, la dimension du burnout pour laquelle il y a le plus d'accord.

Pour toutes ces échelles d'auto-évaluation, le burnout est considéré à un niveau individuel, elles évaluent la situation de travail, la perception individuelle de l'organisation ainsi que de ses employés.

D'autres instruments permettent d'évaluer d'une part, les aspects individuels et d'autre part, les aspects organisationnels du burnout (Schaufeli, et al., 1993). Parmi ceux-ci, nous pouvons citer :

- ✓ **NSS** (Nursing Stress Scale) : Gray-Toft & Anderson (1981)
- ✓ **TSI** (Teacher Stress Inventory) : Fimian (1984). Dans leur étude, Fimian & Blanton (1987) ont pu montrer une validité convergente avec le MBI ( $r = .64$ )
- ✓ **PBI** (Psychologist's Burnout Inventory) : Ackerley, Burnell, Holder, & Kurdel (1988)
- ✓ **MPSS** (Medical Personnel Stress Survey) : Hammer, Jones, Lyons, Sixsmith, & Afficiando (1985). Dans leur étude, Hammer et al. (1985) ont pu montrer une corrélation avec SBS-HP ( $r = .69$ ).

Malheureusement, pour le TSI et le MPSS, il n'y a pas de corrélation entre les sous-échelles des différentes mesures du burnout. Il est plus probable que ce soit la sous-échelle « épuisement » (inclue dans toutes les mesures du burnout) qui explique les relations positives.

### 1.5.7 Conclusion

Beaucoup de progrès ont été faits au niveau des outils pour évaluer le burnout ces dernières années. Plusieurs conclusions peuvent être formulées (Schaufeli, et al., 1993):

- ✓ La plupart des instruments mesurent le burnout dans les professions de service et ne peuvent s'appliquer dans d'autres secteurs.
- ✓ La majorité des instruments pour évaluer le burnout sont des échelles d'auto-évaluation. Cela pose problème pour les études de validation qui sont basées exclusivement sur ces mesures d'auto-évaluation et pas sur d'autres méthodes de mesure du phénomène.
- ✓ Deux échelles ont été étudiées d'un point de vue psychométrique : MBI et BM. Les qualités psychométriques du BM sont encourageantes mais limitées par l'aspect unidimensionnel de la mesure. Même conclusion pour le MBI mais la validité discriminante reste faible.
- ✓ Dans la plupart des échelles d'auto-évaluation, l'épuisement des ressources émotionnelles est mis en évidence d'une manière ou d'une autre. Paradoxalement, selon Schaufeli, Enzmann et Girault,(1996), cette dimension cruciale est la composante la moins spécifique du burnout.
- ✓ Malgré le consensus sur le cœur du burnout (épuisement des ressources émotionnelles), il existe toujours une certaine confusion quant au nombre, à la nature et aux autres dimensions à inclure dans ce phénomène.
- ✓ Aujourd'hui, certains instruments vont au-delà des mesures individuelles en évaluant également les aspects organisationnels.

## 1.6 Prévalence du burnout

---

La revue de la littérature amène à constater la difficulté de trouver des chiffres de prévalence. Ceci s'explique par l'absence actuelle de définition standardisée officiellement reconnue du burnout et de normes de critères diagnostiques. Les différents résultats présentés ci-après doivent donc être considérés avec précaution.

Golembiewski et al. (1996, cités dans Maslach, et al., 2001) découvrent que dans un éventail de 62 échantillons, comptant plus de 25000 employés d'Amérique du Nord, plus de 20% d'entre eux sont jugés comme souffrant d'un niveau élevé de burnout. Cependant, l'incidence dans ces échantillons varie considérablement de 1% à 25%. D'autres données nationales américaines montrent que 26% des travailleurs se sentent souvent ou très souvent en burnout ou stressés par leur travail (Bond, 1998 cité dans Cullen, Silverstein, & Foley M. et al., 2008).

En comparaison, d'autres données ont été recueillies dans 12 pays d'Asie et d'Europe de l'Est, constituant ainsi un ensemble de 21 échantillons soit près de 7000 employés. Les résultats indiquent que ces travailleurs «non-Américains » se situent légèrement plus dans des phases avancées de burnout (28% en moyenne) et que les incidences les plus élevées sont observées au Japon et à Taiwan (entre 48% et 69%) (Golembiewski, et al., 1996, cités dans Maslach, et al., 2001).

En Europe, les estimations de la prévalence de ce phénomène sont moins importantes. Schaufeli et Enzmann (1998) estiment que 4 à 7 % de la population de travailleurs aux Pays-Bas souffrent de formes sévères de burnout. Hallsten (1995, cité dans Shirom, 2005) trouvent des estimations équivalentes en Suède et en Finlande (environ 7%). La proportion d'employés souffrant de burnout atteindrait 10% au Danemark (Kristensen, et al., 2005).

Toutefois, selon Maslach, et al. (2001) il serait prématuré de formuler des conclusions à propos de ces différences nationales compte tenu de la variation dans les processus de sélection des échantillons et des différences de mesures utilisées.

## 1.7 Distinction entre le burnout et d'autres concepts proches

---

### 1.7.1 Burnout et Stress

#### **1.7.1.1 Définition du stress**

Avant d'expliquer le lien entre le burnout et le stress au travail, nous allons tenter de reprendre de manière synthétique le concept de stress professionnel.

Un des premiers auteurs à s'être intéressé au stress est Hans Selye. Il le définit comme une réponse aspécifique de l'organisme face à n'importe quelle demande de l'environnement (Service Public Fédéral Emploi Travail et Concertation Sociale, 2006).

Ce n'est que plus tard, avec notamment les travaux de Lazarus et Folkmann (1984, cités dans De Keyser & Hansez, 1996) que le stress a commencé à être considéré comme une interaction entre l'individu et son environnement. Ces auteurs placent au centre de leur modèle le processus d'évaluation de la situation. Ce processus évolue au fil du temps et au fil des différentes situations rencontrées par l'individu. Face à une situation rencontrée, l'individu évalue les ressources cognitives, émotionnelles et comportementales dont il dispose pour y faire face. Suite à cette évaluation, il va mettre en place différentes stratégies d'adaptation qui permettront de combattre les différents stressseurs.

Les définitions du stress au travail sont nombreuses dans la littérature. Dans ce rapport, nous nous référerons à la définition donnée par De Keyser et Hansez (1996, p.2): « Le stress psychologique dans la sphère du travail est envisagé comme une réponse du travailleur devant des exigences de la situation pour lesquelles il doute de disposer des ressources nécessaires, et auxquelles il estime devoir faire face ».

Cette définition souligne différents éléments importants : le caractère subjectif du stress (il naît de l'évaluation de la situation par le travailleur), la notion de contrôle sur l'environnement de travail, et l'incertitude de l'issue qui comporte une probabilité d'échec.

En termes de conséquences, le stress peut devenir un danger pour la santé physique et psychologique de l'individu si les exigences professionnelles sont importantes et que la personne ne peut agir sur ces conditions de travail ou sur les ressources susceptibles de l'aider face aux situations stressantes. L'impact du stress peut intervenir sur la quasi-totalité des aspects de la santé, que ce soit à un niveau physique (troubles cardio-vasculaires, troubles respiratoires, maladies gastro-intestinales,...), psychologique (état de stress aigu, dépression,...) ou comportemental (accidents,...).

### **1.7.1.2 Epidémiologie**

En se basant sur la quatrième étude européenne des conditions de travail réalisé en 2005 (European Agency for Safety and Health at Work, 2009), la prévalence du stress au travail dans la population européenne générale était de 22%. En 2005, la prévalence du stress professionnel était moins importante si l'Europe des quinze était considérée (20%) plutôt que l'Europe des dix (30%). En effet, il existe des variations assez importantes entre les différents états membres. Le niveau de stress est le plus important en Grèce (55%) et le moins important au Royaume-Uni (12%).

Au niveau de la Belgique, l'un des objectifs de l'étude BELSTRESS (De Backer, Kornitzer, Karnas, Coetsier, & De Corte, 1996) était de décrire la prévalence de stress perçu au travail dans différentes classes professionnelles chez des hommes et des femmes âgés de 35 à 59 ans via le questionnaire développé par Karasek (le Job Content Questionnaire qui évalue un haut niveau stress comme résultant de fortes exigences au travail et un faible contrôle sur la situation de travail). Les résultats de cette étude ont montré que la prévalence du stress au travail était d'environ 18% chez les femmes et 20% chez les hommes.

### **1.7.1.3 Ce qui différencie les deux concepts**

D'après Pines et Keinan (2005), le burnout et le stress sont tous deux des conséquences négatives des stresseurs liés au travail. Cependant, les stresseurs sont davantage corrélés au stress professionnel qu'au burnout. Les stresseurs prédisent davantage le stress que le burnout. Le burnout quant à lui est davantage corrélé à l'importance que la personne accorde à son travail qu'aux stresseurs en eux-mêmes.

Certains facteurs liés à la personnalité et à l'attitude des personnes, comme les attentes envers le travail et le sentiment que la vie perd son sens sans travail, semblent être des causes du burnout indépendantes du stress (Iacovides, Fountoulakis, Kaprinis, & Kaprinis, 2003). D'autres auteurs mettent également en avant que, contrairement au stress qui peut toucher tout un chacun, le burnout touche davantage les personnes qui ont des objectifs professionnels élevés (Schaufeli & Buunk, 2003). Les personnes qui peuvent être atteintes de burnout sont donc plutôt des personnes qui accordent une grande importance à leur travail dans leur vie.

Une autre distinction entre les deux concepts se situe à un niveau comportemental. Le burnout s'accompagne d'attitudes et de comportements négatifs envers les collègues, les clients et l'organisation (le cynisme, par exemple). Par contre le stress ne provoque pas forcément ce genre d'attitudes ou de comportements (Schaufeli & Buunk, 2003). Le burnout est également davantage corrélé à d'autres conséquences comme la satisfaction au travail, la performance perçue et l'intention de quitter des travailleurs que le stress (Pines & Keinan, 2005).

#### **1.7.1.4 La relation entre les deux concepts**

La relation entre les concepts de burnout et de stress professionnel n'est pas forcément claire. Comme le soulignent Weber et Jaekel-Reinhard (2000), il est difficile de montrer une relation temporelle et causale entre le stress et le burnout, car le burnout est composé de symptômes multiples et est influencé par de nombreux facteurs. En effet, les médecins généralistes ou autres spécialistes manquent souvent d'informations sur l'environnement de travail pour pouvoir faire une évaluation objective du stress au travail et poser un diagnostic de burnout. Cependant, certains auteurs ont essayé d'apporter un éclaircissement sur la nature du lien entre les deux concepts.

Selon Grebot (2008), le burnout constitue le stade final de l'inadéquation des exigences professionnelles et des ressources de l'individu. Cet auteur met en avant l'aspect chronique et prolongé du burnout, tandis que le stress s'apparente davantage à une réaction temporaire résultant de tensions plus passagères.

Schaufeli et Buunk (2003) considèrent également le stress comme un processus temporaire d'adaptation, tandis qu'ils voient le burnout comme une étape finale résultant d'une mauvaise adaptation répétée face aux déséquilibres entre les demandes et les ressources liées au travail. De plus, Barbier, Demerouti et Hansez (Manuscript submitted) ont montré que le stress est un médiateur entre les demandes de l'environnement de travail et le burnout : les demandes engendreraient du stress qui à son tour amèneraient du burnout.

En se référant au *Job Demand- Control Model* de Karasek, certains auteurs ont montré que le stress provenant d'une association entre de fortes exigences professionnelles et une latitude de décision faible est lié au burnout (Bourbonnais, Comeau, Vézina, & Dion, 1998).

D'autres auteurs ont comparé le modèle de Karasek avec le modèle de Siegrist ( *Effort-Reward Imbalance Model*) pour prédire le burnout (Dai, Collins, Yu, & Fu, 2008; de Jonghe, Bosma, Peter, & Siegrist, 2000). Ces études montrent que les deux modèles prédisent l'épuisement mais que le modèle ERI serait un meilleur prédicteur de l'épuisement émotionnel et de la dépersonnalisation. Concrètement, les personnes qui estiment ne pas recevoir de récompenses à la hauteur de leurs efforts en terme de salaire, de soutien de la hiérarchie ou de sécurité d'emploi montrent un risque plus élevé d'épuisement émotionnel et de dépersonnalisation. Cette relation est d'autant plus importante que les personnes sont impliquées dans leur travail. L'avantage du modèle de Siegrist est de prendre en considération d'autres ressources qui sont en ligne avec les évolutions actuelles du marché de l'emploi (contrats précaires, insécurité de l'emploi,...). Une combinaison des deux modèles reste la meilleure façon d'expliquer les différents aspects de la relation stress-burnout.

Que ce soit l'un ou l'autre modèle de stress qui serve de cadre théorique, il semblerait donc que le burnout soit la conséquence d'une exposition à un stress répété et chronique.

Cependant, Demerouti, Bakker, Nachreiner et Ebbinghaus (2002) ont étudié la relation entre les réactions immédiates face aux stressseurs (« *Strain* »), les effets à court terme qui s'en suivent et le burnout. Quatre effets à court terme ont été étudiés : la fatigue mentale, la monotonie, l'effet de satiété (réticence et rejet émotionnel face au travail) et les sensations de stress (réactions psychologiques et physiques à des demandes menaçantes, conflictuelles et inacceptables qui causent de la frustration et un état nerveux ou anxieux). Les résultats ont montré une relation entre ces conséquences à court terme et le burnout. Plus précisément, la fatigue mentale est bien liée à la dimension d'épuisement. La monotonie, la réticence et le rejet émotionnel face au travail sont liées au désengagement. Cependant, contrairement aux attentes, les sensations de stress ne sont pas liées à l'épuisement et sont liées négativement avec le désengagement. Une explication pourrait être que les travailleurs qui se distancient de leur travail peuvent aussi se distancier des stressseurs de l'environnement de travail et dès lors, ressentir moins de stress.

Ces résultats ne mettent pas en cause l'hypothèse selon laquelle le burnout serait la conséquence d'un stress chronique. Cependant, ils mettent en évidence qu'une fois que les personnes sont en burnout, elles se détachent de leur travail. Il est donc possible qu'elles ne ressentent plus ces sensations de stress.

#### **1.7.1.5 Les médiateurs de la relation stress-burnout**

Certaines caractéristiques de l'environnement de travail peuvent jouer un rôle dans la relation entre le stress et le burnout. La motivation intrinsèque au travail joue le rôle de médiateur dans cette relation. En effet, le stress peut provenir d'une incompatibilité entre la personne et son environnement de travail. Cette incompatibilité agit comme un stressseur qui diminue la motivation et donc indirectement le sentiment d'efficacité au travail qui est une des dimensions du burnout (Rubino, Luksyte, Perry, & Volpone, 2009).

D'autres médiateurs de la relation stress-burnout peuvent être les stratégies d'adaptation mises en place par les travailleurs pour faire face au stress ressenti. Sasaki, Kitaoka-Higashiguchi, Morikawa, & Nakagawa (2009) ont examiné la relation entre ces stratégies d'adaptation et le burnout. Ils ont montré que faire une réinterprétation cognitive de la situation permettait aux femmes d'être moins épuisées et moins cyniques face à la situation. Par contre, utiliser une approche basée sur la résolution de problèmes peut être à double tranchant. D'un côté, cette stratégie augmente le sentiment d'efficacité mais de l'autre cela peut épuiser davantage les femmes. La résolution de problèmes est, par contre, une stratégie efficace pour les hommes pour lutter contre le stress et dès lors diminuer la probabilité de faire un burnout.

Certaines études ont montré que le support social peut également modérer la relation entre le stress et le burnout. Cependant, les hommes et les femmes utilisent différentes sources de support. Pour les femmes, c'est le soutien dans la vie privée qui permet de diminuer les effets du stress et le burnout, tandis que chez les hommes c'est plutôt le support social



professionnel : soutien de la hiérarchie, des collègues,... (Etzion, 1984; Shinn, Rosario, Morch, & Chestnut, 1984).

### **1.7.1.6 La relation entre le stress, le burnout et la dépression**

Plusieurs études ont étudiés le lien entre le stress, le burnout et la dépression. Dans ces études, le stress (*Job Strain*) était évalué par le « *Job Content Questionnaire* » de Karasek. Ces études ont montré qu'un stress important était associé à l'apparition plus fréquente de burnout, ainsi que des symptômes et troubles dépressifs. Le burnout agit également comme médiateur partiel de la relation entre le stress professionnel et les troubles dépressifs dans une première étude (Ahola, et al., 2006) et comme médiateur complet dans une autre (Ahola et Hakanen, 2007). La relation inverse a également été testée. La dépression est également un médiateur partiel de la relation stress-burnout. Concrètement, être stressé peut mener à la dépression en passant par un état de burnout. Mais le stress professionnel peut également mener au burnout directement ou en passant par un état dépressif. En effet, les personnes dépressives peuvent disposer de moins de ressources pour faire face aux exigences de la situation de travail et peuvent évaluer leur travail plus négativement ce qui pourrait conduire au burnout. La relation « stress-burnout-dépression » semble toutefois être plus importante que la relation « stress-dépression-burnout » (Ahola & Hakanen, 2007).

Ces résultats tendent à considérer le burnout comme un concept distinct de la dépression. Les deux concepts ne se développeraient pas simultanément à partir des mêmes facteurs de risques mais plutôt successivement.

### **1.7.2 Burnout et Charge psychosociale**

L'arrêté royal du 17 mai 2007 donne une définition très vaste de la charge psychosociale occasionnée par le travail.

« La charge psychosociale se définit comme toute charge, de nature psychosociale, qui trouve son origine dans l'exécution du travail ou qui survient à l'occasion de l'exécution du travail, qui a des conséquences dommageables sur la santé physique ou mentale de la personne.

Ces conséquences peuvent être par exemple des troubles du sommeil, de l'hypertension, des troubles respiratoires, des maux de tête, des troubles digestifs, au niveau mental on peut citer la dépression, la perte de motivation, les angoisses et même les idées suicidaires....

Le stress dû aux conditions de travail, la souffrance relationnelle vécue dans certains conflits interpersonnels ou de groupes, de même que la violence ou le harcèlement, par exemple, créent une charge psychosociale » (Service public fédéral Emploi, Travail, & Concertation Sociale, 2010b)

La charge psychosociale est un concept assez novateur qui est très peu abordé dans la littérature. Si l'on s'en tient à cette définition, le burnout pourrait être l'une des conséquences dommageables sur la santé occasionnée par la charge psychosociale. En effet, certaines conséquences citées dans la définition (troubles du sommeil, maux de tête, perte de motivation par exemple) correspondent à des symptômes du burnout. Le stress professionnel occasionnerait donc une charge psychosociale qui aurait un impact négatif sur la santé des travailleurs en terme de burnout.

### 1.7.3 Burnout et Dépression

Cette section débutera par une description de la dépression. Une comparaison entre burnout et dépression suivra. Enfin, le 3<sup>ème</sup> point traitera de l'articulation entre dépression et burnout.

#### **1.7.3.1 Dépression : l'épisode dépressif majeur et le trouble dépressif majeur**

D'après le DSM IV (American Psychiatric Association, 1994), le trouble dépressif majeur est constitué d'un ou plusieurs épisode(s) dépressif(s) majeur(s). On parle de *trouble dépressif majeur, épisode isolé* lorsque l'évolution clinique consiste en un seul épisode et de *trouble dépressif majeur récurrent* si plusieurs épisode(s) dépressif(s) majeur(s) se succèdent. Un épisode dépressif majeur est caractérisé par les symptômes suivants :

- ✓ l'humeur dépressive (tristesse, sensation de vide émotionnel),
- ✓ la perte d'intérêt pour toutes les activités,
- ✓ la perte/gain de poids et/ou de l'appétit,
- ✓ l'insomnie ou l'hypersomnie presque tous les jours,
- ✓ l'agitation ou le ralentissement psychomoteur presque tous les jours (constaté par les autres et non limité à un sentiment subjectif du patient),
- ✓ la fatigue ou la perte d'énergie presque tous les jours,
- ✓ le sentiment de dévalorisation ou de culpabilité excessive, inapproprié, voire délirant presque tous les jours (pas seulement se faire grief, ou se sentir coupable d'être malade),
- ✓ la diminution de l'aptitude à penser, à se concentrer ou à prendre des décisions presque tous les jours (signalée par le sujet ou observée par les autres),
- ✓ les pensées de mort récurrentes (pas seulement une peur de mourir), les idées suicidaires récurrentes sans plan précis de mise à exécution, les tentatives de suicide ou un plan précis pour se suicider.

Lors d'un épisode dépressif majeur, au moins cinq de ces neuf symptômes sont présents chez la personne souffrante, dont au moins l'humeur dépressive ou la perte d'intérêt pour les activités quotidiennes, ces deux symptômes étant fondamentaux à l'épisode dépressif majeur. Les symptômes se manifestent quotidiennement ou quasi quotidiennement pendant une durée minimum de deux semaines et induisent une souffrance cliniquement significative

et/ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants de la vie de la personne.

Lorsque le trouble dépressif majeur est récurrent, son évolution peut prendre plusieurs formes. Chez certaines personnes, les épisodes dépressifs majeurs sont entrecoupés de plusieurs années d'absence de symptômes. D'autres personnes vivent plusieurs épisodes regroupés dans le temps. Il peut alors être difficile de distinguer entre un seul épisode dont les symptômes fluctuent et deux épisodes distincts. Enfin, certaines personnes vivent des épisodes dont la fréquence augmente au fur et à mesure que le temps passe.

La prévalence du trouble dépressif majeur est variable d'une étude à l'autre. Le risque de présenter un trouble dépressif majeur au cours de la vie est de 10 à 25% pour les femmes et de 5 à 12% pour les hommes. La prévalence ponctuelle varie de 5 à 9% pour les femmes et de 2 à 3% pour les hommes. Le nombre de cas ne semble pas varier significativement selon l'ethnie, l'éducation, le niveau de revenus ou le statut marital. Le trouble dépressif majeur peut débuter à tout âge. L'âge moyen de début du trouble est d'environ 35 ans. Parmi les individus nés récemment, les données épidémiologiques indiquent que l'âge de début d'un trouble dépressif majeur diminue. La prévalence est plus forte chez les personnes qui présentent des affections médicales générales associées telles que, par exemple, le diabète, l'infarctus du myocarde, les carcinomes ou encore les accidents vasculaires cérébraux (American Psychiatric Association, 1994).

Un trouble dépressif majeur se termine totalement, partiellement ou pas du tout (dans un tiers des cas). Les études du suivi de personnes souffrant d'un épisode dépressif majeur montrent que 40% d'entre elles souffrent encore d'un épisode complet un an après, 20% conservent certains symptômes, mais ne répondent plus à l'ensemble des critères. Enfin, 40% n'ont plus de trouble (American Psychiatric Association, 1994).

Le trouble dépressif majeur débute souvent à la suite d'un facteur de stress psychosocial intense (décès d'un proche, divorce,...). D'après certaines études, les facteurs de stress psychosociaux joueraient un rôle important dans le déclenchement du premier et du deuxième épisode et auraient moins d'influence sur la survenue d'épisodes ultérieurs.

### **1.7.3.2 Relations entre burnout et dépression**

#### ✓ Proximité et distinction des deux syndromes

Actuellement, les recherches empiriques s'accordent à dire que le burnout et la dépression sont deux phénomènes fortement liés, mais non identiques (Ahola & Hakanen, 2007; Bakker, et al., 2000; D. C. Glass & McKnight, 1996; Iacovides, et al., 2003). Parmi les différentes conceptualisations du burnout, Maslach, et al. (2001) ont identifié une série de caractéristiques communes. La plupart de ces caractéristiques se retrouvent par ailleurs dans le diagnostic de la « neurasthénie professionnelle » repris par l'OMS (1992). Il s'agit de :

- (a) la prédominance de symptômes dysphoriques (fatigue mentale ou émotionnelle et la dépression),
- (b) l'importance des symptômes mentaux et comportementaux plutôt que des symptômes physiques,
- (c) la relation du burnout au travail,
- (d) l'existence des symptômes de burnout chez des personnes n'ayant jamais souffert de pathologie psychologique auparavant,
- (e) la diminution de l'efficacité et des performances au travail due aux attitudes et aux comportements négatifs des personnes en burnout.

En comparant ces caractéristiques avec les critères cliniques de la dépression (DSM IV), on constate d'emblée que l'humeur dysphorique occupe une place centrale dans la dépression et le burnout. De plus, la caractérisation du burnout *par* la dépression dans le point (a) révèle l'entrelacement des deux syndromes.

La plupart des recherches qui traitent de la relation entre burnout et dépression se basent sur le modèle tridimensionnel du burnout (Maslach & Jackson, 1986). En particulier, la composante d'épuisement émotionnel du burnout est reconnue comme la zone de recouvrement des deux syndromes. Dans une étude de la validité discriminante du burnout, Schaufeli et Enzmann (1998) montrent que la dépression partage un pourcentage de variance plus élevé avec la composante d'épuisement émotionnel (26%) qu'avec les composantes de dépersonnalisation (13%) et d'accomplissement personnel (9%). Dans leur revue qualitative, Glass et Mc Knight (1996) constatent également la similitude des deux syndromes au niveau de cette composante: « *le burnout et la symptomatologie dépressive ne sont pas simplement deux termes qui décrivent un même état dysphorique. Tous deux partagent, en effet, une part appréciable de variance, particulièrement lorsque la composante d'épuisement émotionnel est impliquée, mais les résultats obtenus n'indiquent pas d'isomorphisme complet. Dès lors, nous concluons que le burnout et la symptomatologie dépressive ne sont pas des concepts redondants* ». D'un point de vue méthodologique, les auteurs affirment qu'il est peu probable que le recouvrement de l'épuisement émotionnel et de la symptomatologie dépressive soit dû à une redondance des items qui composent les échelles de mesure. En effet, plusieurs analyses factorielles réalisées sur des regroupements d'items évaluant le burnout et la dépression ont fait émerger les facteurs distincts de dépression et de burnout (Bakker, et al., 2000; Leiter & Durup, 1994; Mc Knight, 1993, cités dans Schaufeli & Buunk, 2003).

Certains travaux constatent par ailleurs que les symptômes du burnout et de la dépression peuvent se développer simultanément (McKnight & Glass, 1995) et s'estomper simultanément, évoquant de la sorte une similitude dans leur processus respectif de

développement (Bakker, et al., 2000). L'estompement concomitant des deux syndromes est notamment observé par Hatinen, et al. (2009). Dans une étude évaluant les effets d'un programme de réhabilitation<sup>2</sup> de personnes qui souffraient d'un haut niveau de burnout, les auteurs ont mesuré une diminution à la fois des symptômes de burnout et de la dépression parmi les bénéficiaires du programme. Les plus fortes diminutions étaient observées pour les composantes d'épuisement émotionnel et de dépersonnalisation tandis que la composante d'efficacité professionnelle n'augmentait pas significativement. Nyklicek & Pop (2005) ont montré que les antécédents dépressifs familiaux et personnels permettaient de prédire la composante d'épuisement émotionnel et, dans une moindre mesure, la composante de cynisme.

✓ Spécificités des symptômes

Si la distinction conceptuelle et empirique entre burnout et dépression fait l'objet d'un large consensus, les symptômes psychiatriques, psychosomatiques et sociaux du burnout peuvent apparaître peu spécifiques d'un point de vue clinique (Weber & Jaekel-Reindhard, 2000). Les principaux symptômes psychiatriques sont, hormis la fatigue chronique et l'épuisement émotionnel, les dysfonctionnements mentaux tels que les troubles de la concentration et de la mémoire (manque de précision, désorganisation), la perte de motivation et des modifications de la personnalité telles que la perte d'intérêt, le cynisme et l'augmentation de l'agressivité. Les désordres les plus sévères incluent l'anxiété et des perturbations dépressives pouvant culminer en suicide. Le développement de dépendances (alcool, médicaments) a également été associé au burnout. Les symptômes somatiques les plus courants sont les maux de têtes, les problèmes gastro-intestinaux (estomac irritable et diarrhée) et les troubles cardio-vasculaires (tachycardie, arythmie, hypertension).

Hoogduin, Schaap & Methorst (1996) identifient 5 critères qui différencient le burnout de la dépression:

1. Les personnes en burnout ont une vitalité générale plus grande que les personnes dépressives. Elles sont davantage capables d'apprécier les choses qui les entourent bien qu'ils leur manquent souvent l'énergie pour entreprendre des activités plaisantes.
2. Les personnes en situation de burnout perdent rarement du poids, ne présentent pas d'inhibition psychomotrice et n'ont pas de pensées suicidaires comme cela est observé dans les cas de dépression.
3. Lorsqu'il existe, leur sentiment de culpabilité des personnes en burnout est plus réaliste que chez nombre de dépressifs. Glass, Mc Knight et Valdimarsdottir (1993)

---

<sup>2</sup> Ce programme comprenait notamment des mesures organisationnelles visant à solutionner les problèmes au travail des participants en concertation avec les représentants de l'organisation.

ont également mis en évidence que les personnes souffrant de burnout font preuve de davantage de réalisme à propos de leur conditions de travail, quelque soit le niveau de leur dépression.

4. Les personnes en burnout attribuent leur indécision et leur inactivité à leur fatigue plutôt qu'à une maladie, ce qui est par contre souvent le cas des personnes dépressives.
5. Enfin, les troubles du sommeil s'expriment différemment chez les personnes dépressives et les personnes en burnout. Ces dernières ont souvent des difficultés à trouver le sommeil tandis que les dépressifs ont tendance à se réveiller trop tôt.

Brenninkmeyer, Van Yperen, et Buunk (2001) ont montré que les personnes souffrant de burnout continuent à se comparer positivement à autrui et à croire en leurs capacités à faire face au stress qu'ils vivent malgré l'épuisement émotionnel. A l'inverse, les personnes dépressives vivent également cette fatigue émotionnelle, mais ont généralement perdu cette image de supériorité et sont résignées face à leur situation. Ainsi, c'est lorsque les personnes en burnout acquièrent le sentiment de défaite, que leur sentiment de supériorité serait atteint et qu'elles développeraient en conséquence des symptômes dépressifs. Suls & Bunde (2005) ont également constaté que la tristesse, la culpabilité, le désespoir, le sentiment d'être bon à rien, ne sont pas présents chez les personnes en burnout alors qu'ils caractérisent les personnes en dépression. Par ailleurs, Dyrbye et al (2006) ont mesuré un lien direct entre burnout et idées suicidaires. Dans cette étude longitudinale, le burnout d'étudiants en médecine prédit les idées suicidaires en l'absence d'autres symptômes dépressifs. Leurs résultats montrent par ailleurs une diminution des idéations suicidaires en cas de rémission du burnout, mais ne permettent pas de conclure à un effet causal strict du burnout sur les idées suicidaires.

✓ Burnout: un syndrome lié au travail

La relation du burnout au travail constitue un des principaux éléments qui le distingue de la dépression. Alors que la dépression est un trouble de l'humeur général non spécifique à une sphère de la vie en particulier, le burnout constitue une atteinte au bien-être affectif en lien avec le travail (Warr 1987, dans Schaufeli & Buunk, 2003 ; Glass & McKnight, 1996 ; Bakker, et al. 2000). A titre d'exemple, une étude menée auprès d'enseignants par Bakker et al. (2000) montre la spécificité contextuelle du burnout. En l'occurrence, le manque de réciprocité dans la relation que les professeurs ont avec leurs élèves -un stresser lié au travail- prédisait le burnout des enseignants et non leur niveau de dépression. A l'inverse, le manque de réciprocité que les enseignants vivaient dans leur vie privée -un stresser sans lien avec le travail- prédisait la dépression et non le burnout. Ainsi, burnout et dépression seraient deux syndromes qui émergent de processus sociaux similaires prenant place dans des contextes différents.

### **1.7.3.3 Articulation entre dépression et burnout**

Les études existantes ne permettent pas de conclure à une relation de causalité unidirectionnelle entre burnout et dépression (Baba, Galperin, & Lituchy, 1999) ni à une succession stricte (Iacovides et al., 2003). Burnout et dépression entretiennent une relation réciproque (Ahola & Hakanen, 2007; Salmela-Aro, Savolainen, & Holopainen, 2009). D'une part, l'incapacité répétée à faire face aux exigences du travail conduirait à une situation de burnout qui, aggravée, se généraliserait en dépression (Ahola, et al., 2006; Bakker, et al., 2000; Iacovides, et al., 2003). Le burnout constituerait alors une voie pouvant mener à la dépression (Hallsten, 1993). Dans une étude sur des travailleurs finlandais, Ahola et al. (2006) ont obtenu une relation plus forte entre stress professionnel et burnout qu'entre stress professionnel et dépression. Cette dernière relation disparaissait statistiquement lorsque la variable burnout était contrôlée, confortant ainsi la thèse que la relation entre le stress professionnel et la dépression passe par une phase de burnout. D'autre part, la dépression prédisposerait au burnout étant donné les ressources affaiblies des personnes touchées et leur tendance à évaluer négativement leur travail. Les antécédents familiaux ou personnels de dépression constitueraient également un facteur de risque du burnout (Maslach, et al., 2001). Dans une étude menée par Nyklicek et Pop (2005), les antécédents familiaux et personnels de dépression des participants prédisaient leurs scores pour la composante d'épuisement émotionnel et, dans une moindre mesure, pour la composante de cynisme. Les scores des participants dépressifs au moment de l'étude prédisaient leurs résultats pour les trois composantes. De manière générale, les auteurs concluent que l'historique de dépression des personnes permettrait de prédire le burnout, quelque soit leur état dépressif.

A coté de ces interprétations séquentielles du développement du burnout, d'autres travaux suggèrent que burnout et dépression se développent « en tandem » (McKnight & Glass, 1995) ou s'estompent simultanément (Hatinen, et al., 2009). D'autres encore affirment qu'un haut niveau de burnout est associé à un haut niveau de dépression. Ahola et al. (2006) ont ainsi observé que plus le burnout était important, plus le risque de développer un trouble dépressif l'était aussi. A l'inverse, les participants à leur étude qui vivaient un épisode dépressif majeur rapportaient plus souvent un niveau de burnout élevé que les répondants ayant vécu un tel épisode précédemment. Dans l'étude sur des travailleurs sociaux de Takai et al. (2009), les résultats montrent que les participants en situation de burnout obtenaient des scores de dépression plus élevés que des personnes qui présentaient un risque de burnout. Ces personnes « à risque » obtenaient des scores plus élevés que les personnes sans symptômes de burnout.

Davantage de travaux seront nécessaires pour éclaircir les relations entre les deux syndromes.

## 1.7.4 Burnout et Workaholisme

### **1.7.4.1 Définition du Workaholisme**

Le terme « Workaholisme » a été introduit par Oates (1971, cité dans Schaufeli, Taris, & Bakker, 2006, p. 193) qui le définit comme « une compulsion ou un besoin constant de travailler ».

Le workaholisme est défini également comme « une réticence personnelle à se désengager du travail qui se manifeste par une tendance à travailler (ou à penser au travail) à n'importe quel moment et n'importe où. » (McMillan, O'Driscoll, Marsh, & Brady, 2001, p.71).

Il s'agit d'un besoin tellement important qu'il entrave la santé et les relations sociales des travailleurs. Ce besoin est davantage interne et résulte moins de facteurs externes comme des récompenses financières ou d'autres perspectives de carrière (Schaufeli, et al., 2006).

Dans un premier temps, le workaholisme a été considéré comme négatif pour les travailleurs. Cependant, d'autres auteurs ont amené une connotation positive au workaholisme (Machlowitz, 1980 ; Peiperl et Jones, 2001, cités dans Schaufeli, et al., 2006). Selon ce point de vue, les travailleurs « workaholiques » sont à la fois satisfaits par rapport à leur travail, productifs, créatifs et passionnés.

Beaucoup d'auteurs comme Spence et Robbins (1992) considèrent le workaholisme à la fois comme positif et négatif. Selon ces auteurs, le workaholisme comprend trois dimensions : l'engagement dans le travail (« *work involvement* »), une forte pression interne à travailler (« *drive* ») et le plaisir procuré par le travail (« *work enjoyment* »). En combinant ces dimensions, les auteurs ont défini différents types de profils qu'ils catégorisent comme étant « bon » ou « mauvais » (Schaufeli, et al., 2006).

Afin de ne pas confondre deux phénomènes psychologiques en les regroupant dans la même catégories (« bon » ou « mauvais » workaholisme), Schaufeli et al. (2006) préfèrent parler d'engagement pour nommer les « bonnes » formes de workaholisme. Dans leur étude, ils ont démontré la validité discriminante de ces deux concepts qui sont reliés différemment à la santé et aux performances des travailleurs notamment.

Nous préférons également parler de workaholisme et d'engagement plutôt que d'effectuer une distinction entre « bon » et « mauvais » workaholisme porteuse selon nous d'un certain jugement.

Plus récemment, Schaufeli, Bakker, Van der Heijden et Prins (2009a, 2009b) décrivent le workaholisme selon deux composantes : le « travail compulsif » (composante cognitive car le travail est une obsession) et le « travail excessif » (composante comportementale traduite par de nombreuses heures accordées au travail). La combinaison des deux dimensions pourrait avoir les conséquences les plus défavorables pour les travailleurs.



Ng, Sorensen et Feldman (2007) définissent les « workaholiques » comme des personnes qui trouvent du plaisir dans leur travail, qui sont obsédés par celui-ci et qui y consacrent de longues heures y compris dans leur vie privée. Cette définition comprend une dimension affective qui se traduit par une passion pour le fait de travailler plus que pour le contenu du travail en lui-même, une dimension cognitive car il s'agit d'une obsession et une dimension comportementale expliquée par le nombre d'heures prestées et l'intrusion de la vie professionnelle dans la vie privée.

En résumé, les travailleurs « workaholiques » passent énormément de temps au travail, ils sont réticents à se distancier ou se désengager de leur travail, et ils fournissent un travail qui va au-delà de ce qui est attendu de leur part, au point que la vie privée s'en trouve affectée. (Schaufeli, et al., 2006).

#### **1.7.4.2 Epidémiologie**

Etant donné l'ambiguïté des définitions et les différentes mesures utilisées, la prévalence du workaholisme varie en fonction des études (Burke, 2000a).

Machlowitz (1980, cité dans Burke, 2000a) estime que 5% de la population des Etats-Unis est «workaholique ». Kanai (1996, cité dans Burke, 2000a) trouve 21% de « workaholiques » dans un large échantillon Japonais principalement constitué de managers. Spence et Robbins (1992) rapportent que 8% des hommes et 13% des femmes d'un échantillon de professeurs dans le domaine social sont « workaholiques ». Enfin, le pourcentage de workaholics atteint 49% dans un échantillon de managers et professionnels canadiens étudiés par Burke (2000b).

#### **1.7.4.3 Antécédents du workaholisme**

Les antécédents du workaholisme restent sans doute les aspects les moins cernés du problème. Il semblerait que des antécédents cognitifs, comme certaines croyances ou des peurs, et une faible perception de support organisationnel joue un rôle dans le développement du workaholisme (Mc Millan, O'Driscoll, & Burke, 2003)

Sur base de leur revue de littérature, Ng et al.(2007) suggèrent différentes pistes pour expliquer l'apparition de ce phénomène. Certaines personnes peuvent devenir «workaholiques» parce qu'elles possèdent certains traits de personnalité (une faible estime de soi, une personnalité obsessionnelle et compulsive ou encore une personnalité de type A). Dans une perspective socio-culturelle, des expériences familiales pendant l'enfance ou plus tard peuvent également être à l'origine du développement du workaholisme (observation du comportement «workaholique» des parents, le travail utilisé comme une fuite du contexte familial dysfonctionnel, ...). L'esprit de compétition avec les collègues et un sentiment d'efficacité plus important dans le travail que dans la vie privée sont d'autres antécédents du workaholisme. Enfin, au niveau comportemental, recevoir des renforcements (reconnaissance, meilleur salaire,...) pour avoir travaillé de longues heures

par exemple, amène le travailleur à culpabiliser lorsqu'il ne travaille pas. Des récompenses pour un travail excessif peuvent donc favoriser le workaholisme.

#### **1.7.4.4 La relation entre workaholisme et burnout**

Selon Kanai et Wakabayashi (2001), le workaholisme résulte d'une adaptation aux différents stressors de l'environnement de travail. Ces stressors peuvent être des demandes qui sont vécues par les travailleurs. En comparant les « workaholiques » (score élevé sur les dimensions « travail compulsif » et « travail excessif ») avec les « non-workaholiques » (score bas dans les deux dimensions), Schaufeli et al. (2009a) ont montré que les premiers sont ceux qui ressentent le plus de demandes dans leur travail.

Cependant, les « workaholiques » essaient souvent de complexifier leurs tâches afin de travailler continuellement. Ils refusent de déléguer le travail et s'imposent des objectifs élevés pour toujours avoir une charge de travail supplémentaire (Schaufeli, et al., 2009a). Il est donc clair que les « workaholiques » ont tendance à être confrontés à des demandes importantes qu'elles viennent de l'environnement de travail existant ou d'eux-mêmes.

Une étude a montré que les demandes quantitatives peuvent expliquer en partie la relation entre le workaholisme et l'épuisement émotionnel une des dimensions de l'épuisement professionnel (Taris, Schaufeli, & Verhoeven, 2005). Le workaholisme amèneraient davantage de demandes vécues par le travailleur qui, selon le JD-R model, contribueraient au développement du burnout.

Cependant, selon Schaufeli, et al. (2009b), le workaholisme explique le burnout au-delà des demandes liées au travail, qu'elles soient émotionnelles, mentales ou organisationnelles. Le workaholisme serait donc un facteur de risque qui contribue au développement du burnout indépendamment des demandes vécues par les travailleurs.

En effet, les personnes qui travaillent durant de nombreuses heures n'ont pas le temps de compenser leurs efforts excessifs. Ces travailleurs épuisent donc progressivement leurs ressources émotionnelles et cognitives. (Andreassen, Ursin, & Eriksen, 2007; Ng, et al., 2007; Schaufeli, Taris, & van Rhenen, 2008; Shimazu & Schaufeli, 2009; Taris, Schaufeli, et al., 2005).

L'hypothèse d'une relation entre le workaholisme et le burnout peut également être renforcée par plusieurs études montrant que le workaholisme peut avoir des conséquences négatives pour la santé et le bien-être des travailleurs (Andreassen, et al., 2007; Burke, 2000b; Burke & Matthiesen, 2004). En outre, certaines études ont montré que le burnout était associé à l'importance accordée au travail et au sentiment que la vie perd son sens sans travail (Iacovides, et al., 2003; Pines & Keinan, 2005). Ces caractéristiques sont toutes deux fort présentes chez les personnes « workaholiques ».

Afin de mieux étudier la relation entre workaholisme et burnout, Schaufeli, et al. (2009b) suggèrent d'utiliser des données longitudinales. Une étude réalisée par Barbier, Demerouti et Hansez (Manuscript submitted) utilisant des données longitudinales n'a pas pu confirmer l'hypothèse de Schaufeli et al. (2009a) selon laquelle le workaholisme prédirait un burnout plus important dans le futur bien que le lien entre les demandes et le workaholisme ait été confirmé.

Les deux concepts ne sont donc pas forcément liés. En effet, il est probable qu'un travailleur déjà en « burnout » est sans doute trop épuisé pour travailler de longues heures et trop cynique pour pouvoir être engagé dans son travail (Schaufeli, et al., 2008). Il n'y a donc pas vraiment de consensus et d'autres études sont nécessaires pour clarifier cette relation entre burnout et workaholisme.

### 1.7.5 Burnout et Fatigue chronique

Le terme « Myalgic encephalomyelitis » a été introduit dans les années '50, pour une maladie chronique caractérisée par des douleurs musculaires, et des symptômes neurologiques et psychologiques. Le terme « Syndrome de Fatigue Chronique » a été introduit dans les années '80 pour décrire en grande partie les mêmes symptômes (McKay, Duffy, & Martin, 2009). Alors que les termes sont souvent utilisés de façon interchangeable, le terme « Syndrome de fatigue chronique » est courant chez les scientifiques et les médecins, tandis que les patients utilisent plus souvent le terme « myalgic encephalomyelitis » ou « syndrome de fatigue chronique et de dysfonctionnement immunitaire » (Prins, van der Meer, & Bleijenberg, 2006).

#### **1.7.5.1 Définition et critères**

La première tentative de formuler des critères pour le diagnostic du syndrome de fatigue chronique a été faite en 1998 par « US Centers for Disease Control et Prevention » (King & Jason, 2005). Cette définition a été révisée en 1994 (Fukuda, et al., 1994) et constitue qui est actuellement la définition (scientifique) la plus acceptée au niveau international ; elle est considérée comme la définition standard.

Selon cette définition, le syndrome de fatigue chronique est caractérisé par une fatigue chronique non expliquée, persistante ou avec des rechutes qui,

- dure depuis au moins six mois consécutifs,
- est nouvelle ou a un début défini,
- ne résulte pas d'une maladie organique ou d'un effort continué,
- n'est pas soulagée par du repos,
- a comme résultat une réduction substantielle des activités antérieures (professionnelles, éducatives, sociales et personnelles),
- est associé à quatre ou plus des symptômes suivants, présents simultanément depuis au moins 6 mois : mémoire ou concentration détériorée, mal de gorge, nodules

lymphoïdes axillaires et cervicales tendres, douleur musculaires, douleur dans plusieurs articulations, nouveaux maux de tête, sommeil non réparateur, malaise après effort.

Les critères d'exclusion sont :

- une condition médicale expliquant la fatigue
- dépression aggravée (caractéristiques psychotiques) ou trouble bipolaire
- schizophrénie, démence, delusional disorder
- anorexie mentale, boulimie nerveuse
- abus d'alcool ou consommation abusive
- obésité sévère

Si les critères des symptômes ou la sévérité de la fatigue ne sont pas rencontrés, la condition doit être classifiée comme fatigue chronique idiopathique (Fukuda, et al., 1994).

La définition descriptive du syndrome de la fatigue chronique reste problématique pour les praticiens; la maladie est identifiée au moyen de symptômes et d'incapacité, et par l'exclusion de maladies explicatives, et pas au moyen de signes physiques ou d'anomalies dans des résultats de tests de laboratoire.

Cette définition a été développée par consensus; elle est basée sur les opinions et les expériences anecdotiques d'un groupe d'experts rassemblé par le CDC (King & Jason, 2005).

On continue à essayer d'améliorer les critères de diagnostic (King et Jason, 2005).

En août 2007, NICE a publié une liste pour le diagnostic et le traitement du syndrome de fatigue chronique chez des adultes et des enfants (National Institute for Health and Clinical Excellence, 2007). Ces critères diagnostiques sont ressemblants à ceux du CDC (Fukuda, et al., 1994).

#### **1.7.5.2 Etiologie**

Le fait que les anomalies pathophysiologiques se présentent dans différents domaines, suggère que le syndrome de fatigue chronique est une condition hétérogène avec une étiologie complexe et multifactorielle. Il est peu probable que le syndrome soit causé ou maintenu par un seul agent. Des mécanismes infectieux, immunologiques, neuroendocrines, de sommeil et psychiatriques ont été étudiés, mais une étiologie unifiée n'a pas pu être établie. Les données suggèrent que des facteurs physiologiques et psychologiques fonctionnant ensemble prédisposent un individu à la maladie, et précipitent et perpétuent la maladie (Afari & Buchwald, 2003).

Afari et Buchwald (2003) donnent un résumé extensif des recherches sur la pathophysiologie du syndrome de fatigue chronique regroupant des recherches génétiques, des recherches

sur des anomalies du système nerveux central, sur des anomalies dans le système immunitaire, sur des agents infectieux, sur la perturbation de sommeil, études d'effort physique, et des désordres psychiatriques.

Il y a une controverse de longue date sur l'étiologie du syndrome de fatigue chronique. La présentation du syndrome est souvent accompagnée par des troubles de santé mentale, plus particulièrement d'anxiété et/ou de dépression. McKay, Duffy et Martin (2009) parlent d'une « énigme étiologique » ; des patients avec un diagnostic primaire d'anxiété ou de dépression peuvent éprouver des symptômes consistant avec le diagnostic du syndrome de fatigue chronique, tandis que des patients qui souffrent du syndrome de fatigue chronique peuvent éprouver de l'anxiété, de la dépression et du désespoir face aux des symptômes physiques chroniques et débilitants qu'ils éprouvent. Indépendamment de la pathologie sous-jacente responsable du syndrome de fatigue chronique, l'évidence que ce groupe de patients se présente souvent avec des symptômes d'anxiété et de dépression, est irréfutable (McKay, et al., 2009). Cependant, malgré le chevauchement des symptômes et la comorbidité avec des troubles psychiatriques, le syndrome de fatigue chronique serait distinct des ces troubles psychiatriques (Afari & Buchwald, 2003).

La difficulté d'une étiologie peu claire est montrée par la classification du syndrome par l'OMS ; depuis 1968 l'OMS a classifié le syndrome de fatigue chronique comme une condition neurologique (code G.93.3, Chapitre Santé Mentale) en reconnaissant que cette condition peut être causée par une maladie virale, et comme neurasthénie (code F48.0), un diagnostic de santé mentale (McKay, et al., 2009).

### **1.7.5.3 Epidémiologie**

Les incohérences dans les modèles étiologiques sont probablement responsables de la variabilité observée dans les données épidémiologiques.

Les estimations de prévalence du syndrome de fatigue chronique varient avec la définition utilisée, le type de population étudié et les méthodes de recherche. Les estimations varient de 0.007% à 2.8% dans la population générale adulte, et de 0.006% à 3.0% en soins primaire ou dans les pratiques des généralistes (Afari & Buchwald, 2003).

Il est estimé que 0.5% de la population générale fait l'objet d'un diagnostic de syndrome de fatigue chronique, ce qui est en accord avec des estimations en soins primaire. Il est suggéré que le nombre de diagnostics est en hausse (McKay, et al., 2009).

### **1.7.5.4 Syndrome de fatigue chronique et stress**

Plusieurs études ont indiqué que des tensions psychiques de longue durée peuvent jouer un rôle important dans la pathogénèse. On a trouvé que des événements de vie majeurs, comme la perte d'un compagnon ou la perte d'emploi (Prins, et al., 2006) ou une maladie aigue, peuvent précéder et précipiter le début du syndrome. La majorité des patients peut

indiquer le déclencheur du syndrome ; une infection ou un virus précédé par un certain niveau de stress (McKay, et al., 2009).

Theorell, Blomkvist, Lindh et Evengard (1999) ont fait une tentative de décrire la séquence des événements psychosociales, des infections, des symptômes d'infections et des sentiments de stress liés au début du syndrome. Ils ont remarqué que le groupe « fatigue chronique » rapporte légèrement plus de séparations, plus de conflits au travail et plus de changements de responsabilité au travail (réduite ou accrue) durant l'année précédant le syndrome de fatigue chronique, que le groupe de contrôle.

#### ***1.7.5.5 Syndrome de fatigue chronique et burnout***

Il y a une discussion dans la littérature relative au burnout quant à savoir si le burnout est en effet plus que simplement de la fatigue (liée au travail) (Leone, Huibers, Knottnerus, & Kant, 2008). Burnout et fatigue chronique connaissent un contexte et une conceptualisation différents mais le symptôme de fatigue joue un rôle central dans les deux conditions.

Les décours temporels du burnout et de la fatigue chronique ont été comparés dans une étude prospective dans une population de travailleurs (Leone, et al., 2008). Selon les scores sur des questionnaires, les participants étaient repartis dans trois groupes ; « fatigue pure », « burnout pur » et « burnout et fatigue ». Le décours est défini en termes de plaintes et d'absentéisme. L'étude montre que l'évolution du groupe « burnout & fatigue » est moins favorable que celui des groupes « burnout pur » et « fatigue pure », en termes de persistance des symptômes et de prévalence d'absentéisme. En plus, à cause d'un grand pourcentage de rétablissements, l'évolution du groupe « « burnout pur » est légèrement plus favorable que celui du groupe « fatigue pure ». Les résultats impliquent que le diagnostic différentiel est important pour l'estimation de l'évolution des plaintes et le besoin de thérapie.

#### ***1.7.5.6 Syndrome de fatigue chronique et fibromyalgie***

Le syndrome de fatigue chronique et la fibromyalgie ont en commun qu'ils peuvent être conceptualisés comme des maladies de stress, dans lesquelles des événements défavorables, la régulation de stress et les mécanismes de gestion de douleur sont fortement liés (Prins, et al., 2006).

Le syndrome de fatigue chronique et fibromyalgie se présentent avec un nombre de caractéristiques cliniques similaires. Une des caractéristiques associées au syndrome de fatigue chronique et à la fibromyalgie est notamment la douleur. La fibromyalgie est caractérisée par des douleurs (musculosquelettiques) diffuses et chroniques, durant plus de trois mois. Le syndrome de fatigue chronique se présente avec une co-morbidité de maux de tête, douleurs musculaires et douleurs articulaires. Ce sont les différences dans les symptômes initiaux qui semblent déterminer le diagnostic et le traitement de ces conditions (McKay, et al., 2009).

Afari et Buchwald (2003) mentionnent que 20% à 70% des patients qui souffrent de fibromyalgie répondent aussi aux critères du syndrome de fatigue chronique, et 35% à 70% des patients avec le syndrome de fatigue chronique souffrent de fibromyalgie. Pour certains chercheurs, le chevauchement des définitions, des symptômes, des caractéristiques des patients et des traitements, suggère que ces conditions sont classifiées arbitrairement et devraient être considérées comme des manifestations différentes d'un même processus biomédical et psychosocial.

## 1.7.6 Burnout et Fibromyalgie

### **1.7.6.1 Définition de la fibromyalgie**

La fibromyalgie est une affection rhumatismale non articulaire chronique caractérisée par une douleur diffuse ou des sensations de brûlure de la tête aux pieds accompagnées d'une fatigue profonde (Russell & Raphael, 2008; Wolfe, et al., 1990). Elle a été longtemps considérée comme une affection psychiatrique à cause de troubles psychologiques (liés à la douleur récurrente, chronicité des symptômes et charge psychologique) qui lui sont associés (Cedraschi, Desmeules, Luthy, & Allaz, 2003; Neumann & Buskila, 2003). C'est depuis 1992 qu'elle a été reconnue par l'Organisation Mondiale de la Santé comme affection rhumatismale et codée depuis 2006 sous M 79.7 dans la Classification Internationale des Maladies.

Etymologiquement, le terme fibromyalgie est constitué de «fibro» pour fibrose, «myo» pour muscles et «algie» pour douleur.

En pratique médicale, elle a été aussi appelée : syndrome polyalgique idiopathique diffus (SPID), rhumatisme musculaire chronique, rhumatisme psychogène, fibrosite, et rhumatisme des tissus mous (Doherty & Jones, 1995; Russell & Raphael, 2008).

Du fait que la fibromyalgie recouvre plusieurs symptômes associés dont fatigue chronique invalidante, trouble du sommeil, troubles des fonctions cognitives, plaintes gastro-intestinales (colon irritable), douleurs pelviennes, cystalgies, malaises, vertiges, hypotension orthostatique, impression de gonflement, paresthésies, engourdissements, plusieurs auteurs préfèrent évoquer un syndrome fibromyalgique (Aaron & Buchwald, 2003; Barsky & Borus, 1999; Doherty & Jones, 1995; Wolfe, 2009).

Le syndrome fibromyalgique (SFM ou FMS) se distingue cependant du syndrome de fatigue chronique (CFS ou SFC) avec lequel il partage plusieurs signes. Ils sont tous deux des syndromes somatiques fonctionnels qui semblent être étroitement liés. Cette similarité des symptômes pose souvent un problème de diagnostic, sauf que dans le SFM, des douleurs musculaires l'emportent sur la fatigue, alors que dans le SFC la fatigue l'emporte sur la douleur (Barsky & Borus, 1999; Cathébras, 2003; Kanaan, Lepine, & Wessely, 2007; Laroche, 2009; Maquet, Croisier, & Crielaard, 2001; Masquelier, 2004)

Les syndromes somatiques fonctionnels, autrefois appelés syndromes «psychosomatiques», sont des troubles fréquents caractérisés par des regroupements de symptômes sans explication lésionnelle, touchant divers organes et fonctions. Tout un corpus de recherche indique que les syndromes fonctionnels sont significativement associés à la détresse psychologique et aux troubles psychiatriques, même si ces désordres sont loin d'être constamment observés chez les malades fonctionnels (Barsky & Borus, 1999; Cathébras, 2003; Fietta & Manganelli, 2007; Wolfe, et al., 1990).

#### **1.7.6.2 Épidémiologie**

On retrouve la fibromyalgie partout dans le monde. La prévalence dans la population générale est d'environ 1 à 2 % : 2 % dans la population adulte américaine et 1,3 % en Europe. Fondée sur l'application stricte des critères de classification du Collège américain de rhumatologie (ACR), une enquête canadienne évalue la prévalence à 1,1 % (Hudson & Pope, 1996; Wolfe, Ross, Anderson, Russell, & Hebert, 1995). Elle est de 2 à 6 % chez les consultants en médecine générale, de 5 à 8 % parmi les patients hospitalisés et atteindrait 14 à 20 % dans les consultations de rhumatologie.

La fibromyalgie représente actuellement le 3<sup>e</sup> « rhumatisme » pris en charge par les rhumatologues (Doherty & Jones, 1995; Laroche, 2009; Lawrence, et al., 1998; Neumann & Buskila, 2003; Wolfe, 1994; Wolfe, et al., 1995). Elle touche la femme dans 80 – 90% des cas (sex ratio de 1-9) et le plus souvent entre 30 et 60 ans (Yunus, Celiker, & Aldag, 2004) mais elle peut se rencontrer aussi chez l'homme et chez l'enfant. Elle est plus fréquente dans les milieux défavorisés et de faible niveau d'instruction.

#### **1.7.6.3 Etiologie**

La cause de la fibromyalgie est inconnue. La FM est d'origine complexe et multifactorielle et implique des facteurs génétiques, psychologiques, environnementaux et neuroendocriniens (Buskila & Sarzi-Puttini, 2006; Houvenagel, 1999; Laroche, 2009; Lawrence, et al., 1998; Stisi, et al., 2008; Wolfe, et al., 1995).

On sait qu'il existe une anomalie de la réponse à la douleur qui est augmentée. Il y a une sensibilisation du système nerveux central, attestée par les examens d'imagerie fonctionnelle. En revanche on ne sait pas si cette sensibilisation est la cause ou la conséquence de la maladie. De nombreux facteurs ont été successivement incriminés. La constatation que de nombreux cas de fibromyalgie survenaient après un choc émotionnel violent, un traumatisme important (Amital, et al., 2006; Anderberg, Marteinsdottir, Theorell, & von Knorring, 2000; Cohen, et al., 2002) ou une maladie virale, a fait soulever tour à tour la question de l'impact de ces événements dans l'apparition de la maladie. Par ailleurs, l'association de la douleur à des troubles du sommeil et à la dépression a fait envisager l'éventualité d'un déficit en neurohormones, notamment en sérotonine (Giesecke, et al., 2005; McBeth, et al., 2005; Pae, et al., 2008). Les neurohormones sont des substances présentes en quantité infime au niveau du système nerveux impliquées dans des fonctions



telles que le sommeil, l'humeur et la douleur mais également dans diverses fonctions sensorielles, motrices et cognitives. Ces dérèglements sont probablement à l'origine de l'importance des douleurs ressenties alors qu'on ne trouve aucune lésion des organes ou des tissus ni aucun trouble biochimique pouvant les provoquer (Kanaan, et al., 2007). Enfin, l'existence de cas «mère-fille», pourrait suggérer l'intervention d'autres facteurs non encore identifiés (Hudson, et al., 2003; Sommer, et al., 2008).

#### **1.7.6.4 Diagnostic**

Il y a encore débat sur ce que devraient être considérés comme les critères essentiels de diagnostic et si un diagnostic objectif est possible. La difficulté à diagnostiquer la fibromyalgie est que, dans la plupart des cas, les tests de laboratoire semblent normaux et que bon nombre des symptômes ressemblent à ceux d'autres affections rhumatismales comme l'arthrite ou l'ostéoporose (Kleinman, et al., 2009; Wolfe, et al., 1990).

La liste de symptômes la plus communément acceptée par l'ensemble des auteurs correspond aux critères de classification élaborés en 1990 par le Comité Critères multicentrique du Collège américain de rhumatologie (Wolfe, et al., 1990).

Selon l'American College of Rheumatology (ACR), l'affirmation d'une fibromyalgie/syndrome fibromyalgique repose sur des douleurs musculo-squelettiques diffuses qui durent au moins trois mois ainsi que des douleurs à la pression en au moins 11 points du corps, en général naturellement sensibles, sur 18. Ces critères, connues de manière informelle comme "l'ACR 1990", définissent la fibromyalgie en fonction de la présence des critères suivants:

- ✓ Une histoire de douleurs diffuses durant plus de trois mois, touchant tous les quatre quadrants du corps, c'est à dire, les deux parties, et au-dessus et en dessous de la ceinture.
- ✓ Tender-points positifs en 11 points minimum ; il y a 18 points de déclenchement désignés (bien que les personnes atteintes de ce trouble peuvent ressentir la douleur dans d'autres domaines aussi).

Les critères de l'ACR pour la classification des patients ont été créés comme critères d'inclusion à des fins de recherche et n'étaient pas destinés au diagnostic clinique. Basés sur l'utilisation d'un dispositif mécanique pour exercer une pression en un point, ils sont devenus actuellement les critères de facto de diagnostic dans le cadre clinique. Il convient de noter que le nombre de points douloureux qui peuvent être positifs à un moment quelconque peut varier avec le temps et les circonstances. Il apparaît clairement donc que le diagnostic de la fibromyalgie nécessite l'estimation subjective du médecin, de la quantité de pression qui devrait être exercée. En raison de ces résultats, le principal auteur des critères de l'ACR a mis en doute leur validité et a écrit: «Plus vous appuyez (plus vous croirez?), plus vous trouverez la FM » (Wolfe, 2003, 2009).

Les critères diagnostiques de l'ACR 1990 sont utiles en recherche clinique et en épidémiologie ; leur intérêt en pratique quotidienne reste controversé. Le diagnostic est souvent porté chez des patients qui n'ont pas les «11 fameux points douloureux» (Laroche, 2009).

Et en pratique quotidienne, le diagnostic de fibromyalgie est fait dans plus de 80% des cas sans recourir aux critères ACR 1990.

Depuis 2009, de nouveaux critères sont à l'étude (Wolfe, et al., 2010). Ils comporteraient ce qui suit :

1. Suppression du critère des « tender points » en tant qu'élément central de la définition de la fibromyalgie
2. Reconnaissance de l'importance d'une mesure quantitative de la douleur diffuse, l'index de douleur diffuse (WPI= Widespread Pain Index).
3. Incorporation des symptômes principaux de la fibromyalgie aux critères.
4. Etablissement d'échelles de sévérité pour mesurer l'ampleur de la douleur répandue et la gravité des symptômes.
5. Conceptualisation alternative de la fibromyalgie pour ceux qui ne pensent pas que la fibromyalgie est une entité diagnostique valide.

#### **1.7.6.5 Controverses**

Le syndrome fibromyalgique, est considéré comme un diagnostic controversé, faute de consensus scientifique quant à sa cause (Goldenberg, 1995; Wolfe, 2003, 2009).

De nombreux membres de la communauté scientifique et médicale ne considèrent pas la fibromyalgie comme une maladie en raison de l'absence d'anomalies à l'examen physique, et de l'absence de tests diagnostics objectifs.

Les cliniciens la considèrent, d'ailleurs comme un véritable "fourre-tout", un diagnostic « poubelle » qui permet d'éviter une réflexion plus intellectuelle (Masquelier, 2004).

Plusieurs questions controversées existent quant à la fibromyalgie qui vont de questions concernant la validité de la maladie comme une entité clinique, aux questions concernant la physiopathologie et l'existence potentielle de sous-types de fibromyalgie.

Selon Frederick Wolfe, le chercheur de la fibromyalgie le plus cité et auteur principal du document de 1990 qui a d'abord défini les critères de classification ACR fibromyalgie, «la grande majorité des médecins, sociologues et historiens de la médecine» sont sceptiques

quant à la validité de la fibromyalgie en tant qu'entité clinique (Goldenberg, 1995; Wolfe, 2009; Wolfe, et al., 1990).

Wolfe considère la fibromyalgie comme une réponse physique au stress, à la dépression et à l'anxiété économique et sociale. En 2009, il écrivait que «la tendance à répondre à la détresse éprouvée, et aux facteurs de stress physique et mental fait partie de la condition humaine (Wolfe, 2009).

La validité de la fibromyalgie en tant qu'en entité clinique unique est aussi un sujet de discorde parce qu'il n'existe quasi pas de frontières séparant ce syndrome et les autres syndromes tels que, le syndrome de fatigue chronique, le syndrome du côlon irritable, les maux de tête chroniques ou musculaires (Bendaya, Le Breton, Gahlouz, & Aymard, 2007; Rau & Russell, 2000; Zoppi & Maresca, 2008). En raison du chevauchement des signes cliniques, certains chercheurs croient que la fibromyalgie et d'autres syndromes médicalement inexpliqués peuvent être appelés collectivement syndromes somatiques fonctionnels (Barsky & Borus, 1999; Cathébras, 2003; Russell & Raphael, 2008).

Certains chercheurs pensent que les différences observées chez les personnes affectées correspondent à des profils psychologiques spécifiques et peuvent indiquer l'existence de sous-types de la fibromyalgie. Pour ces chercheurs (Muller, Schneider, & Stratz, 2007) un réexamen des personnes atteintes de fibromyalgie permet de les diviser en quatre groupes:

- ✓ Sensibilité extrême à la douleur, mais pas de conditions psychiatriques associées (peut répondre aux médicaments qui bloquent les récepteurs 5-HT3)
- ✓ Fibromyalgie et dépression liée à la douleur " (peut réagir aux antidépresseurs)
- ✓ Dépressifs atteints du syndrome de fibromyalgie concomitante (peut réagir aux antidépresseurs)
- ✓ Fibromyalgie due à la somatisation (peut répondre à la psychothérapie).

#### **1.7.6.6 Relation entre fibromyalgie et burnout**

On constate que le syndrome de la fibromyalgie se développe souvent après une sorte de traumatisme qui paraît agir comme déclencheur chez des personnes prédisposées (Amital, et al., 2006; Cohen, et al., 2002; Fietta & Manganelli, 2007; Thieme, Turk, & Flor, 2004; Van Houdenhove & Luyten, 2006; Yunus, et al., 2004). Un tel traumatisme pourrait correspondre, selon les cas, à un syndrome ou une maladie, un stress physique ou un stress émotionnel aigu.

Depuis les travaux de Hans Selye, il est généralement accepté que le phénomène du stress comporte trois phases, distinctes, une phase d'alarme, une phase de résistance, et une phase d'épuisement. Dans cette dernière phase, la situation s'installe et perdure, l'individu

s'épuise, ne s'adapte plus. Le stress s'installe de manière permanente. Il devient chronique. Le sujet ne fait plus face et rentre dans l'épuisement.

A ce dernier stade, les pathologies fonctionnelles, organiques et psychologiques dont la fibromyalgie peuvent s'installer.

Certaines fibromyalgies se déclarent dans la phase d'épuisement décrite ci-dessus : le sujet résiste à un stress chronique (conflit familial, professionnel, harcèlement ou épuisement professionnel...), puis s'épuise.

Le fait que les principaux symptômes de la fibromyalgie sont exacerbés par des agents stressants et déprimants indique qu'il y aurait une relation étroite entre cette maladie et le stress (Cleare, 2004; Hudson & Pope, 1996; Van Houdenhove & Egle, 2004; Van Houdenhove & Luyten, 2006; Zurowski & Shapiro, 2004)

De récentes études affirment qu'un grand nombre de fibromyalgiques avaient préalablement été exposés à des situations prolongées de stress professionnel, social ou familial. Ces mêmes études mettent également en évidence que le stress, la dépression et autres désordres psychiatriques joueraient un rôle important dans l'étiopathogénie et la physiopathologie du syndrome fibromyalgique (Amital, et al., 2006; Benjamin, Morris, McBeth, Macfarlane, & Silman, 2000; Cleare, 2004; Cohen, et al., 2002; Fietta & Manganelli, 2007; Hudson & Pope, 1996; McBeth & Silman, 2001; Thieme, et al., 2004; Van Houdenhove & Egle, 2004; Van Houdenhove & Luyten, 2006; Zurowski & Shapiro, 2004).

Par ailleurs, des études montrent que le seuil de tolérance au stress se situe à un niveau nettement plus bas chez les fibromyalgiques que chez les individus bien portants.

Si les tensions et les contraintes associées aux situations prolongées de stress physique et émotionnel se poursuivent au-dessus du seuil optimal, les défenses du système immunitaire risquent de s'effondrer. Dans ce cas, il s'ensuit généralement un épuisement hormonal qui se traduit par des troubles psychiques (détresse, dépression, burnout) ou physiologiques.

L'augmentation du nombre de patients atteints de fibromyalgie semble suivre en parallèle le développement des phénomènes de stress, que l'on peut considérer comme des conséquences des nouvelles technologies et de la mondialisation.

Il ressort donc que si plusieurs études ont mis en évidence le rôle majeur des facteurs psycho-sociaux et des désordres psychiatriques dans la genèse de la fibromyalgie, d'autres études soulignent la présence de ces troubles chez les personnes fibromyalgiques (Zoppi & Maresca, 2008). Il est donc difficile de distinguer cause et conséquence.

## 1.8 Traitements et prévention

---

### 1.8.1 Prévention

Les moyens proposés actuellement pour prévenir et réduire le burnout sont de deux ordres : d'une part des actions *centrées sur l'organisation du travail* et d'autre part des actions *centrées sur l'individu*.

Les interventions peuvent être **primaires** où il s'agit d'éliminer les causes du burnout , **secondaires** où l'objectif est d'identifier le burnout en début de processus et d'agir précocément ou **tertiaires** lorsque le but est de minimiser les conséquences du burnout.

Il n'existe pas actuellement, à notre connaissance, d'interventions validées spécifiquement pour prévenir ou traiter l'épuisement professionnel.

#### **1.8.1.1 Cadre législatif en Belgique**

La loi du 4 Août 1996, relative au bien-être des travailleurs lors de l'exécution de leur travail, définit les grands axes sur lesquels le bien-être doit être recherché et en particulier la charge psychosociale au travail.

La prévention du stress fait partie du champ d'application de l'arrêté royal du 17 mai 2007 relatif à la prévention de la charge psychosociale occasionnée par le travail. Avant l'entrée en vigueur de cet arrêté, la Convention collective de travail n° 72 du 30 mars 1999 traitait de la gestion et de la prévention du stress occasionné par le travail.

De plus, depuis la loi du 10 janvier 2007, modifiant plusieurs dispositions relatives au bien-être des travailleurs lors de l'exécution de leur travail, le facteur « charge psychosociale » reprend désormais la violence et le harcèlement moral ou sexuel au travail (Service public fédéral Emploi, Travail, & Concertation Sociale, 2010a). Mais paradoxalement rien n'est prévu concernant la prévention de l'épuisement professionnel.

#### **1.8.1.2 Prévention centrée sur l'organisation du travail**

Les interventions de **prévention primaire** dans le milieu de travail sont de type « collective » et touchent l'ensemble des travailleurs (Prevent, 2010). Elles sont destinées à diminuer les facteurs de stress de l'environnement de travail et nécessitent de bien connaître l'organisation à améliorer (Tabary, Callanquin, & Marinelli, 2007). Cependant, ce type d'interventions poursuit souvent simultanément d'autres cibles comme augmenter la productivité et l'efficacité (Schaufeli & Buunk, 2003).

En se basant sur le modèle JD-R, ces interventions peuvent viser :

- ✓ soit à diminuer les exigences professionnelles comme réduire la charge de travail, instaurer des changements dans les procédures de travail (Awa, Plaumann, & Walter,

2010), diminuer le travail administratif chez les professionnels de la santé (Spickard, Gabbe, & Christensen, 2002)

- ✓ soit à augmenter les ressources professionnelles comme l'autonomie, le soutien social des supérieurs et des collègues et la participation à la prise de décisions (Awa, et al., 2010)

Xanthopoulou et al. (2007) démontrent que les exigences de l'emploi sont les plus importants facteurs prédictifs de l'épuisement professionnel, et que par conséquent, la préoccupation initiale des organisations devrait être d'éviter des niveaux d'exigences « écrasants » afin de prévenir les effets délétères sur les employés. Toutefois, si cette limitation des exigences est impossible, ils suggèrent que les organisations fournissent suffisamment de ressources aux salariés, afin de compenser les effets négatifs de celles-ci.

Plusieurs études montrent ainsi une réduction de l'épuisement professionnel suite à des interventions visant essentiellement à augmenter le soutien social dans un échantillon de travailleurs de soins (Peterson, Bergström, Samuelsson, Åsberg, & Nygren, 2008), dans une population de pompiers (Halbesleben, Osburn, & Mumford, 2006) ou encore chez des enseignants (Laugaa, Rasclea, & Bruchon-Schweitzer, 2008).

Ainsi par exemple, Peterson et al. (2008) observent des résultats statistiquement significatifs après 12 mois de participation à des groupes de pairs chez des travailleurs de soins. Les effets portent sur une réduction significative de *l'épuisement émotionnel* et des perceptions des travailleurs quand à leurs revendications au travail. Pour les auteurs, les groupes d'entraide pourraient servir d'outil utile et relativement peu coûteux de prévention du stress et du burnout. Cependant, les limitations de cette étude étant nombreuses, des recherches complémentaires sont nécessaires.

Dans une autre étude de prévention primaire axée principalement sur l'organisation du travail ('management skill training' et soutien social), Halbesleben et al. (2006) constatent au cours du post-test réalisé 1 an après l'intervention, une diminution significative de *l'épuisement émotionnel* mais aussi de la *dimension de dépersonnalisation*.

L'introduction d'un système de « mentorat » au sein de l'entreprise (communication bidirectionnelle entre la direction et les employés, des procédures managériales de gestion des conflits, la participation aux prises de décision,...) est également proposée comme « antidote » du burnout (Schaufeli & Buunk, 2003; Spickard, et al., 2002).

Keinan et Pines (2007) identifient les interventions possibles de prévention du burnout chez des employés de centres pénitenciers en Israël : proposer un mentorat des nouveaux par les commandants supérieurs, améliorer la communication entre les superviseurs et les commandants et offrir une rémunération suffisante. La question du salaire apparaît à cet

égard et dans d'autres études comme un facteur de stress important. L'étude de Schaufeli (2000) confirme d'ailleurs ces différentes suggestions.

Les interventions de **prévention secondaire** sont conçues principalement pour aider les individus à gérer et à faire face aux facteurs de stress dans le milieu professionnel. L'intention de ces actions est de réduire la prévalence du stress. Ce niveau d'intervention peut être développé avec le précédent ou quand celui-ci n'a pas pu être réalisé ou a été inefficace.

La prévention secondaire dans le milieu de travail peut revêtir de nombreux aspects comme les formations continues ou les groupes de soutien composés de pairs (collègues ou superviseurs) comme par exemple les « groupes balint » des professionnels de santé. Leur but est d'analyser ensemble les situations de travail difficiles, pour exprimer et partager les problèmes, sortir de l'isolement et abandonner les sentiments de culpabilité (Laugaa, et al., 2008; Spickard, et al., 2002; Tabary, et al., 2007). Ce type d'intervention se situe à un niveau organisationnel vu que ces groupes de soutien sont organisés au sein des entreprises mais aussi, à un niveau individuel car il s'agit d'une intervention dirigée vers le ressenti des individus plutôt que sur l'organisation du travail. Il s'agit de prévention secondaire lorsque ces groupes de pairs sont destinés à des travailleurs déjà en burnout. Lorsqu'il s'agit d'offrir un soutien social permettant d'éviter aux travailleurs de développer un burnout alors il s'agit de prévention primaire.

Weber & Jaekel-Reindhard (2000) distinguent les approches organisationnelles dirigées vers une amélioration de l'environnement de travail (agir sur la gestion du temps, la communication, etc.) de celles dirigées vers l'individu (check up médicaux et psychologiques des travailleurs dans le cadre de l'entreprise, par exemple). Bien que la plupart des interventions ont pour but de changer les individus plutôt que l'organisation du travail (Maslach & Goldberg, 1998), Demerouti et al. (2002) préconisent d'intervenir davantage sur l'environnement de travail que directement sur les individus.

Toutefois, plusieurs études constatent que l'évaluation de l'efficacité des interventions centrées sur l'organisation du travail a conduit à des résultats contradictoires et parfois décevants (Schaufeli & Buunk, 2003; Van der Klink, Blonk, Schene, & van Dijk, 2001).

### ***1.8.1.3 Prévention centrée sur l'individu***

De façon générale, les études concernant les interventions visant à réduire le burnout sont plus souvent centrées sur la personne que sur le travail (Maslach, et al., 2001; Schaufeli & Buunk, 2003). Ces actions peuvent être conduites au niveau individuel ou en groupe (Awa, et al., 2010).

Dans la littérature, les solutions centrées sur la personne englobent à la fois les aspects relatifs au traitement et à la prévention, et la distinction entre les deux approches n'est pas

toujours évidente. Dans de nombreux cas, la même stratégie est proposée à la fois pour traiter et pour prévenir le burnout (Maslach & Goldberg, 1998).

On peut cependant retenir que ces actions visant à prévenir ou réduire le burnout ont pour objectif de développer les capacités d'adaptation des individus ('coping skills') afin de les aider à mieux gérer le stress du travail (Halbesleben & Buckley, 2004; Maslach, et al., 2001).

Ces interventions centrées sur la personne peuvent, par exemple, être:

✓ Les techniques cognitivo-comportementales

Ces techniques visent à développer les capacités d'adaptation et à évaluer leur efficacité pour résoudre des problèmes ou réduire la tension émotionnelle dans une situation de stress (Maslach, et al., 2001; Schaufeli & Buunk, 2003; Schaufeli & Peeters, 2000).

Ce type d'intervention auprès de professionnels concernés par l'épuisement professionnel a prouvé une certaine efficacité, même après un an (Schaufeli & Enzmann, 1998).

Ainsi, Van Dierendonck, Schaufeli, et Buunk (1998) ont développé un programme d'intervention de 5 semaines chez des professionnels de la santé mentale dont l'objectif principal est de réduire les perceptions d'inégalité dans les relations avec l'organisation et avec les bénéficiaires des soins en augmentant l'adéquation entre les objectifs du professionnel et le travail réel. Les résultats de cette approche fortement orientée de type cognitivo-comportementale montrent que, dans le groupe expérimental, l'épuisement professionnel (épuisement émotionnel) a diminué par rapport aux groupes de contrôle. Ces changements positifs sont stables et toujours présents 1 an après l'intervention.

✓ Les programmes psychothérapeutiques

Van Dierendonck, Garssen, et Visser (2005) ont testé un programme de prévention qui consiste en une prise en charge par de la psychologie transpersonnelle, notamment la psychosynthèse<sup>3</sup>. Par rapport au groupe témoin, le groupe d'intervention connaît une diminution du burnout (*diminution de l'épuisement émotionnel, une augmentation de l'efficacité professionnelle* et aucun changement significatif pour le cynisme). Ces effets sont stables sur une période de 6 mois.

Une étude pilote longitudinale italienne évalue l'efficacité d'une intervention de prévention primaire sur l'épuisement professionnel par l'amélioration de la gestion des relations interpersonnelles (formation à l'affirmation de soi). Les résultats montrent des effets positifs (*soit une réduction inattendue mais transitoire du niveau de dépersonnalisation, un effet néfaste sur la perte d'accomplissement personnel, et aucun effet sur l'épuisement*

---

<sup>3</sup> La psychosynthèse est une approche psychologique de la nature humaine conçue pour aborder les questions concernant les objectifs, les attentes, la signification existentielle, et la croissance personnelle.



*émotionnel*), à la fin des activités et au cours du suivi. Ces résultats doivent néanmoins être envisagés avec prudence étant donné l'absence de groupe contrôle et seraient donc à confirmer par des recherches futures (Scarnera, Bosco, Soleti, & Lancioni, 2009).

✓ Les formations aux aptitudes psycho-sociales :

Une étude analyse les effets d'une formation de 6 mois contenant des interventions psychosociales sur les taux d'épuisement professionnel chez des infirmières médico-légales. Dans le groupe expérimental, les auteurs montrent une baisse significative du taux d'épuisement professionnel (Ewers, Bradshaw, McGovern, & Ewers, 2002).

Une seconde étude montre des résultats contradictoires. Celle-ci étudie les effets d'une formation de type « communication skill training » chez des infirmières japonaises. Les auteurs montrent des effets significativement positifs sur *la dimension de l'accomplissement personnel* (Shimizu, Mizoue, Kubota, Mishima, & Nagata, 2003). Ces résultats doivent néanmoins être envisagés avec prudence étant donné la taille réduite de l'échantillon et le caractère non randomisé de l'étude et, seraient donc à confirmer par des recherches futures.

✓ Autres types d'interventions possibles

L'apprentissage de la relaxation serait efficace pour réduire le burnout (Schaufeli & Buunk, 2003; Schaufeli & Peeters, 2000; Van Rhenen, Blonk, Van der Klink, Van Dijk, & Schaufeli, 2005).

Une autre intervention pour prévenir le burnout est de promouvoir des changements chez le travailleur dans les habitudes de travail (réduction des heures prestées par semaine, ralentir le rythme de travail) (Maslach & Goldberg, 1998).

Des techniques axées sur le renforcement des ressources internes de la personne, comme l'entraînement aux aptitudes relationnelles peut réduire l'apparition de burnout (Awa, et al., 2010).

Bittman, Bruhn, Stevens, Westengard, & Umbach (2003) ont examiné un autre style d'approche centrée sur l'individu. Ils étudient l'impact potentiel au niveau clinique et économique d'un protocole de 6 sessions (durant 6 semaines) de loisirs consistant à faire de la musique (Recreational Music-making (RMM)). Ce protocole visant à mettre l'accent sur le soutien social, sur la communication, et le respect interdisciplinaire, montre une réduction statistiquement significative de *l'épuisement professionnel*.

Ces diverses interventions peuvent être concentrées dans des 'ateliers burnout' (burnout workshop) (Schaufeli & Buunk, 2003).

En conclusion, bien que l'évaluation de ces interventions individuelles conduit le plus souvent à des résultats contradictoires, les stratégies de type cognitivo-comportementales montrent un impact positif sur le burnout mais limité (Hätinen, Kinnunen, Pekkonen, & Kalimo, 2007; Schaufeli & Buunk, 2003; Van Dierendonck, et al., 2005; Żołnierczyk-Zreda, 2005).

Ces programmes centrés sur l'individu aboutissent, parfois, à des réductions de *l'épuisement émotionnel*, mais ils ont rarement un effet sur la dépersonnalisation ou l'accomplissement personnel (Awa, et al., 2010; Halbesleben & Buckley, 2004; Maslach, et al., 2001; Schaufeli & Buunk, 2003).

Ces constatations ne sont pas surprenantes car ces techniques se focalisent en général sur la réduction de l'aspect émotionnel plutôt que sur le changement des attitudes (dépersonnalisation) ou sur l'amélioration de ressources professionnelles spécifiques (accomplissement personnel) (Schaufeli & Buunk, 2003).

Notons que pour Maslach et al. (2001) et Schaufeli et Peeters (2000), les stratégies individuelles sont relativement inefficaces dans le lieu de travail, où une personne a encore moins de contrôle sur les facteurs de stress que dans d'autres domaines de sa vie. Pour ces auteurs, il est inutile de former des individus à faire face au stress et puis les renvoyer à leur environnement de travail stressant.

Toutefois, cela ne signifie pas qu'une gestion du stress orientée sur l'individu est une démarche inutile. En effet, une méta-analyse réalisée en 1999 portant sur 48 études montre que les stratégies individuelles telles que les interventions cognitivo-comportementales, les techniques de relaxation, et les interventions multimodales (par exemple, une combinaison des deux) sont efficaces pour réduire le stress au travail (Schaufeli & Peeters, 2000; Van der Klink et al., 2001). Parmi celles-ci, les interventions cognitivo-comportementales sont les plus efficaces. Récemment, une autre méta-analyse publiée en 2008, confirme largement cette constatation (Richardson & Rothstein, 2008).

#### **1.8.1.4 Combinaison des deux types d'intervention**

Les interventions décrites dans la littérature sont le plus souvent soit centrées sur la personne, soit centrées sur le travail bien qu'il soit reconnu qu'une combinaison des deux types d'intervention serait plus efficace.

En effet, une étude de Bragard et al.(2010) montre que tant les variables relatives à l'individu et celle relative au travail peuvent être des prédicteurs du niveau de burnout des travailleurs. Cette étude a été menée sur un échantillon de jeunes médecins résidents travaillant en oncologie. Les auteurs concluent que les programmes visant à réduire le niveau de burnout des jeunes médecins devraient combiner les stratégies d'intervention sur l'individu et sur l'organisation du travail.

Ainsi, Hättinen et al. (2007) ont montré qu'une intervention participative combinant une action individuelle et une action au niveau de l'organisation est une stratégie plus efficace par rapport à la stratégie de réhabilitation traditionnelle. En effet, seule l'approche combinée permet de diminuer statistiquement *l'épuisement émotionnel* au cours des 12 mois de l'étude. De plus, on constate lors de celle-ci une diminution du *cynisme*. Les auteurs observent une diminution de l'épuisement après seulement quatre mois, alors qu'une baisse du cynisme n'est évidente qu'à la fin de l'année d'intervention.

Dans une autre étude, Le Blanc, Hox, Schaufeli, Taris, & Peeters (2007), évaluent les effets, chez des prestataires de soins travaillant en oncologie, d'une intervention combinée sur l'épuisement professionnel (démarche participative de recherche (PAR), groupes de soutien et des formations aux habilités d'adaptation) durant une période de 6 mois. Les résultats montrent que le personnel des salles d'expérimentation en comparaison avec les salles contrôle connaît beaucoup moins *d'épuisement émotionnel* et de *dépersonnalisation* directement à la fin du programme. Cependant 6 mois après celui-ci, seul l'épuisement émotionnel est toujours réduit.

D'autres études confirment ces résultats sur l'épuisement émotionnel (Blonk, Brenninkmeijer, Lagerveld, & Houtman, 2006; Isaksson, Gude, Tyssen, & Aasland, 2010; Sluiter, et al., 2005) et le niveau de dépersonnalisation (Blonk, et al., 2006).

Il est donc reconnu qu'une combinaison des deux types d'intervention serait plus efficace. Cependant, les interventions décrites dans la littérature sont le plus souvent centrées sur la personne. Cela est particulièrement paradoxal, étant donné que la recherche montre que les facteurs situationnels et organisationnels jouent un plus grand rôle dans l'épuisement professionnel que les causes individuelles (Awa, et al., 2010; Maslach, et al., 2001; Schaufeli & Buunk, 2003).

Dans leur revue de littérature, Awa et al. (2010) constatent que les interventions centrées sur la personne réduisent l'épuisement professionnel à court terme (6 mois ou moins), tandis qu'une combinaison des deux interventions a des effets positifs de plus longue durée (12 mois et plus). Dans tous les cas, les effets positifs d'intervention diminuent au cours du temps à moins que des *cours de recyclage* ne soient dispensés aux travailleurs concernés.

Un autre fait décrit dans la littérature est également interpellant et concerne le taux de participation aux différentes interventions. En effet, dans une étude épidémiologique sur la santé réalisée en Finlande, on constate que les employés atteints de burnout sont *moins souvent la cible d'interventions sur le milieu de travail*, mais participent davantage aux interventions axées sur l'individu (Ahola, et al., 2007). Malgré l'accent sur les conditions de travail dans l'étiologie de l'épuisement professionnel, les employés souffrant de burnout semblent moins souvent la cible des interventions professionnelles. Ces résultats pourraient suggérer que la situation actuelle dans la prévention et le traitement d'épuisement professionnel n'est pas optimale en termes de cible de travailleurs à atteindre.

## 1.8.2 Prise en charge et traitement

Les articles parlant de l'aspect curatif du burnout sont beaucoup plus rares que ceux traitant de l'aspect préventif. De plus, la distinction entre prévention et traitement n'est pas toujours bien définie dans la littérature (Maslach & Goldberg, 1998; Weber & Jaekel-Reindhard, 2000). Les approches thérapeutiques s'effectuent essentiellement par des interventions individuelles ciblées (Ahola, et al., 2007) et elles sont utilisées pour permettre une reprise et une réhabilitation au travail (Schaufeli & Buunk, 2003).

Parmi les suggestions de traitement de l'épuisement professionnel, on retrouve la nécessité d'associer un changement ou une réorganisation au niveau de l'environnement de travail avec de la psychothérapie de réhabilitation et diverses formes de counseling (Ahola, et al., 2007). Cette nécessité d'approche intégrée est confirmée par Grosch et Olsen, cités dans un article de Farber (2000) et dans un article de Friedeman (2000)

Des traitements pharmacologiques (antidépresseurs) peuvent également être proposés selon le type et la gravité des symptômes (Ahola, et al., 2007; Weber & Jaekel-Reindhard, 2000). Cependant, ce type de traitements est souvent proposés en raison de la difficulté d'établir un diagnostic différentiel avec d'autres types de maladies comme la dépression.

Les articles traitant de l'aspect curatif du burnout dans la littérature sont le plus souvent des études de cas comme l'article rédigé par Pines (2002) qui analyse une approche psychanalytique pour comprendre et traiter l'épuisement professionnel. Ainsi, l'identification des raisons conscientes et inconscientes du choix de carrière de l'individu a besoin d'une exploration détaillée des expériences de l'enfance (Pines, 2000, 2002). Pour Farber (2000), le traitement du burnout exige habituellement une combinaison de psychothérapie psychodynamique et cognitivo-comportementale.

Une autre approche thérapeutique décrite dans la littérature mérite réflexion et des recherches complémentaires. Ainsi Brandes et al. (2009) étudient l'impact d'interventions thérapeutiques musicales sur le burnout. Cette étude montre que le programme de musique spécifique réduit de façon significative les symptômes de l'épuisement après 5 semaines. Les effets sont maintenus sur une longue période. Ces constatations se retrouvent dans une autre étude (Cheek, Bradley, Parr, & Lan, 2003) dans un échantillon d'enseignants.

### **1.8.2.1 Retour au travail**

Les programmes psychothérapeutiques proposés visent généralement à réduire les symptômes du burnout mais également à aider le travailleur dans sa reprise et sa réhabilitation au travail, dans ce cas nous parlons de **prévention tertiaire**.

Peu d'études décrivent des interventions sur des travailleurs en incapacité de travail et peu d'entre-elles examinent leurs effets sur le retour au travail. Jusqu'à présent, la majorité des

études portent sur des interventions visant à prévenir les absences pour maladie (Van der Klink, et al., 2001) .

Cependant, Blonk et al. (2006) découvrent que une intervention combinant des techniques centrées sur l'individu et d'autres sur le travail a des effets statistiquement significatifs sur le retour au travail à temps plein ou à temps partiel. En effet, le retour à temps partiel a lieu de 17 à 30 jours plus tôt et le retour à temps plein environ 200 jours plutôt dans le groupe traité par l'intervention combinée.

Des études complémentaires semblent nécessaires avant d'émettre des conclusions à ce sujet. En pratique cependant, la reprise des activités professionnelles à temps partiel semble être un élément important qui pourrait aider les personnes à reprendre leur travail à temps plein par la suite et ce grâce à divers mécanismes comme l'expérience de réussite, le sentiment d'auto-efficacité et de contrôle, etc. (Blonk, et al., 2006).

### 1.8.3 Suggestions pour des démarches de prévention et de prise en charge en entreprise

Cette revue de la littérature peut nous amener à conclure que l'épuisement professionnel peut être réduit, mais qu'il y a une nécessité de développer des programmes de prévention validés et accompagnés d'une évaluation empirique.

Maslach et Goldberg (1998) recommandent de se baser sur une définition précise de ce qu'est le burnout afin de pouvoir évaluer les changements opérés et de mettre en place des stratégies de prévention efficace. Ils suggèrent une approche centré sur la perception des individus de leur environnement de travail et leur processus de décision en se posant les questions suivantes : Comment les individus perçoivent l'environnement de travail ? Comment ces perceptions peuvent mener au burnout ou le prévenir ? Il s'agit ensuite de faire une comparaison des risques et des bénéfices des différentes opportunités que les travailleurs ont à leur disposition.

Halbesleben et al. (2006) ont utilisé une technique de prévention appelée « l'approche recherche-action » pour s'attaquer à des niveaux élevés d'épuisement professionnel dans un service d'incendie. Dans cette approche, une fois que les travailleurs ont déterminé la nature et les causes de leurs préoccupations (via des observations, des entretiens, des enquêtes et des groupes de discussion), ils ont travaillé en collaboration pour développer et tester des solutions potentielles. Cette démarche active de participation est prometteuse serait à étudier plus en détails et à réévaluer.

Enfin, il est important de tenir compte de certaines choses avant d'implémenter ou d'évaluer un programme de prévention ou de traitement du burnout.

Les signes d'alerte précoce de l'épuisement professionnel peuvent facilement passer inaperçus ce qui peut faire sous-estimer le burnout. De plus, les travailleurs atteints ont tendance à continuer à travailler au départ et donc ils ne représentent pas une menace grave pour le fonctionnement de l'entreprise (Maslach & Goldberg, 1998). Ainsi, le rôle de la médecine du travail dans l'identification précoce des travailleurs atteints d'épuisement professionnel est essentiel et la création d'une fiche « technique » représente un aide sérieuse et précieuse à ce sujet.

D'autre part, le « healthy worker effect » peut amener un biais pour les interventions. En effet, les personnes en burnout ont peu de motivation en raison de leur problèmes de santé, ils vont donc changer plus facilement d'employeur ou quitter prématurément la vie active. Les travailleurs qui restent sont donc comparés à des « survivants » et ont tendance à montrer des niveaux de burnout moins important (Maslach, et al., 2001; Schaufeli & Buunk, 2003; Shah, 2009).

Étant donné que les travailleurs en burnout quitte le milieu du travail, la question importante qui émerge est de savoir comment atteindre ces personnes. Comment ces personnes vont-elles pouvoir bénéficier des différents programmes d'interventions alors qu'ils sont absent, en congé maladie, en invalidité,... ? Une fois que le travailleur a quitté le milieu professionnel, le médecin traitant prend souvent le relais du médecin du travail. Une solution pourrait être d'améliorer les processus de communications entre les médecins du travail et les médecins traitants pour tenir les patients informés des possibilités existantes au sein de son environnement de travail (Barbier, 2010).

## 2. Recherche documentaire

Afin d'avoir une approche la plus rigoureuse et scientifique possible pour aborder un phénomène aussi vaste que le burnout, nous avons réalisé, de façon systématique, une revue de la littérature.

Pour se faire, nous nous sommes principalement basés sur deux bases de données : Psycinfo et Medline. Hormis quelques articles incontournables, nous avons ciblé la recherche sur les publications parues entre 1995 et 2010.

Afin de cibler les articles les plus pertinents, nous avons adopté une démarche en trois temps. Tout d'abord, nous avons identifié les champs fondamentaux ainsi que les champs secondaires de la recherche. En d'autres mots, les champs fondamentaux correspondent aux thématiques qui doivent absolument être présentes dans le document pour que celui-ci soit considéré comme pertinent. Quant aux champs secondaires, ils sont considérés comme un plus pour la pertinence de l'article mais ne sont pas indispensables pour l'acceptation de celui-ci. Dans un second temps, et au vu de la quantité d'articles trouvés, nous avons défini un ensemble de critères nous permettant de considérer, de façon systématique, la pertinence de l'article. Ce n'est qu'au bout de ces démarches que nous passons à lecture des abstracts des articles et enfin à la lecture approfondie de ces derniers.

La démarche dans son ensemble, les termes de recherche sélectionnés ainsi que les critères de sélection des articles se trouvent ci-dessous. La démarche de recherche documentaire complète se trouve en annexe 1.

### 2.1 Identification et hiérarchisation des champs

---

#### ✓ Deux champs **fondamentaux**

*Burnout* : le burnout étant au centre de notre étude, il est indispensable que celui-ci soit abordé dans chacun des articles.

*Diagnostic* : afin de réaliser cette étude, il est nécessaire de pouvoir identifier, sur base de fondements scientifiques, les critères, les symptômes qui permettront de considérer que la personne est en burnout.

#### ✓ Champs **secondaires**

Les champs secondaires sont les suivants: prévalence, workaholisme, stress, dépression, fibromyalgie, fatigue chronique.

## 2.2 Termes sélectionnés pour la recherche

Ces termes ont été sélectionnés sur base du Thesaurus Psycinfo (en gras), du Thesaurus Medline (en italique) et de mots-clés qui ne sont pas dans les Thesaurus.

### Champ fondamental 1 : le burnout

	Français	Anglais
Termes majeurs	Burnout Épuisement professionnel	<i>Burnout</i> Exhaustion <b>Occupational stress</b>
Termes secondaires		Job strain <b>Distress</b> Job stress

### Champ fondamental 2 : diagnostic

	Français	Anglais
Termes majeurs	Diagnostic	<b>Diagnosis</b> <b>Differential diagnosis</b> <i>Early Diagnosis</i> <b>Medical diagnosis</b>
Termes secondaires	Symptôme Traitement Prise en charge	<b>Symptoms</b> <b>Symptom Checklists</b> <i>Health complaints</i> <i>Measurement</i> <b>Disease Management</b> <b>Pain management</b> <b>Stress management</b> <b>Management</b> <b>Treatment</b>

### Champs secondaires

	Français	Anglais
Termes majeurs	Prévalence	Prevalence
	Stress	<b>Occupational stress</b> Job strain <b>Distress</b> Job stress
	Dépression	<b>Major Depression</b> <i>Depression</i>



	Workaholisme	<b>Workaholism</b> Workaholic <b>Addiction</b> Compulsive
	Fatigue chronique	<b>Chronic fatigue syndrom</b> <i>Fatigue syndrome, Chronic</i>
	Fibromyalgie	<b>Fibromyalgia</b> <i>Fibromyalgia</i>

### 2.3 Critères pour accepter ou non un abstract

	Articles acceptés	Articles rejetés
Langue	Anglais Français	Autres
Études de cas	Quelques unes à titre d'illustration en fonction du secteur	Autres
Questionnaire(s) utilisé(s)	Quelques exemples types de questionnaires d'auto-évaluation à titre d'illustration	MBI BMI OLBI ....
Symptômes	Étude type en fonction du symptôme	Études redondantes avec des symptômes déjà identifiés
Stress	Stress en lien avec le travail	Tous types de stress n'ayant pas un lien direct avec le travail
Champs proches du burnout (Dépression, Workaholisme, Fybromyalgie, Fatigue chronique)	Quelques articles pour définir et situer chaque concept	Autres concepts proches du burnout (neurasthénie, etc.)
	Articles qui abordent le burnout et un des champs proches (en termes de relation ou différence)	Articles qui ne mettent pas en lien les concepts, ou sur une population trop spécifique (handicapés,...)

### 3. Étude du burnout au sein de la population active belge

#### 3.1 Méthodologie

Cette enquête comporte l'enregistrement des cas rencontrés par des médecins généralistes et des médecins du travail durant une période de trois mois.

Concrètement, chaque médecin a reçu trois types de fiches à compléter et à renvoyer, qui nous ont permis d'enregistrer la fréquence du burnout au sein de la population belge :

- *Une fiche médecin* : cette fiche compile des informations sur le médecin (genre, années d'expérience en médecine générale, nombre de consultations par jour, entre autres). Ces informations nous permettront d'identifier les biais de notre échantillon par rapport à la représentativité des médecins dans la population.
- *Une fiche « patient »/fiche « travailleur »* : cette fiche compile des informations sur la personne rencontrée par le médecin et les symptômes observés.
- *Une fiche mensuelle* : le médecin devra préciser le nombre de consultations effectuées sur le mois écoulé ainsi que le nombre de jours de congés.

La méthodologie décrite concerne les médecins généralistes et les médecins du travail. Elle comporte différentes étapes :

- ✓ La construction des différentes fiches
- ✓ La réalisation de focus-groupes afin de valider ces fiches
- ✓ La création de l'échantillon
- ✓ Le lancement de l'enquête
- ✓ L'analyse des données

##### 3.1.1 Construction des différentes fiches

###### **3.1.1.1 Fiche médecin et fiche mensuelle**

Ces fiches ont été créées par l'équipe de recherche afin de récolter des informations sur les médecins participant à l'étude. Vous trouverez les fiches « médecin » en annexe 2 et les fiches mensuelles en annexe 3.

###### **3.1.1.2 Fiche patient et fiche travailleur**

Dans un premier temps, nous nous sommes essentiellement basés sur l'analyse de la revue de la littérature afin de mettre au point les informations contenues dans cette fiche. Suite à une réunion pluridisciplinaire avec les différents membres de l'équipe de recherche, il a été décidé de mettre au point deux versions de fiche :

- ✓ Sur base des différents symptômes répertoriés dans la littérature (physiques/affectifs et cognitifs/comportementaux)
- ✓ Sur base des différentes définitions et des items des outils d'auto-évaluation validés.

Dans un second temps ces deux versions ont été combinées afin de réaliser la fiche la plus pertinente possible et suscitant les accords au sein de l'équipe de recherche.

De façon informelle, nous avons voulu recueillir l'avis de médecins de terrain sur la fiche, avant de la valider de façon formelle dans les focus groupes d'experts. Nous avons donc rencontré trois médecins généralistes lors d'entretiens individuels. P. Firket a également engagé cette discussion dans le cadre de deux 'dodécagroupes', groupes de réflexion composé de médecins généralistes. Lors de ces divers entretiens individuels ou collectifs, un certain nombre de données ont été récoltées, d'une part, au niveau du contenu de la fiche, et d'autre part, au niveau de la méthodologie poursuivie dans l'enquête. Notamment, les médecins ont souligné l'utilité de faire un retour aux médecins participant à l'enquête, pour que leur participation leur fournisse une aide dans leur diagnostic.

Suite à ces entretiens, nous avons validé provisoirement la fiche « *patient* » pour les médecins généralistes. Ensuite, nous avons adapté cette fiche pour les médecins du travail. Des modifications finales ont été apportées à ces fiches suite à la réalisation de l'étape suivante de notre méthodologie : les focus-groupes.

### **3.1.1.3 Réalisation de focus-groupes**

L'objectif des focus-groupes était d'arriver à un consensus sur une définition du burnout et sur les symptômes à inclure dans la fiche. Quatre focus-groupes, deux francophones et deux néerlandophones, ont été réalisés dans le courant des mois de février et mars. Une rémunération était prévue et un repas était offert aux participants. Ces focus-groupes étaient interdisciplinaires et comprenaient, selon les groupes, des médecins généralistes, des médecins du travail, des médecins-conseil, des psychiatres et des psychologues.

#### Canevas d'animation

- ✓ **Introduction :**
  - a. Présentation du cadre et des objectifs des focus-groupes, du rôle des animateurs et des participants. (5 min.)
  - b. Présentation des participants : qui sont-ils ? quel est leur métier ? (tour de table, 15 min.)
- ✓ **Transition :**
  - a. Présentation par l'animateur d'une définition théorique générale du burnout.
- ✓ « Selon Schaufeli & Enzmann (1988), le burnout est un état d'esprit négatif persistant lié au travail, chez des individus "normaux", qui est caractérisé par de l'épuisement,

un sentiment d'inefficacité, une démotivation et des comportements dysfonctionnels au travail. »

- b. Sur base de quels symptômes envisagez-vous un diagnostic de burnout chez vos patients/travailleurs ? (10 min.) *Chaque participant note sur une fiche individuelle et puis tour de table.*

✓ **Questions clés :**

*Présentation d'une liste de symptômes extraits de notre fiche.*

<i>Physiques</i>	<i>Cognitifs et affectifs</i>	<i>Comportementaux</i>
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Plaintes neurovégétatives /fonctionnelles               <ul style="list-style-type: none"> <li>● Palpitations</li> <li>● Sudation</li> <li>● Tremblements</li> <li>● Vertiges</li> <li>● Toux</li> <li>● Gastro-intestinales</li> <li>● Épigastrie</li> <li>● Oppression thoracique</li> </ul> </li> <li>○ Asthénie</li> <li>○ Troubles du sommeil</li> <li>○ ↓ énergie</li> <li>○ Autre(s) :...</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Humeur dépressive</li> <li>○ Frustration</li> <li>○ Anxiété</li> <li>○ Irritabilité</li> <li>○ ↓sentiment de contrôle</li> <li>○ ↓ sentiment de compétence</li> <li>○ ↓ estime de soi</li> <li>○ ↓ idéalisme</li> <li>○ ↓ motivation</li> <li>○ ↓concentration</li> <li>○ ↓ mémoire</li> <li>○ Autre(s) :...</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Agressivité</li> <li>○ Isolement</li> <li>○ Changement de l'attitude envers autrui :               <ul style="list-style-type: none"> <li>● indifférence</li> <li>● distanciation, détachement</li> </ul> </li> <li>○ ↓performance, compétence</li> <li>○ Intention de quitter</li> <li>○ Absentéisme               <ul style="list-style-type: none"> <li>● durée :</li> <li>● dès ce jour</li> </ul> </li> <li>○ Autres :...</li> </ul>

Chaque colonne est présentée sur une fiche individuelle A4. Selon son expérience, chaque participant (10 min.):

- a. coche les symptômes-clés pour diagnostiquer le burnout,
- b. barre les symptômes les moins utiles pour diagnostiquer le burnout,
- c. peut ajouter d'autres symptômes qu'il juge nécessaires pour diagnostiquer le burnout.

**PAUSE (15 min.) :**

*Les animateurs récoltent les fiches et préparent un tableau synthétique des symptômes sur base des réponses des participants. Les fiches sont numérotées et chaque numéro correspond à un participant afin de pouvoir classer les fiches par profession.*

✓ **Clôture :**

*Présentation du tableau synthétique et demande de feedback pour arriver à un consensus. (40 min.)*

Symptômes-clés			Symptômes les moins utiles			Éléments manquants		
Physiques	Cognitifs /affectifs	Comportementaux	Physiques	Cognitifs /affectifs	Comportementaux	Physiques	Cognitifs/affectifs	Comportementaux

a. Est-ce que tout le monde est d'accord avec ce classement?

*Les animateurs essayent d'arriver à un consensus sur les symptômes-clés, les symptômes à éliminer et les symptômes manquants.*

*Ensuite, les participants classent les symptômes-clés et les éléments manquants par ordre d'importance.*

b. Sur base de ce tableau, comment définiriez-vous le burnout en une phrase? (10 min.)

*Les animateurs notent les éléments clés pour arriver à former une phrase reprenant tous les éléments cités pour obtenir un consensus final.*

En fin de séance, présentation de la dernière version de la fiche médecin généraliste et fiche médecin du travail pour récolter les éventuels commentaires sur la lisibilité et la compréhension de celles-ci.

#### **3.1.1.4 Finalisation des fiches « patient » et « travailleur »**

Suite aux résultats de ces focus-groupes qui seront présentés dans la suite du rapport, nous avons finalisé et validé le contenu des différentes fiches.

Vous trouverez les fiches « patient » pour les médecins généralistes en annexe 4 et les fiches « travailleur » pour les médecins du travail en annexe 5.

### 3.1.2 Création de l'échantillon

#### **3.1.2.1 Méthodologie d'échantillonnage pour les médecins généralistes**

Nous avons tout d'abord procédé à un échantillonnage stratifié des médecins francophones affiliés à la Société Scientifique de Médecine Générale (SSMG)<sup>4</sup>. L'objectif était d'obtenir une représentativité au niveau de la population rencontrée par les médecins. La population était divisée en strates selon les régions, les provinces, les arrondissements et les communes. Dans chaque catégorie, un nombre de médecins généralistes a été sélectionné proportionnellement à la taille de la population (nombre d'habitants).

Dans un premier temps, 1200 médecins ont été contactés par courrier électronique afin d'obtenir leur accord pour participer à l'étude. Étant donné le faible taux de réponse obtenu (2,5%), tous les médecins de la base de données de la SSMG dont l'adresse électronique était accessible ont alors été contactés. Au final, 3148 médecins ont été sollicités et 120 médecins ont accepté de participer à l'étude (taux de réponse de 3,8%).

En ce qui concerne les médecins néerlandophones, nous avons collaboré avec l'ASBL Domus Medica<sup>5</sup>. Tous les médecins constituant la base de données de cette ASBL ont été également contactés par courrier électronique (4620 médecins). Parmi eux, 58 médecins ont accepté de collaborer (taux de réponse de 1,25%) .

L'échantillon de médecins généralistes se compose donc au total de 178 médecins.

#### **3.1.2.2 Méthodologie d'échantillonnage pour les médecins du travail**

Il a été recherché par le biais de cet échantillon d'obtenir une représentativité de la population de travailleurs salariés âgés de 15 ans et plus .

Nous disposons de plusieurs données indispensables à la création de notre échantillon :

- ✓ Les effectifs des travailleurs sous contrat ou ayant statut de fonctionnaire en Belgique (données ONSS)
- ✓ Pour chaque SEPPT : les effectifs des travailleurs soumis (annuels + partiels)
- ✓ Les effectifs totaux des travailleurs belges soumis à une surveillance de santé régulière dans le cadre de la médecine du travail (soumis annuels + soumis partiels) et cela dans le cadre de la population surveillée par les 15 services externes de prévention et protection au travail (SEPPT).

Nous avons ainsi établi le nombre de médecins du travail nécessaires pour notre échantillon par service. Il a été prévu d'échantillonner dans chaque service acceptant de collaborer à

---

<sup>4</sup> La SSMG est une société scientifique qui a pour but la promotion scientifique du médecin généraliste, tant du point de vue théorique que pratique. Site web : <http://www.ssmg.be>

<sup>5</sup> Domus Medica défend les intérêts des médecins de famille et des cercles de médecins en Flandres, sur le plan scientifique, social et syndical. Site web : <http://www.domus-medica.be>

l'étude, 1/5 de l'effectif médecin sur base de l'effectif en équivalent temps plein. Sur le plan scientifique, l'idéal aurait été de procéder à un tirage au sort des médecins. Une telle procédure aurait cependant eu l'inconvénient probable de sélectionner des médecins peu motivés par l'étude. Il a donc semblé préférable à l'équipe de recherche de privilégier le volontariat des médecins. Il a cependant été demandé que chaque service veille à ce que l'échantillon de médecins volontaires réponde à des critères de représentativité par rapport à la population globale des médecins du service (langue usuelle du médecin, le genre, l'expérience du médecin, type d'entreprise surveillé par le médecin du travail).

Une personne-relais a également dû être désignée. Celle-ci était chargée de collecter les données et d'assurer la transmission des fiches à l'équipe de recherche.

Ainsi, au niveau des SEPPT, sur les 12 services contactés, 11 (francophones et néerlandophones) ont donné leur accord de collaboration. Les 11 services participants assurent la surveillance de 2.569.918 travailleurs, soit 79,1 % du total des travailleurs surveillés par un SEPPT (données CoPrev 2008). Comme le montre le tableau ci-après, le nombre souhaité de médecins du travail participants, sur base d'un échantillonnage 1/5, était donc de 121 en équivalents temps plein. A l'issue du processus de recrutement dans les services, 147 médecins du travail, n'exerçant pas tous à temps plein, ont accepté de participer à l'étude (81 francophones et 66 néerlandophones). Ce chiffre, rapporté au nombre total de médecins employés par ces 12 services, représente un taux de réponse de 17,7%.

SEPPT contactés	N médecins	N médecins ETP	N médecins attendus	N participants FR	N participants NDL	N participants Total
Adhesia	63	45,0	9	6	6	12
Arista	90	69,9	14	8	7	15
Attentia	61	44,2	9	7	5	12
CBMT	78	57,5	11	6	6	12
CESI	86	51,9	10	21		21
Mediwet	13	8,7	4		4	4
Mensura	140	113,4	28	12	21	33
Premed	28	15,7	3		4	4
Provikmo	101	87,4	10	5	5	10
Securex	101	58,3	12	4	8	12
SPMT	69	55,4	11	12		12
TOTAL	830	607,4	121	81	66	147
%	100	100	19,9			17,7

En ce qui concerne les SIPPT, l'équipe de recherche de l'Université de Gand a collaboré avec l'association regroupant les médecins actifs dans des services de Médecine du Travail internes (AMTI/VVIB), pour mettre au point une procédure d'échantillonnage qui s'est faite également sur base volontaire. Cette association comprend environ 70 médecins du travail

employés dans de grandes entreprises ; 21 d'entre eux (tableau ci-dessous) ont accepté de participer à l'étude de prévalence (taux de réponse de 30%).

SIPPT	Nombre de participants
Arcelor-Mittal Liège	1
BB-KVLV	2
BNP Paribas Fortis	7
Cytec Drogenbos	1
DuPont de Nemours	1
Ford Genk	2
BNB-NBB	2
UGent	4
Umicore PMR Hoboken	1
<b>TOTAL</b>	<b>21</b>

Au total, l'échantillon de médecins du travail volontaires est constitué de 168 médecins (soit un taux de réponse moyen de 18,7%).

### 3.1.3 Lancement de l'enquête

Le lancement de l'enquête s'est déroulé en plusieurs étapes. En effet, nous avons procédé différemment en fonction des différentes populations de médecins.

#### **3.1.3.1 Médecins généralistes francophones**

L'étude de prévalence pour les médecins généralistes francophones a débuté le 19 avril et s'est terminée le 16 juillet.

Ces médecins ont reçu par courrier électronique la fiche « médecin » ainsi qu'un document expliquant le déroulement de l'enquête et l'utilisation des différentes fiches. Ils ont ensuite reçu un colis postal comprenant à nouveau le document explicatif, les fiches « patient » et les fiches mensuelles. Ce colis comprenait également trois enveloppes pré-timbrées afin que les médecins puissent faire parvenir les fiches complétées à l'équipe de recherche à la fin de chaque mois d'enquête (le 14 mai, le 18 juin et le 16 juillet).

#### **3.1.3.2 Médecins généralistes néerlandophones**

Suite à des contraintes liées à notre collaboration avec l'ASBL DOMUS Medica, la date de lancement de l'enquête pour les médecins généralistes néerlandophones a été décalée au 17 mai. Cette date a été choisie pour correspondre au deuxième mois d'enquête des médecins francophones. L'étude s'est terminée donc pour les médecins néerlandophones un mois plus tard, le 13 août. La procédure d'envoi et de récolte des fiches est la même que pour les médecins francophones.



### **3.1.3.3 Médecins du travail ( SIPPT)**

L'enquête auprès des médecins du travail des SIPPT a débuté en même temps que les médecins généralistes francophones c'est-à-dire le 19 avril. Elle s'est terminée également le 16 juillet.

Ces médecins ont reçu tous les documents par courrier électronique et ont fait parvenir les fiches complétées mois après mois par courrier électronique à l'équipe de recherche.

### **3.1.3.4 Médecins du travail (SEPPT)**

L'étude auprès des médecins du travail des SEPPT a débuté et a été clôturée en même temps que celle des médecins travaillant au sein des SIPPT et des médecins généralistes francophones.

Les SEPPT avaient le choix quant aux modalités d'envoi et de récolte des différentes fiches. La plupart ont choisi que tous les documents soient envoyés par courrier électronique à chaque médecin participant. Un seul SEPPT a préféré que les documents soient envoyés par courrier postal aux médecins.

Ensuite, chaque personne-relais des différents SEPPT a reçu trois enveloppes retours pré-timbrées par participant. Cette personne était chargée de distribuer ces enveloppes aux médecins afin qu'ils puissent faire parvenir les fiches complétées à l'équipe de recherche à la fin de chacune des trois périodes de récolte de données.

Les documents envoyés aux médecins expliquant le déroulement de l'enquête se trouvent en annexe 5 pour les médecins généralistes, en annexe 6 pour les médecins des SIPPT et en annexe 7 pour les médecins des SEPPT.

## **3.1.4 Analyse des données**

L'ensemble des données récoltées sur les trois types de fiches a été encodé dans un tableau EXCEL où une convention d'encodage a été préalablement définie par l'équipe.

Le logiciel STATISTICA a été utilisé pour effectuer des statistiques descriptives et réaliser des Chi-carré d'indépendance (de Pearson) afin de déterminer si le burnout était lié ou non aux divers volets repris dans les fiches « patient » et « travailleur ».

Ce logiciel nous a permis également de réaliser des analyses discriminantes qui nous ont permis de distinguer quels symptômes mais aussi quels facteurs de l'environnement de travail permettaient de distinguer les cas de burnout des cas de mal-être lié au travail.

Les analyses ont été réalisées d'abord séparément sur les cas récoltés par les médecins généralistes et les médecins du travail. Ensuite, elles ont été réalisées sur l'ensemble des cas rencontrés. L'ensemble des résultats est présenté dans le point suivant.

## 4. Résultats de l'étude

### 4.1 Résultats des focus – groupes

---

#### 4.1.1 Qu'est-ce que le burnout ?

Lorsque nous avons demandé aux participants de parler des symptômes sur lesquels ils se basaient pour diagnostiquer un burnout, beaucoup nous ont parlé de leur conception du phénomène.

Une première remarque est que souvent les cas de burnout ne sont pas clairs. Il faut pouvoir faire la différence avec d'autres concepts proches comme la démotivation, le harcèlement et la dépression.

Selon certains participants, il s'agit d'un processus long, chronique et masqué lié au travail. Il est difficile à identifier dans le cadre du travail. Il y a différents stades dans ce processus, qui peut prendre des années. Les travailleurs compensent fortement avant d'arriver à l'état final qui peut se traduire dans les cas extrêmes par un suicide. Le burnout est une pathologie de la solitude, les travailleurs sont en manque de reconnaissance. La seule solution est souvent de quitter son travail et de définir un autre projet de vie.

Lorsqu'une personne vient en consultation, elle se présente avec des plaintes liées au travail mais aussi à d'autres problèmes de la vie privée. Il est difficile de faire la part des choses entre ce qui vient des facteurs professionnels et non professionnels. Parfois les conditions de travail n'ont pas changé mais les événements de la vie privée font que la personne ne peut plus y faire face.

La principale différence entre le burnout et la dépression est que, en cas de burnout, la personne peut réinvestir dans autre chose que le travail, il y a quand même du plaisir pour ce qui est extérieur. Cependant, il y a peu de « vrais » burnout et souvent les problèmes impactent la vie privée également.

Le travailleur exprime souvent les plaintes "après coup". Il s'agit souvent de personnes très investies dans leur travail. Ils n'ont rien d'autre et donnent tout ce qu'ils ont pour le travail. Ils refusent l'incapacité de travail jusqu'à la dernière limite et disent que s'ils arrêtent de travailler, ils ne sauraient plus reprendre.

Une question importante qui a été soulevée lors des focus-groupe est la définition du travail. Qu'entend-on par travail? Des cas de burnout ont été aussi observés chez les ménagères.

Il y a une évolution du monde du travail vers une intensification des exigences de productivité et de rentabilité à 100%. Il y a de plus en plus de contrôle et de pression au travail. La personne devient une ressource qui doit fournir de l'énergie, elle n'est plus vue en tant qu'être humain mais comme un numéro. Souvent il existe un décalage entre le travail

prescrit et réalisé, mais aussi un débat entre les normes et les valeurs des différentes personnes. Si le système rend le travail impossible, il y a souffrance au travail.

Les métiers sont de plus en plus individualisés, le maillon faible est seul et doit rendre des comptes seul. Soit par manque de solidarité, soit parce qu'il ne veut pas « embêter les autres ». Dans les entreprises qui laissent exister les gens et les considèrent en tant qu'être humain, les travailleurs sont mieux armés pour faire face au burnout.

#### 4.1.2 Symptômes spontanés

Les tableaux 1 et 2 reprennent différentes catégories qui correspondent à des symptômes qui ont souvent été formulés de manière spontanée par les participants. Ces catégories sont détaillées dans les tableaux ci-dessous, en fonction de leur fréquence d'apparition.

Tableau 1- Focus-groupes francophones ( N=22)

Catégorisation	Total
<b>Sentiment d'inefficacité</b>	<b>19</b>
<b>Troubles du sommeil</b>	<b>14</b>
<b>Fatigue</b>	<b>13</b>
<b>Cynisme</b>	<b>10</b>
<b>Epuisement</b>	<b>9</b>
Démotivation	9
Anxiété	7
Perte estime de soi	6
Dépression	6
Somatisations	5
Manque de reconnaissance	4
Irritabilité	4
Manque de concentration	3
Isolement	3
Intention de quitter	3
Culpabilité	3
Surinvestissement	3
Emotivité	2
Revendications	2
Manque d'adaptation	2
Conflits	2
Stress	1
Déni autorité	1
Frustration	1
Agressivité	1
Humiliation	1
<b>Total général</b>	<b>134</b>

Tableau 2 - Focus-groupes néerlandophones (N=16)

Catégorisation	Total
<b>Démotivation</b>	<b>12</b>
<b>Sentiment d'inefficacité</b>	<b>10</b>
<b>Épuisement</b>	<b>9</b>
<b>Cynisme</b>	<b>9</b>
<b>Fatigue</b>	<b>7</b>
Isolement	4
Diminution de la performance	3
Perte d'estime de soi	2
Surinvestissement	2
Changement de personnalité	2
Irritabilité	2
Évitement	1
Stress au travail	1
Anxiété	1
Absentéisme	1
Troubles du sommeil	1
Frustration	1
Émotivité	1
Indécisions	1
Somatisations	1
Diminution de la mémoire	1
Consommation de médicaments	1
Dépression	1
Manque de concentration	1
Moins de connaissance de soi	1
<b>Total général</b>	<b>76</b>

Dans le but de pouvoir comparer cette phase « spontanée » avec le classement final obtenu par consensus lors des focus-groupes francophones et néerlandophones, ces catégories de symptômes ont été classées selon qu'il s'agit de symptômes physiques, cognitifs/affectifs ou comportementaux et selon la fréquence de citation (ordre décroissant de fréquence).

Tableau 3 - Classement focus-groupes francophones

Physiques	Cognitifs/affectifs	Comportementaux
<b>1. Troubles du sommeil</b> <b>2. Fatigue</b> <b>3. Épuisement</b> 4. Somatisations	<b>1. Sentiment d'inefficacité</b> <b>2. Démotivation</b> 3. Anxiété <b>4. Perte estime de soi</b> 4. Dépression 5. Manque de reconnaissance et soutien 5. Irritabilité 6. Manque de concentration 6. Culpabilité 7. Emotivité 8. Stress 9. Frustration 9. Humiliation	<b>1. Cynisme</b> <b>2. Isolement</b> 3. Intention de quitter 3. Surinvestissement 4. Revendications 4. Manque d'adaptation 4. Conflits 5. Déni autorité 5. Agressivité

Tableau 4 - Classement focus-groupes néerlandophones

Physiques	Cognitifs/affectifs	Comportementaux
<b>1. Épuisement</b> <b>2. Fatigue</b> <b>3. Troubles du sommeil</b> 4. Somatisations	<b>1. Démotivation</b> <b>2. Sentiment d'inefficacité</b> <b>3. Perte estime de soi</b> 3. Changement de personnalité <b>4. Irritabilité</b> 5. Anxiété <b>5. Frustration</b> 5. Émotivité 5. Indécisions 5. Diminution de la mémoire 5. Dépression 5. Manque de concentration 5. Stress	<b>1. Cynisme</b> <b>2. Isolement</b> 3. La performance 3. Surinvestissement 4. Évitement 4. Absentéisme 4. Consommation de médicaments

Nous pouvons voir que spontanément les symptômes sur lesquels les professionnels se basent pour diagnostiquer un burnout sont les troubles du sommeil, la fatigue et l'épuisement au niveau physique ; le sentiment d'inefficacité avec une diminution du sentiment de compétence et de contrôle, une démotivation et la perte de l'estime de soi au niveau cognitif et affectif ; l'isolement et le cynisme des travailleurs au niveau comportemental.

#### 4.1.3 Validation des symptômes de la fiche

Les tableaux 5, 6, 7, 8, 9 et 10 reprennent les symptômes qui ont été marqués comme clés, inutiles ou manquants ainsi que le nombre de participants ayant marqué ces symptômes individuellement.

Tableau 5 - Focus-groupes francophones (N=22) : symptômes clés

Symptômes clés	Nbre
Isolement	18
Asthénie	18
Diminution estime de soi	17
Changement d'attitude : distanciation détachement	17
Diminution motivation	16
Troubles du sommeil	16
Changement d'attitude : indifférence	16
Diminution d'énergie	16
Diminution sentiment de compétence	14
Frustration	14
Diminution concentration	13
Diminution sentiment de contrôle	13
Humeur dépressive	12
Diminution performance et compétence	11
Intention de quitter	11
Épigastralgie	11
Palpitations	11
Anxiété	11
Irritabilité	11
Gastro-intestinales	10
Absentéisme	10
Oppression thoracique	10
Tremblements	9
Agressivité	9
Vertiges	8
Diminution mémoire	8
Sudation	7
Diminution d'idéalisme	7
Toux	6

Tableau 6- Focus-groupes francophones (N=22) : symptômes inutiles

Symptômes inutiles	Nbre
Toux	10
Sudation	8
Tremblements	8
Vertiges	8
Oppression thoracique	6
Gastro-intestinales	6
Diminution de mémoire	5
Intention de quitter	5
Épigastralgie	5
Anxiété	4
Diminution performance et compétence	4
Palpitations	4
Agressivité	4
Absentéisme	4
Diminution d'idéalisme	4
Irritabilité	4
Humeur dépressive	3
Diminution concentration	3
Isolement	2
Diminution du sentiment de compétence	2
Frustration	2
Diminution sentiment de contrôle	2
Changement d'attitude: distanciation, détachement	1
Diminution estime de soi	1
Changement d'attitude: indifférence	1
Diminution d'énergie	1
Diminution motivation	1
Indifférence	1

Tableau 7 - Focus-groupes francophones (N=22): symptômes manquants

Symptômes manquants	Total
Désinvestissement	2
Atonie	1
Augmentation accidents de travail	1
Changement d'attitude envers sa fonction et son rôle	1
Comportements revanchards	1
Conflit dans l'équipe	1
Culpabilité	1
Cynisme	1
Douleurs ostéo-articulaires, tendineuses	1
Épuisement	1
Hyperactivité	1
Hyperémotivité, tendance à pleurer	1
Paralysie décisionnelle	1
Psychorigidité	1
Renoncement	1
Revendications	1
Souffrance au travail	1

Les symptômes en gras ont été cochés par la moitié des travailleurs. Il est important de noter que nous n'avons pas pu récolter de données pour certains participants. Il y a donc 22 participants francophones et 10 participants néerlandophones qui ont réalisé cet exercice lors des différents focus-groupes.

Tableau 8 - Focus-groupes néerlandophones (N=10) : symptômes clés

Symptômes clés	Nbre
Diminution énergie	9
Diminution sentiment de compétence	9
Troubles du sommeil	7
Diminution estime de soi	7
Changement de l'attitude envers autrui : indifférence, distanciation	7
Diminution performance, compétence	7
Asthénie	6
Frustration	6
Irritabilité	6
Diminution sentiment de contrôle	6
Diminution motivation	6
Diminution concentration	6
Absentéisme	6
Diminution idéalisme	4
Diminution mémoire	4
Isolement	4
Vertiges	2
Humeur dépressive	2
Palpitations	1
sudation	1
Gastro-intestinales	1
Epigastralgie	1
Oppression thoracique	1
Anxiété	1
Agressivité	1
Intention de quitter	1

Tableau 9 - Focus- groupes néerlandophones (N=10): symptômes inutiles

Symptômes inutiles	Nbre
Tremblements	4
Toux	4
Agressivité	4
Intention de quitter	4
Palpitations	3
Sudation	3
Epigastralgie	3
Anxiété	3
Changement de l'attitude envers autrui : indifférence, distanciation	3
Vertiges	2
Gastro-intestinales	2
Oppression thoracique	2
Humeur dépressive	2
Diminution idéalisme	2
Diminution mémoire	2
Indifférence	2
Absentéisme	2
Asthénie	1
Frustration	1
Irritabilité	1
Diminution sentiment de contrôle	1
Diminution sentiment de	1
Diminution motivation	1
Diminution concentration	1

Tableau 10 - Focus- groupes néerlandophones ( N=10): symptômes manquants

Symptômes manquants	Nbre
Apparences négligées	1
Pas de récupération possible	1
Consommation d'alcool	1
Présentéisme	1
Incontinence émotionnelle	1

Tous les symptômes manquants ont été ajoutés par un seul travailleur au niveau individuel. Seul le désinvestissement a été proposé par deux participants francophones. Ces symptômes

ont été discutés par les différents groupes pour obtenir de manière consensuelle les tableaux qui seront présentés par la suite.

Nous pouvons voir que dans chacun des focus-groupes, aucun symptôme n'a été marqué comme inutile par plus de la moitié des travailleurs. Nous avons donc décidé de ne supprimer aucun symptôme de notre liste. Nous avons cependant tenu compte des différentes remarques et commentaires qui ont été faits sur ces symptômes pour en reformuler certains.

Voici les idées principales que nous pouvons dégager de ces commentaires.

De manière générale, les principaux symptômes sont plutôt cognitifs ou affectifs et comportementaux. Certains symptômes proposés sont atypiques, ils peuvent intervenir dans d'autres diagnostics comme la dépression, par exemple. Cependant, tous peuvent être présents chez une personne souffrant de burnout. Ce qui compte ce ne sont pas les symptômes mais la contextualisation au travers du discours du travailleur.

Au niveau des symptômes physiques, les plaintes neurovégétatives et fonctionnelles ne sont pas toujours présentes tandis que l'asthénie, les troubles du sommeil et la diminution d'énergie le sont très souvent. Le sommeil est non réparateur même quand les personnes sont mises à l'écart du travail. Les plaintes neurovégétatives et fonctionnelles sont trop atypiques pour certains et se rapportent davantage à des symptômes de stress en général.

Au niveau des symptômes cognitifs et affectifs, la diminution du sentiment de compétence et la perte d'estime de soi sont des critères importants selon certains. La perte d'idéalisme existe mais est difficilement applicable comme symptôme, il faut plutôt parler de frustration et de désinvestissement. L'humeur dépressive arrive à un stade très avancé.

Pour les symptômes comportementaux, quelques participants avaient du mal à comprendre le terme d'isolement. Il a été compris en général par un besoin de retrait par rapport au travail. Certains ont également mis en avant le fait qu'il y avait une ambivalence par rapport à l'intention de quitter. Au départ, le travailleur garde de la volonté et une certaine motivation pour atteindre ses objectifs. Il a envie de «faire mieux», ce n'est que dans une phase ultérieure qu'il veut «fuir». Ce n'est donc qu'en fin de processus que l'on peut observer un absentéisme chez le travailleur qui alors, culpabilise. L'absentéisme apparaît souvent après le diagnostic posé par un médecin qui met la personne en incapacité de travail.

Le consensus final obtenu dans chacun des focus-groupes est repris dans les tableaux 11, 12, 13 et 14. Ce consensus concernait, d'une part, les différents symptômes à inclure dans chaque catégorie (physiques, cognitifs/affectifs et comportementaux) et, d'autre part, un classement par ordre décroissant d'importance de chacun de ces symptômes, catégorie par catégorie.



Tableau 11 - Classement final du premier focus-groupe francophone

Physiques	Cognitifs/affectifs	Comportementaux
<p><b>1. Épuisement / Abattement généralisé</b></p> <p><b>1. Asthénie</b></p> <p><b>2. Sommeil non réparateur</b></p> <p>3. Plaintes neurovégétatives ou fonctionnelles (tous)</p> <p>4. Plaintes somatiques</p>	<p><b>1. Diminution sentiment de contrôle</b></p> <p><b>Démotivation</b></p> <p><b>2. Diminution du sentiment de compétences</b></p> <p>2. Sensation de solitude</p> <p><b>3. Frustration, colère, irritabilité</b></p> <p>4. Désidéalisation</p> <p>5. Humeur dysphorique</p> <p>5. Anxiété</p> <p>6. Diminution estime de soi, culpabilité</p>	<p><b>1. Changement d'attitude envers autrui : indifférence et distanciation</b></p> <p>2. Présentéisme (définir)</p> <p>3. Absentéisme de longue durée et tardif</p> <p>4. Troubles relationnels (plus de communication)</p> <p>5. Erreurs au travail</p>

Tableau 12- Classement final du second focus-groupe francophone

Physiques	Cognitifs/affectifs	Comportementaux
<p><b>1. Épuisement</b></p> <p><b>2. ↓ énergie</b></p> <p><b>3. Troubles de sommeil</b></p> <p>4. Plaintes neurovégétatives /fonctionnelles</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Palpitations</li> <li>- Sudation</li> <li>- Tremblements</li> <li>-Vertiges</li> <li>-Toux</li> <li>- Gastro-intestinales</li> <li>- Épigastralgie</li> <li>- Oppression thoracique</li> <li>- Myalgies</li> </ul>	<p><b>1. Désinvestissement (prof et privé)</b></p> <p>1. ↓ motivation</p> <p><b>2. Irritabilité</b></p> <p><b>3. Frustration et manque de reconnaissance</b></p> <p>3. Anxiété</p> <p><b>4. ↓sentiment de contrôle</b></p> <p><b>4. ↓ sentiment de compétence</b></p> <p><b>4. ↓ estime de soi</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ ↓concentration</li> <li>○ ↓ mémoire</li> <li>○ Craintes par rapport à la sécurité</li> <li>○ Hyperémotivité</li> <li>○ Envie de fuite</li> <li>○ Humeur dépressive</li> <li>○ ↓ idéalisme</li> </ul>	<p><b>1. Changement d'attitude envers autrui : indifférence distanciation, détachement, isolement</b></p> <p>2. ↓performance, compétence</p> <p>3. Changement d'attitude envers fonction</p> <p>4. Intention de quitter le travail</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Absentéisme</li> <li>○ Revendications</li> <li>○ Agressivité</li> </ul>

Tableau 13 - Classement final du premier focus-groupe néerlandophone

Physiques	Cognitifs/affectifs	Comportementaux
<b>1. Diminution d'énergie</b> <b>2. troubles du sommeil</b> <b>3. Asthénie</b>	<b>1. Diminution du sentiment de compétence</b> <b>2. Diminution estime de soi</b> <b>3. Démotivation</b> 4. Diminution de la concentration 5. manque de reconnaissance 6. manque de support 7. Ne jamais lâcher le travail 8. ne pas demander facilement de l'aide	<b>1. indifférence et distanciation</b> <b>2. S'isoler</b> 3. Diminution de la performance 4. Absentéisme 5. Cynisme

Tableau 14 - Classement final du second focus-groupe néerlandophone

Physiques	Cognitifs/affectifs	Comportementaux
<b>1. Diminution d'énergie</b> <b>2. troubles du sommeil</b> <b>3. Asthénie</b>	<b>1. Irritabilité</b> <b>2. Diminution du sentiment de compétences</b> 3. Humeur dépressive <b>4. Diminution du sentiment de contrôle</b> <b>5. Diminution estime de soi</b> <b>9. Démotivation</b> 10. Diminution de la concentration 11. Dénier des problèmes 12. Ressassement, se tracasser 13. Aucun intérêt dans les hobbies 14. Idée suicidaire	<b>1. Changement d'attitude : indifférence et distanciation</b> <b>2. S'isoler de plus en plus</b> 3. Diminution de la performance (même avec des heures supplémentaires) 4. Dualité : quitter le travail ou rester 5. présentéisme 6. se plonger dans le travail 7. consommation accrue d'alcool/ médicaments

Nous pouvons faire quelques parallèles entre ces quatre tableaux et ceux que nous avons dégagés des symptômes spontanés.

Les principaux symptômes physiques sont la fatigue, l'asthénie, l'épuisement et les troubles du sommeil (dont un sommeil non réparateur). Viennent ensuite les différentes plaintes neurovégétatives et fonctionnelles et les somatisations qui n'ont été gardées que par deux des quatre focus-groupes.

Au niveau des symptômes cognitifs et affectifs, le symptôme le plus important est le sentiment d'inefficacité c'est-à-dire la diminution du sentiment de compétence et de

contrôle dans le travail. La démotivation, la perte d'estime de soi et des troubles de l'humeur comme la frustration et l'irritabilité sont d'autres symptômes importants.

Enfin, les symptômes comportementaux primordiaux sont liés au changement d'attitude envers autrui : indifférence, distanciation, cynisme, isolement. Un symptôme également important et qui intervient davantage au début du processus est le surinvestissement qui se traduit par du présentéisme. Dans une phase ultérieure, il s'agira plutôt d'absentéisme.

#### 4.1.4 Finalisation des fiches

Certains participants pensent qu'il est préférable de mettre «épuisement professionnel» ou « burnout » comme titre de la fiche et de donner notre définition du burnout pour que les médecins sachent dans quel « cadre » remplir la fiche. C'est pourquoi nous avons ajouté une définition théorique dans la version finale des fiches.

Diverses remarques sur la formulation de certains termes de la fiche ont été faites par les participants. Selon leur pertinence, l'équipe de recherche a décidé de tenir compte ou non de ces remarques.

Enfin, il a été décidé de présenter les symptômes dans la version finale de la fiche selon leur ordre d'importance dans les tableaux consensuels.

## **4.2 Résultats de l'étude dans la population active belge**

---

### 4.2.1 Note préliminaire sur la distinction mal-être et burnout

Avant de présenter les résultats, il est important de noter que cette étude avait pour objectif de recenser non seulement les cas de burnout mais également les patients qui présentent, selon le jugement du médecin, un mal-être au travail susceptible d'évoluer vers cet état.

L'équipe de recherche a pris la décision de baser cette distinction entre les cas de burnout et de mal-être sur base du jugement clinique des médecins qui devaient répondre à la question « Selon vous, peut-on conclure à un syndrome d'épuisement professionnel? Si le médecin répondait « oui », alors le diagnostic de burnout était posé. Par contre, si la réponse était «non», il s'agissait alors d'un état où la personne se sent mal au travail et montre des signes précoces de burnout. Dans ce cas-là, nous parlerons de mal-être au travail.

Des analyses globales sur tous les cas récoltés ont donc été réalisées et d'autres ont permis de spécifier les différences ou similitudes entre les deux étapes du processus : le mal-être au travail, montrant des signes précoces de burnout, et le burnout avéré tel que diagnostiqué par chaque médecin participant.

## 4.2.2 Description de l'échantillon de médecins et taux de réponses

Dans cette section, nous allons décrire l'échantillon des répondants en fonction des variables indépendantes choisies.

### 4.2.2.1 Médecins généralistes

Parmi les 178 médecins généralistes ayant accepté de participer à l'étude, 118 médecins ont participé à, au moins, un mois de l'enquête. Cette description porte sur les 107 médecins qui nous ont fait parvenir leur fiche préalable.

Notre échantillon comprend 46 médecins de genre masculin (soit 48%) et 51 de genre féminin (soit 52%). La moyenne de leurs années d'expérience en médecine est de 21,05 ans (minimum=0,5 et maximum=41). Le tableau 15 indique qu'une large majorité des médecins ont entre 11 et 20 consultations par jour avec un temps moyen de consultation d'environ 20 minutes par patient (Moyenne= 19,58 ; minimum=10 et maximum=30).

Tableau 15 - Répartition des médecins selon le nombre de consultations par jour.

	entre 5 et 10	entre 11 et 15	entre 16 et 20	plus de 20	Données manquantes
Effectif	9	29	44	23	2
%	8,4	27,1	41,1	21,5	1,9

Au niveau de la répartition géographique des médecins participants (tableau 16), seules trois provinces sont plus ou moins bien représentées dans l'échantillon sur la base du nombre d'habitants (Hainaut, Namur et Anvers). Les autres provinces de Wallonie sont toutes surreprésentées dans l'échantillon (Liège, Bruxelles, Brabant wallon et Luxembourg), tandis que les provinces flamandes sont fortement sous-représentées, spécialement la Flandre occidentale.

Tableau 16- Comparaison de la distribution des médecins et de la distribution de la population par province.

	Effectif	%échantillon	Habitants en 2008 <sup>6</sup>	%population
Liège	26	24,30	1053722	9,88
Bruxelles	19	17,76	1048491	9,83
Hainaut	17	15,89	1300097	12,19
Anvers	15	14,02	1715707	16,08
Brabant wallon	8	7,48	373492	3,50
Namur	6	5,61	465380	4,36
Luxembourg	5	4,67	264084	2,48
Flandre orientale	4	3,74	1408484	13,20
Brabant flamand	3	2,80	1060232	9,94
Limbourg	3	2,80	826690	7,75
Flandre occidentale	1	0,93	1150487	10,79
Total	107	100	10666866	100

#### **4.2.2.2 Médecins du travail**

Sur les 168 médecins du travail ayant accepté de participer à l'étude (147 dans les SEPPT et 21 dans les SIPPT), 132 médecins ont effectivement participé à au moins un mois de l'enquête (soit un taux de réponse effectif de 14,7% parmi les médecins exerçant dans les SEPPT et les SIPPT ayant collaboré à l'étude).

Le profil décrit ci-après porte sur les 127 médecins qui ont fait parvenir leur fiche préalable. L'échantillon comprend 54 médecins de genre masculin (soit 42,9%) et 72 de genre féminin (soit 57,1%). La moyenne des années d'expérience en médecine du travail est de 18,2 ans (minimum=1, maximum=40). Les médecins du travail ont en moyenne 5,2 demi-journées de consultations par semaine (ou 2,6 journées par semaine) et 57,7 contacts-travailleurs par semaine (minimum =15, maximum=200) (ou 230 contacts-travailleurs par mois).

#### **4.2.2.3 Taux de réponse**

Les tableaux 17, 18 et 19 présentent les taux de réponse observés parmi les médecins ayant accepté de participer à l'étude.

<sup>6</sup> Site SPF économie, Direction générale Statistique et Information économique (<http://statbel.fgov.be>)

Tableau 17 - Taux de réponses pour le mois 1

	médecins contactés	médecins avec fiches	médecins aucun cas	médecins Total	%
MG (FR)	120	70	11	81	67,5
MG (NDL)	58	27	3	30	51,7
<b>Total MG</b>	<b>178</b>	<b>97</b>	<b>14</b>	<b>111</b>	<b>62,4</b>
SEPPT	147	76	29	105	71,4
SIPPT	21	7	10	17	80,9
<b>Total MDT</b>	<b>168</b>	<b>83</b>	<b>39</b>	<b>122</b>	<b>72,6</b>

Tableau 18 - Taux de réponses pour le mois 2

	médecins contactés	médecins avec fiches	médecins aucun cas	médecins Total	%
MG (FR)	120	56	14	70	58,3
MG (NDL)	58	15	6	21	36,2
<b>Total MG</b>	<b>178</b>	<b>71</b>	<b>20</b>	<b>91</b>	<b>51,1</b>
SEPPT	147	61	38	99	67,3
SIPPT	21	6	9	15	71,4
<b>Total MDT</b>	<b>168</b>	<b>67</b>	<b>47</b>	<b>114</b>	<b>67,9</b>

Tableau 19 - Taux de réponses pour le mois 3

	médecins contactés	médecins avec fiches	médecins aucun cas	médecins Total	%
MG (FR)	120	42	24	66	55
MG (NDL)	58	14	5	19	32,7
<b>Total MG</b>	<b>178</b>	<b>56</b>	<b>29</b>	<b>85</b>	<b>47,7</b>
SEPPT	147	42	35	77	52,4
SIPPT	21	4	12	16	76,1
<b>Total MDT</b>	<b>168</b>	<b>46</b>	<b>47</b>	<b>93</b>	<b>55,4</b>

On observe donc une diminution progressive des taux de réponse d'un mois à l'autre, et cette tendance est particulièrement marquée pour le 3e mois qui correspond à la période de mi-juin à mi-juillet.

#### 4.2.3 Prévalence

La prévalence d'une maladie donnée désigne le nombre de personnes qui dans la population étudiée en sont atteintes à un moment déterminé. Elle est une mesure de l'état de santé d'une population à un instant donné. Pour une affection donnée, elle est calculée en

rapportant à la population totale, le nombre de cas de maladies présents à un moment donné dans cette population, que le diagnostic ait été porté anciennement ou récemment.

De manière générale, sur les 135.131 contacts établis avec des patients ou des travailleurs par notre échantillon de médecins du travail et de médecins généralistes, 1089 cas de burnout ou de mal-être lié au travail pouvant évoluer vers cet état ont été déclarés, ce qui représente une prévalence d'environ 0,8% dans notre échantillon.

Il nous semblait pertinent également d'examiner dans quelle mesure les prévalences observées respectivement pour un burnout plus avancé et pour un mal-être au travail, diffèrent entre les cas récoltés par l'échantillon de médecins généralistes et ceux recensés par l'échantillon de médecins du travail.

#### 4.2.4 Distinction entre les médecins généralistes et les médecins du travail

Les tableaux 20 et 21 reprennent le nombre de cas de burnout et de mal-être rencontrés par les médecins durant les trois mois d'enquête. Cette distinction entre burnout et mal-être a été effectuée sur base du jugement clinique des médecins qui ont indiqué sur chaque fiche si le patient était en burnout ou en mal-être pouvant évoluer vers un état de burnout. Lorsque le médecin ne répondait pas à cette question, les fiches ont été comptabilisées dans la ligne des cas «non précisés».

**Tableau 20 - Nombre de fiches récoltées par mois pour les généralistes**

	fiches MOIS 1	%	fiches MOIS 2	%	fiches MOIS 3	%	TOTAL	%
burnout	274	79,88	142	78,45	77	71,96	493	78,13
mal-être	55	16,03	28	15,47	16	14,95	99	15,69
non précisé	14	4,08	11	6,08	14	13,08	39	6,18
<b>Total</b>	<b>343</b>	<b>100</b>	<b>181</b>	<b>100</b>	<b>107</b>	<b>100</b>	<b>631</b>	<b>100</b>

**Tableau 21 - Nombre de fiches récoltées par mois pour les médecins du travail**

	fiches MOIS 1	%	fiches MOIS 2	%	fiches MOIS 3	%	TOTAL	%
burnout	131	68,23	107	65,24	70	68,63	308	67,25
mal-être	43	22,40	38	23,17	17	16,67	98	21,40
non précisé	18	9,38	19	11,59	15	14,71	52	11,35
<b>Total</b>	<b>192</b>	<b>100</b>	<b>164</b>	<b>100</b>	<b>102</b>	<b>100</b>	<b>458</b>	<b>100</b>

Nous avons ensuite calculé le nombre moyen de cas rapportés par médecin généraliste et par médecin du travail (tableau 22) ainsi que le nombre de cas de burnout rencontrés par rapport au nombre total de contacts patients (ou travailleurs) durant les trois périodes de récoltes de données (tableaux 23 et 24).

**Tableau 22 - Nombre moyen de cas rapportés par médecin**

	Médecins généralistes				Médecins du travail			
	MOIS 1	MOIS 2	MOIS 3	Moyenne	MOIS 1	MOIS 2	MOIS 3	Moyenne
burnout	2,5	1,6	0,9	1,7	1,1	0,9	0,8	0,9
mal-être	0,5	0,3	0,2	0,3	0,4	0,3	0,2	0,3
<b>Total</b>	<b>3,1</b>	<b>2,0</b>	<b>1,3</b>	<b>2,1</b>	<b>1,6</b>	<b>1,4</b>	<b>1,1</b>	<b>1,4</b>

En moyenne, les médecins généralistes rencontrent environ deux cas de burnout par mois. Le nombre de cas rencontrés par les médecins du travail est en moyenne légèrement moins important (3 cas sur deux mois environ). Toutefois, il faut noter que le nombre de personnes rencontrées varie selon la population de médecins. Un médecin généraliste rencontre en moyenne 264 patients par mois tandis qu'un médecin du travail rencontre en moyenne 177 travailleurs chaque mois.

**Tableau 23 - Pourcentage de cas par rapport au nombre total de contacts patients (médecins généralistes)**

	fiches MOIS 1	contacts	%	fiches MOIS 2	contacts	%	fiches MOIS 3	contacts	%	Moyenne
burnout	274	31288	0,88	142	25651	0,55	77	19361	0,40	0,61
mal-être	55	31288	0,18	28	25651	0,11	16	19361	0,08	0,12
non précisés	14	31288	0,04	11	25651	0,04	14	19361	0,07	0,05
<b>Total</b>	<b>343</b>	<b>31288</b>	<b>1,10</b>	<b>181</b>	<b>25651</b>	<b>0,71</b>	<b>107</b>	<b>19361</b>	<b>0,55</b>	<b>0,79</b>

Nous pouvons remarquer que le pourcentage de fiches complétées (burnout et mal-être) par rapport au nombre total de contacts patients est de 1,10% au premier mois d'enquête. Au cours des deux mois suivants, ce pourcentage a diminué pour atteindre 0,55% au dernier mois d'enquête. En moyenne, pour les médecins généralistes, la prévalence des cas jugés en burnout ou en mal-être est estimée à 0,79%.

**Tableau 24 - Pourcentage de cas par rapport au nombre total de contacts patients (médecins du travail)**

	fiches MOIS 1	contacts	%	fiches MOIS 2	contacts	%	fiches MOIS 3	contacts	%	Moyenne
burnout	131	21827	0,60	107	22799	0,47	70	14205	0,49	0,52
mal-être	43	21827	0,20	38	22799	0,17	17	14205	0,12	0,16
non précisé	18	21827	0,08	19	22799	0,08	15	14205	0,11	0,09
<b>Total</b>	<b>192</b>	<b>21827</b>	<b>0,88</b>	<b>164</b>	<b>22799</b>	<b>0,72</b>	<b>102</b>	<b>14205</b>	<b>0,72</b>	<b>0,77</b>

En ce qui concerne les médecins du travail, la prévalence des cas (fiches complétées) était moins importante au premier mois de l'enquête (0,88% en moyenne). Cependant, cette prévalence n'a pas diminué de manière aussi importante au cours des deux mois suivants. En moyenne, la prévalence des cas de burnout ou en mal-être (0,77%) est semblable à celle estimée pour les médecins généralistes.



#### 4.2.5 Analyse des cas de burnout et de mal-être au travail rencontrés

Étant donné le nombre important de cas récoltés durant les trois mois d'enquête, nous disposons d'une base de données intéressante à exploiter pour analyser quels étaient les facteurs de l'environnement de travail et les profils cliniques en lien avec le burnout.

Nous avons analysé les données à plusieurs niveaux : sur l'échantillon global de cas récoltés et ensuite, séparément sur les échantillons de cas récoltés par les médecins généralistes et les médecins du travail. Nous présenterons dans ce rapport tous les résultats globaux et nous synthétiserons ensuite les analyses sur les deux échantillons séparément.

##### **4.2.5.1 Thématique(s) abordée(s) spontanément lors de la consultation**

De manière globale, le stress au travail est la thématique la plus abordée lorsque les travailleurs consultent le médecin traitant ou le médecin du travail (52%) ; l'épuisement et les symptômes physiques (45%) sont également des motifs qui poussent les personnes à consulter. Le tableau 25 reprend les fréquences d'apparition des différents motifs de consultation parmi tous les cas récoltés. Plusieurs motifs de consultation pouvaient être cochés dans la fiche diagnostique.

**Tableau 25 - Fréquences des motifs de consultation (Nombre de fiches total=998)**

	N	%
Stress	524	52,5
Épuisement	458	45,9
Symptômes physiques	454	45,5
Mal dans sa peau	435	43,6
Surcharge de travail	387	38,8
Asthénie	328	32,9
Conflit au travail	313	31,4
Dépression	311	31,2

Nous voulions vérifier si les thématiques abordées spontanément par les travailleurs lors des consultations sont liées au fait d'être en burnout ou en mal-être au travail. Des tableaux descriptifs ont été réalisés grâce aux informations reprises sur les fiches. Des analyses Chi<sup>2</sup> et des tests exacts de Fisher ont permis de voir si les différences observées entre les travailleurs en burnout et les travailleurs en mal-être sont significatives ou pas. Le tableau 26 présente les résultats de ces analyses statistiques.

Tableau 26 - Analyses statistiques des motifs de consultation

		Burnout		Mal - être		Total	Chi <sup>2</sup>	Test exact de Fisher p
		N	%	N	%			
Mal dans sa peau	Oui	375	46,76	60	30,61	435	16,699	<b>,000</b>
	Non	427	53,24	136	69,39	563		
	Total	802	100	196	100	998		
Stress	Oui	440	54,86	84	42,86	524	9,104	<b>,000</b>
	Non	362	45,14	112	57,14	474		
	Total	802	100	196	100	998		
Asthénie	Oui	285	35,54	43	21,94	328	13,198	<b>,000</b>
	Non	517	64,46	153	78,06	670		
	Total	802	100	196	100	998		
Épuisement	Oui	407	50,75	51	26,02	458	38,786	<b>,000</b>
	Non	395	49,25	145	73,98	540		
	Total	802	100	196	100	998		
Surcharge de travail	Oui	324	40,40	63	32,14	387	4,522	<b>,034</b>
	Non	478	59,60	133	67,86	611		
	Total	802	100	196	100	998		
Symptômes physiques	Oui	363	45,32	91	46,43	454	0,078	,810
	Non	438	54,68	105	53,57	543		
	Total	801	100	196	100	997		
Dépression	Oui	270	33,67	41	20,92	311	11,931	<b>,001</b>
	Non	532	66,33	155	79,08	687		
	Total	802	100	196	100	998		
Conflit au travail	Oui	259	32,29	54	27,55	313	1,646	,229
	Non	543	67,71	142	72,45	685		
	Total	802	100	196	100	998		

Le stress et l'épuisement sont les motifs de consultations les plus fréquents pour les cas de burnout. Ces thématiques sont abordées dans plus de 50% des cas. Pour les cas de mal-être, ce sont les symptômes physiques qui amènent la personne à consulter (46,43% des cas). Le stress reste également un motif important de consultation (42,86% des cas).

Mis à part les symptômes physiques et les conflits au travail où aucun lien ne s'avère significatif, tous les motifs de consultation sont davantage liés à des formes plus avancées de burnout (test exact de Fisher significatif avec  $p < ,05$ ).

#### 4.2.5.2 Symptômes

Le tableau 27 reprend les fréquences d'apparition des symptômes les plus importants parmi tous les cas récoltés. Il faut souligner que dans 60% des cas, le burnout est accompagné de troubles du sommeil. Les autres symptômes importants sont une diminution d'énergie (53%), des plaintes neurovégétatives et fonctionnelles (52%), une diminution de la motivation (48%), de l'asthénie (45%) et de la frustration (44%).

**Tableau 27 - Fréquences des symptômes (Nombre de fiches total=998)**

	N	%
Troubles du sommeil	607	60,8
Diminution d'énergie	529	53,0
Plaintes neurovégétatives/ fonctionnelles	525	52,6
Diminution de la motivation	483	48,4
Asthénie	456	45,7
Frustration	443	44,4

Nous pouvons remarquer dans le tableau 28, ci-après, que les symptômes les plus fréquents sont les mêmes pour les cas de burnout et de mal-être au travail mais leur ordre de fréquence est différent. Pour les cas de burnout, les troubles du sommeil et le manque d'énergie sont les plus fréquents. Tandis que pour les cas de mal-être, les plaintes neurovégétatives et fonctionnelles se manifestent davantage que les autres symptômes. Les symptômes retenus dans la fiche, suite aux focus groupes, semblent pertinents pour identifier le burnout étant donné que le symptôme le moins fréquent est coché par le médecin dans 15% des cas.

**Tableau 28- Fréquences des symptômes observés par les médecins dans les cas de burnout et de mal-être au travail**

<b>burnout</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>mal-être</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Troubles du sommeil	521	65,0	Plaintes neurovégétatives/ fonctionnelles	88	44,9
↓ énergie	453	56,5	Troubles du sommeil	86	43,9
Plaintes neurovégétatives/ fonctionnelles	437	54,5	↓ énergie	76	38,8
↓ motivation	420	52,4	Frustration	72	36,7
Asthénie	395	49,3	↓ motivation	63	32,1
Frustration	371	46,3	Asthénie	61	31,1
Irritabilité	352	43,9	Humeur depressive	59	30,1
Humeur depressive	346	43,1	Anxiété	58	29,6
Dualité : quitter le travail ou rester ?	338	42,1	Irritabilité	57	29,1
Anxiété	317	39,5	Dualité : quitter le travail ou rester ?	57	29,1
Changement d'attitude envers autrui	278	34,7	Absentéisme dans l'année écoulée	54	27,6
↓ estime de soi	267	33,3	↓ estime de soi	39	19,9
Tendance à s'isoler	266	33,2	↓ concentration	39	19,9
↓ concentration	262	32,7	Changement d'attitude envers autrui	39	19,9
Absentéisme dans l'année écoulée	248	30,9	Tendance à s'isoler	37	18,9
↓ sentiment de compétence	242	30,2	↓ performance	34	17,3
↓ sentiment de contrôle	238	29,7	↓ sentiment de contrôle	33	16,8
↓ performance	232	28,9	Absentéisme longue durée	31	15,8
↓ mémoire	192	23,9	↓ sentiment de compétence	28	14,3
Agressivité	171	21,3	↓ mémoire	26	13,3
↓ idéalisme	164	20,4	absentéisme courte durée	26	13,3
Absentéisme longue durée	149	18,6	Agressivité	26	13,3
Absentéisme courte durée	120	15,0	↓ idéalisme	16	8,2
<b>Nombre de fiches totales</b>	<b>802</b>	<b>100</b>	<b>Nombre de fiches totales</b>	<b>196</b>	<b>100</b>

Nous avons ensuite réalisé des analyses discriminantes pas-à-pas ascendantes afin de déterminer les symptômes qui permettent de discriminer significativement les travailleurs

qui ressentent un mal-être au travail de ceux qui sont déjà plus avancés dans le processus de burnout.

Il s'agit d'une analyse statistique qui vise à prédire pour chaque cas, l'appartenance à des groupes prédéfinis (burnout et mal-être dans notre cas) à partir d'une série de variables prédictives (les différents symptômes).

Après avoir défini les deux groupes à comparer au préalable, ces analyses permettent également d'identifier parmi tous les symptômes, celui qui discrimine le plus les deux groupes. Ensuite, un autre symptôme est ajouté au modèle discriminant et ainsi de suite jusqu'à ce que le symptôme suivant n'apporte plus rien de significatif pour pouvoir distinguer les deux groupes. De manière globale, les symptômes qui ont été pris en compte dans le modèle discriminant de manière significative sont les suivants :

- Troubles du sommeil
- Diminution de motivation
- Asthénie
- Changement d'attitude envers autrui
- Diminution du sentiment de compétence

Les troubles du sommeil, la diminution de motivation, l'asthénie sont également parmi les symptômes les plus souvent observés par les médecins participants à notre étude. Le changement d'attitude envers autrui ainsi que la diminution du sentiment de compétence sont des symptômes qui font la spécificité du burnout et qui interviennent davantage quand le processus est plus avancé.

#### **4.2.5.3 Première visite du travailleur pour ce type de symptômes**

Nous voulions savoir si le fait de venir consulter pour la première fois ou d'avoir déjà consulté un médecin pour les mêmes motifs pouvait être lié au fait de vivre un mal-être au travail ou un burnout. Le tableau 29 montre que nous n'avons pas trouvé de lien significatif entre ces variables. En effet, dans l'échantillon de cas récoltés, nous trouvons autant de premières visites que de visites de suivi.

**Tableau 29- Analyse comparative de la première visite du travailleur**

	Burnout		Mal – être		Total	Chi <sup>2</sup>	Test exact de Fisher p
	N	%	N	%			
Première visite	397	49,69	100	51,02	497	0,112	,750
Visite de suivi	402	50,31	96	48,98	498		
Total	799	100	196	100	995		

#### 4.2.5.4 Durée de manifestation des symptômes

La durée de manifestation des symptômes est-elle en lien avec le fait d'être en mal-être au travail ou en burnout ? Bien que le lien ne soit pas significatif, nous observons dans le tableau 30 une tendance ( $p=,055$ ) qui montre que les symptômes qui durent depuis moins de 3 mois sont davantage liés au mal-être qu'au burnout. Par contre, une durée de manifestation des symptômes de 7 à 12 mois est davantage liée à des formes plus avancées de burnout.

Tableau 30 - Analyse comparative de la durée de manifestation des symptômes

	Burnout		Mal – être		Total	Chi <sup>2</sup>	p
	N	%	N	%			
Moins de 3 mois	196	24,69	63	32,47	259	7,608	,055
Entre 3 mois et 6 mois	212	26,70	47	24,23	259		
Entre 7 mois et 12 mois	163	20,53	27	13,92	190		
Plus de 12 mois	223	28,09	57	29,38	280		
Total	794	100	194	100	988		

#### 4.2.5.5 Consultation d'un autre médecin ou d'un professionnel de la santé

Les médecins généralistes sont les professionnels qui sont les plus consultés par les patients en burnout. Lorsque le travailleur rencontre un médecin du travail, il a déjà rencontré son médecin traitant dans 67% des cas. Tandis que le patient qui consulte un médecin généraliste, a déjà rencontré le médecin du travail dans seulement dans 13% des cas (tableau 31).

Tableau 31 - Fréquences de consultation chez un médecin du travail ou un médecin généraliste

Consulte lors de l'enquête	A déjà consulté	N	Nombre de fiches total	%
un médecin du travail	Un médecin généraliste	274	405	67,65
un médecin généraliste	un médecin du travail	76	588	12,93

Globalement, le tableau 32 montre que les autres professionnels de la santé comme les psychologues, les conseillers en prévention du domaine psycho-social ou encore les psychiatres sont consultés dans 31% des cas. Le contact avec le médecin-conseil n'est mentionné que dans 10% des cas récoltés.

Tableau 32- Fréquences de consultation d'un autre professionnel de la santé ou d'un médecin-conseil

	N	%
Un autre professionnel de la santé	311	31,3
Un médecin-conseil	95	9,6
Nombre de fiches totales	993	100

Les résultats présentés dans le tableau 33 mettent en évidence que les cas de burnout ont été plus souvent convoqués suite à des absences de longue durée auprès de médecins-conseils des mutuelles que ceux en mal-être. De plus, on constate que ceux-ci ont également plus souvent consulté des professionnels de la santé comme un psychologue, un psychiatre ou un conseiller en prévention en raison de leurs symptômes. Par contre, il n’y a pas de différence significative entre les deux stades d’évolution du burnout concernant les consultations chez le médecin traitant ou le médecin du travail.

**Tableau 33 - Analyse statistique sur les professionnels consultés**

		Burnout		Mal - être		Total	Chi <sup>2</sup>	Test exact de Fisher p
		N	%	N	%			
Un autre professionnel de la santé	Oui	268	33,50	43	22,28	311	9,100	<b>,002</b>
	Non	532	66,50	150	77,72	682		
	Total	800	100	193	100	993		
Un médecin du travail ou un médecin généraliste	Oui	275	34,38	75	38,86	350	1,370	,241
	Non	525	65,63	118	61,14	643		
	Total	800	100	193	100	993		
Un médecin-conseil	Oui	87	10,88	8	4,15	95	8,140	<b>,004</b>
	Non	713	89,13	185	95,85	898		
	Total	800	100	193	100	993		

#### **4.2.5.6 Les plaintes sont-elles en lien avec le travail ?**

Le tableau 34 confirme que le burnout est en lien avec le travail. Ce lien est évoqué spontanément par les travailleurs (87%) ou supposé par les médecins (7,8%), soit dans plus de 94% des contacts ayant conduit au remplissage d’une fiche.

**Tableau 34 - Fréquences des plaintes en lien avec le travail**

	Burnout		Mal - être		Total	%
	N	%	N	%		
Lien évoqué spontanément par le patient	717	90,08	143	74,09	860	87,0
Lien supposé par le médecin	58	7,29	19	9,84	77	7,8
Pas de lien direct	9	1,13	17	8,81	26	2,6
Autre	12	1,51	14	7,25	26	2,6
Total	796	100	193	100	989	100

#### **4.2.5.7 Contraintes liées au travail abordées en consultation**

Nous avons également voulu savoir quelles contraintes de l’environnement de travail étaient en lien avec le burnout. Nous avons tout d’abord examiné les contraintes les plus fréquemment rapportées parmi les cas que nous avons récoltés (tableau 35).

**Tableau 35- Fréquences des contraintes liées au travail (Nombre de fiches total=996)**

	N	%
Charge de travail	577	57,9
Pression temporelle	411	41,3
Changements organisationnels	382	38,4
Conflit au travail	373	37,4
Conciliation vie privée/professionnelle	305	30,6

Le tableau 36 reprend les contraintes les plus fréquentes pour les cas de burnout et les cas de mal-être au travail. La contrainte la plus fréquemment rapportée est la charge de travail pour les deux stades. Viennent ensuite, dans un ordre différent, la pression temporelle, les conflits au travail, les changements organisationnels et la conciliation vie privée/vie professionnelle.

**Tableau 36 - Fréquences des contraintes liées au travail selon les cas de burnout ou de mal-être au travail**

<b>burnout</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>mal-être</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Charge de travail	494	61,7	Charge de travail	83	42,6
Pression temporelle	353	44,1	Conflit au travail	63	32,3
Changements organisationnels	323	40,3	Changements organisationnels	59	30,3
Conflit au travail	310	38,7	Pression temporelle	58	29,7
Conciliation vie privée/professionnelle	254	31,7	Conciliation vie privée/professionnelle	51	26,2
Contacts avec le client/patient/...	155	19,4	Charge physique	32	16,4
Charge physique	155	19,4	Contacts avec le client/patient/...	31	15,9
Incertitude liée à l'emploi	98	12,2	Environnement physique (bruit,...)	25	12,8
Problème d'équipement/matériel	86	10,7	Incertitude liée à l'emploi	17	8,7
Environnement physique (bruit,...)	81	10,1	Problème d'équipement/matériel	13	6,7
<b>Nombre de fiches totales</b>	<b>801</b>	<b>100</b>	<b>Nombre de fiches totales</b>	<b>195</b>	<b>100</b>

Les analyses discriminantes ont permis également d'identifier les contraintes qui permettent de discriminer les travailleurs en burnout des travailleurs vivant seulement un mal-être lié au travail. Les contraintes qui ont été retenues en effectuant des analyses pas-à-pas ascendantes (avec  $p < ,05$ ) sont les suivantes :

- Charge de travail
- Conflit au travail
- Changements organisationnels
- Pression temporelle

Ces contraintes sont également les plus fréquemment observées parmi les cas que nous avons récoltés.

#### 4.2.5.8 Ressources dont manque le travailleur

Certaines ressources font défaut aux travailleurs pour faire face aux contraintes de l'environnement de travail. Celles-ci sont reprises dans le tableau 37.

Tableau 37- Fréquences des ressources manquantes aux travailleurs en burnout (Nombre de fiches total=996)

	N	%
Soutien de la hiérarchie	629	63,2
Reconnaissance	473	47,5
Soutien des collègues	293	29,4
Possibilités d'épanouissement au travail	233	23,4
Définition des tâches	195	19,6

Les ressources manquant aux travailleurs tant en situation de burnout que de mal-être sont le soutien de la hiérarchie, la reconnaissance, le soutien des collègues, les possibilités d'épanouissement au travail et une bonne définition des tâches (tableau 38).

Tableau 38 - Fréquences des ressources dont manquent les travailleurs

burnout	N	%	mal-être	N	%
Soutien de la hiérarchie	536	66,9	Soutien de la hiérarchie	93	47,7
Reconnaissance	410	51,2	Reconnaissance	63	32,3
Soutien des collègues	260	32,5	Soutien des collègues	33	16,9
Possibilités d'épanouissement au travail	202	25,2	Possibilités d'épanouissement au travail	31	15,9
Participation aux décisions	176	22,0	Définition des tâches	25	12,8
Définition des tâches	170	21,2	Retour sur le travail effectué	21	10,8
Retour sur le travail effectué	139	17,4	Autonomie	19	9,7
Autonomie	109	13,6	Participation aux décisions	18	9,2
Sécurité liée à l'emploi	91	11,4	Sécurité liée à l'emploi	18	9,2
Variété dans les compétences, les tâches à effectuer	86	10,7	Variété dans les compétences, les tâches à effectuer	15	7,7
Formation continue	42	5,2	Formation continue	6	3,1
<b>Nombre de fiches totales</b>	<b>801</b>	<b>100</b>	<b>Nombre de fiches totales</b>	<b>195</b>	<b>100</b>

À nouveau par le biais d'analyses discriminantes, nous avons pu identifier les ressources manquantes qui discriminent, de manière significative, les cas de mal-être au travail des cas de burnout avérés:

- Soutien de la hiérarchie
- Reconnaissance
- Soutien des collègues
- Participation aux décisions

Toutes ces ressources sont également celles les plus fréquemment observées dans nos deux échantillons.



#### 4.2.5.9 Caractéristiques socio-démographiques et antécédents médicaux

De manière globale, parmi tous les cas récoltés durant l'enquête, il y a davantage de femmes (62%), de personnes travaillant dans le secteur public (67%), de francophones (66%) et d'ouvriers (58%). Très peu de travailleurs rapportent une consommation accrue de médicaments ou d'alcool (6%).

Le tableau 39 montre que nous ne pouvons pas vraiment établir de profils différenciés pour les personnes en burnout et celles en mal-être. Seuls les antécédents médicaux sont davantage présents chez les travailleurs qui ressentent un mal-être lié au travail ( $p = ,01$ ). Par ailleurs, nous observons une tendance qui montre que le fait de vivre seul est davantage fréquent pour les personnes qui sont jugées en burnout par les médecins ( $p = ,05$ ).

Tableau 39 - Analyses statistiques comparatives des caractéristiques socio-démographiques et des antécédents médicaux

		Burnout		Mal - être		Total	Chi <sup>2</sup>	Test exact de Fisher p
		N	%	N	%			
Genre	Hommes	306	38,2	75	38,3	381	0,000	1,000
	Femmes	495	61,8	121	61,7	616		
	Total	801	100	196	100	997		
Situation familiale	Seul	430	54,7	88	46,6	518	4,061	,051
	En couple	356	45,3	101	53,44	457		
	Total	786	100	189	100	975		
Secteur d'activité	Public	541	68,3	125	65,1	666	0,725	,391
	Privé	251	31,7	67	34,9	318		
	Total	792	100	192	100	984		
Langue maternelle	Français	523	67,4	112	60,9	635	2,830	,100
	Néerlandais	253	32,6	72	39,1	325		
	Total	776	100	184	100	960		
Statut	Employé	180	23,0	58	29,9	238	6,059	,109
	Ouvrier	457	58,4	107	55,2	564		
	Cadre	108	13,8	18	9,3	126		
	Autre	37	4,7	11	5,7	48		
	Total	782	100	194	100	976		
Antécédents médicaux	Oui	377	48,3	113	58,9	490	6,822	<b>,010</b>
	Non	403	51,7	79	41,1	972		
	Total	780	100	192	100	972		
Antécédents somatiques	Oui	294	37,7	86	44,8	380	,071	,083
	Non	486	62,3	106	55,2	380		
	Total	780	100	192	100	972		
Antécédents psychologiques	Oui	212	27,2	61	31,8	273	1,608	,210
	Non	568	72,8	131	68,2	699		
	Total	780	100	192	100	972		
Consommation alcool/ médicaments	Oui	51	6,5	13	6,8	64	0,014	,507
	Non	729	93,5	179	93,2	908		
	Total	780	100	192	100	972		

La figure 1 présente la répartition des cas récoltés selon l'âge des personnes qui ont été rencontrées par les médecins durant l'enquête. Nous pouvons voir que le groupe d'âge le plus touché par la problématique du burnout se situe entre 45 et 55 ans.

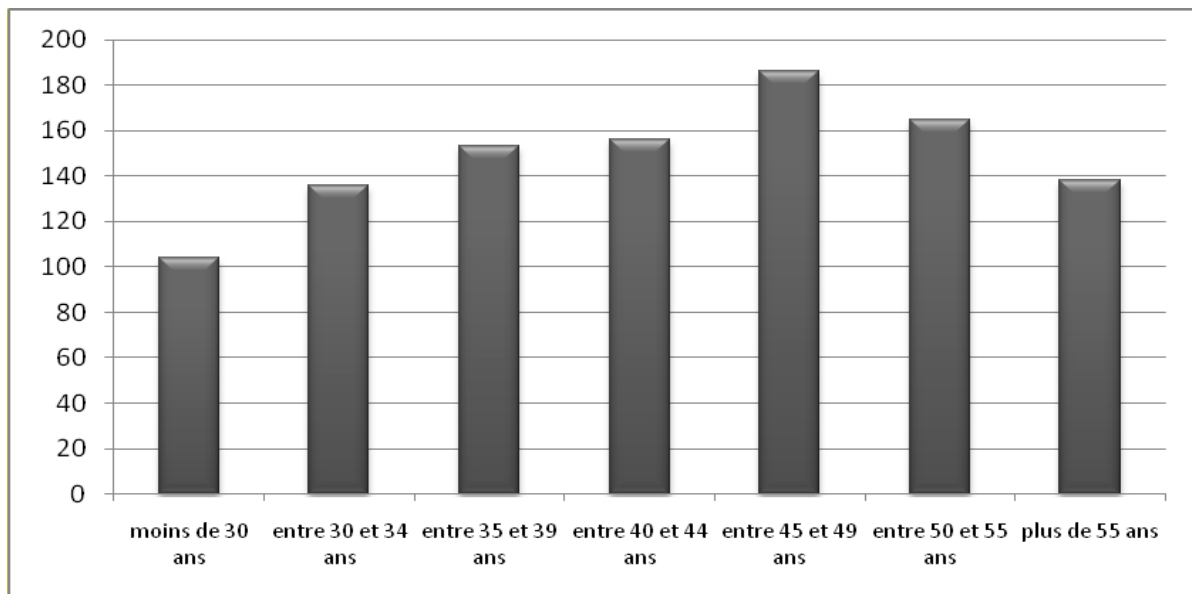


Figure 1 - Distribution des âges pour l'ensemble des cas récoltés

Il semblait également intéressant d'examiner la distribution des âges en fonction du genre des personnes en burnout et en mal-être au travail (figure 2). Parmi les travailleurs les plus jeunes (jusqu'à 35 ans), les femmes sont au moins deux fois plus nombreuses que les hommes, tandis que pour les travailleurs plus âgés (plus de 55 ans), ce rapport semble s'équilibrer.

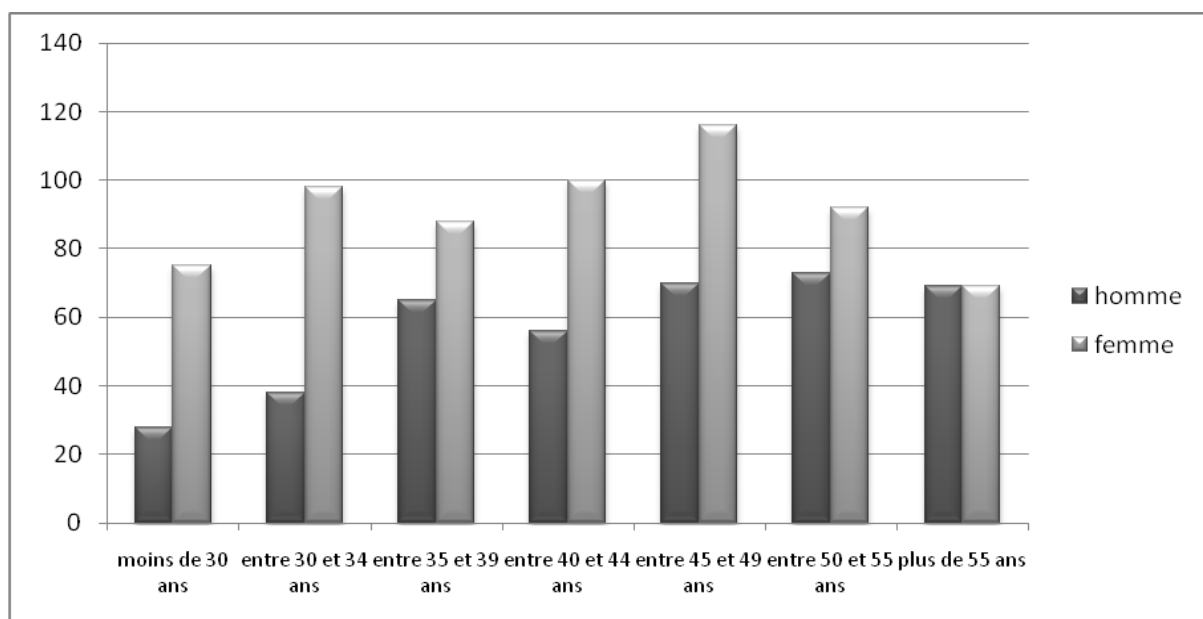


Figure 2 - Distribution des âges en fonction du genre

Nous avons également testé s'il existait une différence significative entre les moyennes d'âge des deux groupes de travailleurs. Le tableau 40 montre qu'il n'y pas de différences significatives entre la moyenne d'âge des travailleurs qui sont en burnout et celle des travailleurs qui ressentent un mal-être au travail.

**Tableau 40- Comparaison de l'âge moyen des travailleurs en burnout et en mal-être au travail**

âge	Moyenne Burnout	Moyenne Mal-être	Valeur t	p
	42,9	42,2		
	Ecart-type Burnout	Ecart-type Mal-être		
	9,8	10,5		

#### 4.2.6 Distinction des cas récoltés par les médecins généralistes et les médecins du travail

Toutes les analyses qui viennent d'être présentées ont également été réalisées séparément sur l'échantillon de cas récoltés par les médecins généralistes et l'échantillon de ceux récoltés par les médecins du travail. En réalisant ces analyses, nous avons voulu montrer que selon le point de vue du médecin et le contexte de la consultation, les résultats peuvent montrer certaines différences.

Le lecteur trouvera en annexe 9 tous les tableaux de résultats en rapport avec ces analyses. Les tableaux 41 et 42 reprennent une comparaison des résultats significatifs pour ces deux échantillons ainsi que les résultats obtenus sur l'échantillon global.

**Tableau 41 - Comparaison des fréquences entre les deux échantillons de médecins**

	<b>Médecins généralistes</b>	<b>Médecins du travail</b>	<b>Analyse globale</b>
	<i>Les plus fréquents</i>		
Symptômes	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Troubles du sommeil</li> <li>- ↓ énergie</li> <li>- Plaintes neurovégétatives/ fonctionnelles</li> <li>- Asthénie</li> <li>- ↓ motivation</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Troubles du sommeil</li> <li>- Frustration</li> <li>- Plaintes neurovégétatives/ fonctionnelles</li> <li>- ↓ motivation</li> <li>- ↓ énergie</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Troubles du sommeil</li> <li>- ↓ énergie</li> <li>- Plaintes neurovégétatives/ fonctionnelles</li> <li>- ↓ motivation</li> <li>- Asthénie</li> </ul>
Motifs de consultation	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Stress</li> <li>- Symptômes physiques</li> <li>- Épuisement</li> <li>- Mal dans sa peau</li> <li>- Asthénie</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Stress</li> <li>- Épuisement</li> <li>- Surcharge de travail</li> <li>- Mal dans sa peau</li> <li>- Symptômes physiques</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Stress</li> <li>- Épuisement</li> <li>- Mal dans sa peau</li> <li>- Symptômes physiques</li> <li>- Surcharge de travail</li> </ul>

	<b>Médecins généralistes</b>	<b>Médecins du travail</b>	<b>Analyse globale</b>
	<i>Les plus fréquents</i>		
Contraintes liées au travail	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Charge de travail</li> <li>- Pression temporelle</li> <li>- Conflit au travail</li> <li>- Changements organisationnels</li> <li>- Conciliation vie privée/professionnelle</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Charge de travail</li> <li>- Changements organisationnels</li> <li>- Pression temporelle</li> <li>- Conflit au travail</li> <li>- Conciliation vie privée/professionnelle</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Charge de travail</li> <li>- Pression temporelle</li> <li>- Changements organisationnels</li> <li>- Conflit au travail</li> <li>- Conciliation vie privée/professionnelle</li> </ul>
Ressources manquantes	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Soutien de la hiérarchie</li> <li>- Reconnaissance</li> <li>- Soutien des collègues</li> <li>- Possibilités d'épanouissement au travail</li> <li>- Définition des tâches</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Soutien de la hiérarchie</li> <li>- Reconnaissance</li> <li>- Soutien des collègues</li> <li>- Participation aux décisions</li> <li>- Possibilités d'épanouissement au travail</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Soutien de la hiérarchie</li> <li>- Reconnaissance</li> <li>- Soutien des collègues</li> <li>- Possibilités d'épanouissement au travail</li> <li>- Définition des tâches</li> </ul>

Les symptômes les plus fréquemment rapportés sont identiques lorsque l'on considère les cas récoltés uniquement par les généralistes ou tous les cas pris globalement. Davantage de travailleurs qui ont consulté un médecin du travail montrent de la frustration. Par contre, ils semblent moins nombreux à manquer d'énergie. Les patients se plaignent plus d'asthénie face aux médecins généralistes.

Le stress et l'épuisement sont des motifs de consultation souvent rapportés pour les deux échantillons de médecins. Les symptômes physiques sont évoqués davantage par la patientèle des généralistes tandis que la surcharge de travail est plus fréquemment rapportée par les travailleurs rencontrant les médecins du travail.

La contrainte de travail la plus fréquemment abordée en consultation est la charge de travail que ce soit pour les cas récoltés par les généralistes ou les médecins du travail. Les autres contraintes les plus fréquentes apparaissent de façon égale dans les deux échantillons mais dans un ordre différent. Au niveau des ressources manquantes, les résultats sont identiques lorsqu'il s'agit de l'analyse globale ou de l'analyse des cas récoltés par les généralistes. Seul le fait de pouvoir participer aux décisions concernant le travail apparaît plus fréquemment chez les travailleurs consultant un médecin du travail. Le fait de pouvoir bénéficier d'une bonne définition des tâches est une ressource manquante importante pour les patients des généralistes.

Le tableau 42 présente les résultats des analyses statistiques qui se sont avérées significatives à travers les différents échantillons. Chaque cellule comprend une indication sur l'interprétation de la relation entre les concepts. Par exemple, concernant les motifs de consultations, l'analyse a montré un lien significatif entre les motifs de consultations cités et le fait de vivre un mal-être au travail ou un stade plus avancé du burnout. Tous les motifs de

consultations sont plus fréquents dans les cas de burnout que dans les cas de mal-être au travail. Les cellules vides signifient que les analyses  $\chi^2$  ne sont pas significatives.

Tableau 42 - Comparaison des analyses statistiques par  $\chi^2$  sur les deux échantillons de médecins

	Médecins généralistes	Médecins du travail	Analyse globale
Motifs de consultation	Mal dans sa peau, Stress Asthénie, Épuisement Surcharge, Dépression → <b>Burnout</b> > <b>Mal - être</b>	Épuisement → <b>Burnout</b> > <b>Mal - être</b>	Mal dans sa peau, Stress Asthénie, Épuisement Surcharge, Dépression → <b>Burnout</b> > <b>Mal - être</b>
Durée de manifestation des symptômes		Entre 7 et 12 mois → <b>Burnout</b> > <b>Mal - être</b> Moins de 3 mois → <b>Mal - être</b> > <b>Burnout</b>	<i>Tendance dans le même sens que les médecins du travail</i> <sup>7</sup>
Qui est consulté?		Autres professionnels Médecin-conseil → <b>Burnout</b> > <b>Mal - être</b>	Autres professionnels Médecin-conseil → <b>Burnout</b> > <b>Mal - être</b>
Variables socio-démographiques		Statut : Employés et cadres → <b>Burnout</b> > <b>Mal - être</b> Ouvriers → <b>Mal - être</b> > <b>Burnout</b>	
	Antécédents psychologiques → <b>Mal - être</b> > <b>Burnout</b>	Antécédents médicaux Antécédents somatiques → <b>Mal - être</b> > <b>Burnout</b>	Antécédents médicaux → <b>Mal - être</b> > <b>Burnout</b>
			<i>Tendance : vivre seul</i> <sup>8</sup> → <b>Burnout</b> > <b>Mal - être</b>
Conclusion de l'évaluation de santé		Apte et congé maladie → <b>Mal - être</b> > <b>Burnout</b> Inapte et mutation définitive → <b>Burnout</b> > <b>Mal - être</b>	

Dans les résultats concernant l'échantillon de médecins généralistes et les résultats globaux, le fait d'être mal dans sa peau, de ressentir du stress ou un état dépressif, d'être épuisé et de ressentir une surcharge de travail sont des motifs de consultation qui sont davantage liés aux formes plus avancées de burnout. Tandis que pour l'échantillon de médecins du travail, seul l'épuisement s'avère lié de manière significative au fait d'être jugé en burnout par le médecin.

En ce qui concerne la durée de manifestation des symptômes ainsi que la consultation d'autres professionnels de la santé, nous observons les mêmes résultats pour l'échantillon de médecins du travail et l'échantillon global. Les personnes qui sont en mal-être au travail vivent plus souvent des symptômes depuis moins de 3 mois. En ce qui concerne les

<sup>7</sup> Résultat non significatif (  $p = ,055$  )

<sup>8</sup> Résultat non significatif (  $p = ,051$  )

professionnels consultés, les psychologues, les psychiatres, les conseillers en prévention et les médecins-conseils sont plus fréquemment rencontrés lorsque les travailleurs sont à un stade plus avancé du processus de burnout. Étonnamment, aucun lien n'est significatif si l'on considère uniquement les cas récoltés par les généralistes.

Les variables socio-démographiques ne permettent pas vraiment de distinguer les cas de burnout des cas de mal-être au travail. Seul les cas récoltés par les médecins du travail permettent de montrer un lien significatif entre le fait d'être employé ou cadre et de se situer à un stade plus avancé du processus de burnout. Par contre, les antécédents médicaux semblent être davantage liés au cas de mal-être au travail que ce soit pour les résultats des deux échantillons de médecins ou les résultats globaux. Enfin, seule l'analyse globale permet de montrer un lien potentiel entre le fait de vivre seul et de se situer à un stade plus avancé du burnout.

## 5. Discussion

Les distinctions entre l'échantillon de médecins généralistes et celui des médecins du travail ayant été présentées dans le chapitre résultats, la discussion sera concentrée sur les résultats de l'analyse globale, c'est-à-dire celle portant sur l'ensemble des cas enregistrés par les médecins, qu'ils soient généralistes ou médecins du travail, durant les trois mois d'enquête. Cette analyse globale

### 5.1 Estimation de la prévalence

---

Au vu du caractère longitudinal du recueil des données, les 1089 cas enregistrés par les médecins participants à l'enquête pourraient être considérés comme des cas incidents ; la brièveté délibérée de la fiche travailleur ne permettait pas cependant de déterminer avec précision les antécédents éventuels du travailleur et donc d'établir le caractère neuf ou ancien du cas. La prise en compte de la mention « 1<sup>ère</sup> consultation ou non » (voir tableau 29) suggère que dans la moitié des cas, il pouvait s'agir de nouveaux cas, répondant donc à la définition épidémiologique de l'incidence. En l'absence de données permettant de vérifier ce fait, il a semblé préférable d'utiliser le terme de prévalence tout au long du rapport pour qualifier le taux de 0,8% de cas de burnout observé dans l'échantillon.

Ce chiffre de prévalence ne peut bien sûr pas être comparé à ceux obtenus dans les nombreuses études basées sur une auto-évaluation par le travailleur ; dans ces études il n'est pas rare de voir rapportés des taux de burnout atteignant 30% voire dépassant 40% dans les populations étudiées (Arigoni, 2008; Soler et al., 2008). L'approche originale choisie pour la présente étude a consisté à s'appuyer sur le diagnostic des médecins (et non pas sur un auto-diagnostic par le travailleur) pour identifier les patients ou travailleurs en burnout. Il est logique que la prévalence mesurée à travers le contact avec le système médical soit très largement inférieure à celle dérivée d'auto-évaluations. Pour de nombreuses pathologies, il est bien connu en effet, que le pourcentage des patients consultant le médecin ne représente qu'une fraction (la moitié ou moins encore) des patients déclarant souffrir de la pathologie étudiée, et qu'en outre parmi ceux consultant le médecin seul un plus faible pourcentage encore sollicite un arrêt de travail.

L'échantillonnage dépendait donc à la fois de la prise de décision des malades de consulter un médecin et de l'accessibilité des soins. Comme l'avait montré White et al. dès 1961, un problème de santé éprouvé par 1000 patients ne va en moyenne conduire que 250 d'entre eux à consulter un médecin à ce sujet (Green et al., 2001). L'écart majeur entre plaintes et taux de recours aux soins a été confirmé dans une série de pathologies. Ainsi dans une étude récente réalisée dans la population des Pays-Bas, moins d'un tiers des patients ayant souffert de lombalgie au cours des 12 mois écoulés avaient consulté leur médecin généraliste pour cette raison (Picavet et al., 2008).

Par analogie, dans la présente recherche, les médecins généralistes n'ont eu accès par définition qu'aux personnes en burnout qui ont fait la démarche de les consulter ; de même les médecins du travail n'ont pu recueillir des plaintes que chez les seuls travailleurs qui ont souhaité s'exprimer sur cet aspect de leur vécu du travail. C'est n'est que dans un second temps que ces médecins ont pu poser un diagnostic de burnout pour un certain nombre de ces patients/travailleurs. Ce mode de sélection des cas de burnout, via le contact avec un médecin, introduit donc un critère de sévérité objectif dans l'évaluation de la prévalence. Vu sous cette perspective, il est dès lors probable que la prévalence de 0,8% de cas de burnout soit une estimation a minima par rapport à la prévalence réelle dans la population au travail.

La validité de ce taux de burnout devra naturellement être vérifiée dans une étude de plus grande ampleur mais il faut néanmoins souligner la cohérence des données obtenues dans la présente enquête. Contrairement à certaines hypothèses préalables, le taux de burnout mesuré à travers les consultations de médecine générale, dans un contexte de confiance totale du patient vis-à-vis de son médecin, n'est pas plus élevé que celui observé lors des évaluations de santé en médecine du travail, où le travailleur se présente suite à une convocation et face à un médecin qu'il n'a pas choisi. Il faut souligner en outre que le taux de fiches complétées pour un mal-être ou un burnout est strictement similaire parmi les médecins francophones (0,81% des contacts-patients) et parmi les médecins néerlandophones (0,87 % des contacts-patients).

L'approche suivie dans cette étude pour la mesure du burnout semble à ce point originale que la recherche bibliographique n'a pas mis en évidence un travail similaire auquel les chiffres observés pourraient être comparés. Il faut néanmoins relever une exception. A partir d'une approche macroéconomique qui croise des données de l'activité économique et des données d'enquêtes statistiques comme des études épidémiologiques, Trontin (2006) a évalué que 1 à 1,4% de la population active en France en 2000 est touchée par une pathologie liée au stress (TMS, maladies cardio-vasculaires et dépression). Le coût associé au stress au travail représente, dans cette étude, 10 à 20% des coûts de la branche « accidents du travail et maladies professionnelles » de la sécurité sociale. Le pourcentage de la population souffrant d'une pathologie liée au stress (et le burnout en est incontestablement une) est donc dans cette étude française du même ordre de grandeur que ce qui a été observé ici en Belgique. Cette étude française a également le mérite de montrer à quel point une problématique de santé, de relativement faible prévalence, peut représenter un coût social important pour le pays.

De ce point de vue, il faut remarquer que la prévalence de 0,8 % observée sur l'échantillon étudié, correspondrait, une fois rapporté à l'ensemble des travailleurs belges (3.400.000 environ) faisant l'objet d'une surveillance de santé régulière par le médecin du travail (70% des salariés belges environ, soit 2.380.000), à un total d'environ 19.000 travailleurs souffrant d'un burnout ou d'un mal-être susceptible d'évoluer vers le burnout.



Nous reviendrons dans le dernier point de cette discussion sur quelques limites de notre étude qui ont pu entraîné soit une sous-estimation, soit une surestimation de cette prévalence.

## **5.2 Profils cliniques en lien avec le burnout**

---

### **5.2.1 Les caractéristiques socio-démographiques**

Des profils types de personnes pouvant être atteintes de burnout dans notre échantillon n'ont pu être identifiés. Les fréquences des différentes variables socio-démographiques présentées devraient être mises en lien avec les fréquences de ces mêmes variables dans la population de patients et de travailleurs ayant consulté les médecins participants à l'enquête. Malheureusement, ces données ne sont pas disponibles, il faut donc être prudent quant à l'interprétation de ces résultats.

De manière globale, notre échantillon de cas comprend davantage de femmes touchées par le burnout. Cette observation peut être rapprochée des données de la littérature qui indiquent que de façon générale, les femmes ont plus tendance à consulter le médecin que les hommes et que de façon plus spécifique, leur taux de plaintes en relation avec la santé mentale est plus élevé. Dans la présente étude, aucune différence significative n'a cependant été démontrée entre l'état de mal-être au travail et les cas de burnout en ce qui concerne le genre mais aussi l'âge des personnes concernées.

La tranche d'âge la plus touchée par le mal-être au travail et le burnout dans notre échantillon se situe entre 45 et 55 ans. Ceci est contradictoire avec certaines études montrant que les jeunes travailleurs sont davantage concernés par cette problématique (Schaufeli & Buunk, 2003). Il faut noter toutefois que la distribution que nous avons obtenue dépend également de l'âge des nombreux patients et travailleurs qui ont rencontré les médecins participants à l'étude. Il serait donc imprudent de tirer des conclusions sur base de ces résultats.

Parmi tous les cas récoltés, il y a également davantage de personnes travaillant dans le secteur public et une majorité d'ouvriers. Le secteur public recouvre l'enseignement ainsi que les hôpitaux publics c'est-à-dire deux domaines comportant des professions reconnues à risques pour développer un burnout. Ce résultat n'est donc pas surprenant mais nécessiterait des analyses plus approfondies au niveau des professions concernées. En première analyse, la proportion élevée d'ouvriers peut paraître surprenante car il est de coutume de penser que les employés et les cadres sont plus exposés au stress et à ses conséquences comme le burnout. Cependant, les employés et les cadres ont généralement plus de contrôle sur leur environnement de travail et disposent donc, sur base du Job Strain model de Karasek, de ressources pour faire face à des exigences de travail élevées. A l'inverse, les ouvriers rencontrent de fortes exigences (cadences, critères de qualité) mais

disposent de peu ou pas de latitude de ce qui constitue aux yeux du modèle la combinaison la plus pathogène en termes de stress ressenti.

Nous avons pu remarquer que très peu de travailleurs rapportent une consommation accrue de médicaments ou d'alcool. Notons toutefois qu'il est difficile d'aborder ce type de problématique face au médecin que l'on consulte. Il est donc possible que les personnes aient montré une certaine désirabilité sociale en ne rapportant pas ce genre de comportements.

Enfin, il semblerait également que le fait d'être seul soit davantage fréquent pour les personnes qui sont déjà à un stade plus avancé du processus de burnout. La littérature montre les effets bénéfiques du support social des collègues ou de la hiérarchie mais le support de l'entourage dans la vie privée est tout aussi bénéfique pour lutter contre ce phénomène.

### 5.2.2 Quels sont les motifs de consultation et les symptômes en lien avec le burnout ?

Certains motifs de consultation sont plus fréquents lorsque les travailleurs rencontrent leur médecin traitant ou le médecin du travail. Le stress et l'épuisement sont des thématiques abordées dans plus de 50% des cas de burnout récoltés. En effet, le burnout est considéré comme un processus résultant d'un stress répété et chronique. De plus, l'épuisement est reconnu dans la littérature comme une dimension centrale du burnout (Breso et al., 2007 ; Maslach, et al., 2009). Ces motifs de consultation sont d'autant plus présents lorsqu'il s'agit de formes plus avancées de burnout. Il est important que les médecins soient attentifs lorsque les travailleurs manifestent ce type de plaintes.

Au niveau des symptômes, le burnout est accompagné de troubles du sommeil dans 60% des cas. Les autres symptômes importants sont une diminution d'énergie, des plaintes neurovégétatives et fonctionnelles, une diminution de la motivation, de l'asthénie et de la frustration.

Il est remarquable que les symptômes physiques sont plus souvent cités que les symptômes psychologiques alors que les définitions traditionnelles du burnout accordent une place importante à ces derniers (épuisement émotionnel, détachement, manque de réalisation). Ce contraste peut s'expliquer à la fois par une moins forte intensité des symptômes psychologiques ou encore par la difficulté des patients ou des médecins à les reconnaître.

Toutefois, nous pouvons faire un parallèle entre ces différents symptômes et les trois dimensions classiques du burnout décrites par Maslach (2001 ; 2009)

En ce qui concerne la dimension d'épuisement émotionnel, Maslach (1997) dans sa définition du burnout pointe le fait que l'individu s'épuise tant émotionnellement que

physiquement. Les personnes ont la sensation d'être vidées et de manquer d'énergie. Les troubles du sommeil engendrent de la fatigue qui joue un rôle central dans le développement du processus de burnout. Rappelons qu'il est difficile de distinguer le burnout et la fatigue prolongée du point de vue clinique vu que les symptômes liés à la fatigue interviennent dans les deux cas (Leone, et al. , 2007, 2008).

La dimension de dépersonnalisation se manifeste par un détachement, une perte d'intérêt et une attitude cynique envers son travail. Les résultats montrent que le changement d'attitude envers autrui (cynisme, indifférence et détachement) ne fait pas partie des symptômes les plus fréquents. Cependant, ce changement est plus fréquemment constaté chez les travailleurs en burnout plus avancé. En effet, ce symptôme était parmi ceux qui permettent de discriminer les cas de burnout et ceux de mal-être au travail. Ce résultat est cohérent avec la vision de Cherniss (1980a, cité dans Schaufeli & Buunk, 2003). Il définit le burnout comme étant un processus en trois étapes où la personne vit un déséquilibre entre les ressources et les demandes, en résultent des tensions émotionnelles, de la fatigue et de l'épuisement. Ensuite, la personne change ses attitudes et comportements en considérant autrui ainsi que le travail de manière détachée et cynique.

Enfin, la dimension de perte d'accomplissement personnel fait référence aux sentiments d'inefficacité et d'incompétence chez le travailleur. Ainsi apparaissent la diminution de l'estime de soi et la démotivation. Les personnes peuvent également se sentir frustrées de ne pas arriver à atteindre leurs objectifs professionnels.

Nous constatons parmi les cas que nous avons récoltés que dans quasiment 30% des cas les symptômes se manifestent depuis plus de 12 mois, ce qui confirme la vision du burnout comme un processus qui se développe et qui peut perdurer dans le temps

La durée de manifestation des symptômes est également importante pour distinguer les cas de mal-être au travail des cas de burnout. Étant donné que les personnes touchées par le burnout accordent en général beaucoup d'importance à leur travail, dans les premiers mois, un certain déni des symptômes apparaît. Les signes précoces de burnout sont difficilement diagnostiqués au départ, et la fiche diagnostique peut donc devenir une aide précieuse pour les professionnels de la santé dans leur jugement clinique.

### 5.2.3 Quels sont les professionnels de la santé confrontés à la problématique du burnout ?

Les médecins généralistes sont les professionnels qui sont les plus consultés par les patients en burnout. Lorsque le travailleur rencontre un médecin du travail, il a déjà rencontré son médecin traitant dans 67% des cas. Tandis que le patient qui se trouve devant un médecin généraliste, a déjà rencontré le médecin du travail seulement dans 13% des cas.

Toutefois, cette grande différence peut être expliquée par l'accès plus difficile à la médecine du travail qu'à la médecine générale. Les personnes ont toute liberté pour aller consulter leur médecin traitant, tandis que les consultations spontanées sont beaucoup moins nombreuses auprès des médecins du travail chez qui les travailleurs sont convoqués dans la plupart des cas (environ 95%). De plus, 30% des travailleurs belges ne font pas l'objet d'une surveillance de santé périodique par le médecin du travail (51% sont examinés annuellement et 19% tous les trois ans).

Les autres professionnels de la santé comme les psychologues, les conseillers en prévention du domaine psycho-social ou encore les psychiatres sont quant à eux consultés dans 31% des cas. Ceci confirme, comme le montre la littérature, l'importance des prises en charge individuelles pour traiter le burnout. Les médecins-conseils n'interviennent que dans les cas d'incapacité de longue durée (plus d'un mois), ce qui explique leur faible occurrence parmi les cas récoltés (10% des cas). Logiquement, les médecins-conseils ainsi que les autres professionnels (psychologues, conseillers en prévention,...) interviennent davantage à des stades plus avancés du processus que dans les cas de mal-être ressenti au travail.

#### 5.2.4 Le burnout en lien avec le travail ?

Dans environ 95% des cas, les symptômes rapportés par les patients sont mis en lien avec le travail par le patient lui-même (87% des cas) ou par le médecin consulté (8%). Ce résultat confirme la perception du phénomène de burnout comme restreint au domaine professionnel. Cette constatation est également utile pour différencier le burnout de la dépression qui s'étend plus largement dans la vie privée (Schaufeli & Buunk, 2003 ; Glass & McKnight, 1996 ; Bakker, et al. 2000) mais aussi pour différencier le burnout de la fibromyalgie et de la fatigue chronique dont l'origine ne se trouve pas forcément dans le travail.

Certaines caractéristiques de l'environnement de travail peuvent être des facteurs de risques qui entraînent un burnout. En nous basant sur le JD-R Model (Bakker & Demerouti, 2007), nous avons distingué pour cette étude les caractéristiques de travail pouvant être vécues comme des contraintes pour les travailleurs et celles vécues comme des ressources.

Parmi les cas recensés, les contraintes les plus souvent mises en lien avec le burnout sont la charge de travail et la pression temporelle. En effet, le lien entre ces contraintes quantitatives (devoir réaliser beaucoup de tâches sur peu de temps) et le burnout a été démontré dans de nombreuses études dans la littérature (Schaufeli et Buunk, 2003).

Les autres contraintes les plus observées parmi notre échantillon de cas sont les changements organisationnels, les conflits au travail et les difficultés au niveau de la conciliation vie privée et vie professionnelle. En effet, actuellement, de nombreuses entreprises sont en perpétuel changement. Les travailleurs doivent se montrer de plus en plus flexibles pour répondre aux exigences du marché de l'emploi et de leurs entreprises,

que ce soit en termes de flexibilité au poste de travail ou au niveau des horaires. Le travail prend parfois une telle importance qu'il en impacte la vie privée des personnes. Les ressources des individus ainsi s'épuisent et ceux-ci peuvent graduellement développer un burnout.

Certaines ressources de l'environnement de travail sont donc importantes pour pouvoir faire face aux contraintes amenant les travailleurs à vivre un burnout. L'analyse des cas récoltés a permis d'identifier quelles étaient les ressources qui manquaient le plus aux travailleurs en burnout. Il s'agit principalement du support social (le soutien de la hiérarchie, la reconnaissance du travail accompli et le soutien des collègues) qui montre toute son importance dans la prévention et la prise en charge du burnout (Halbesleben, et al., 2006 ; Laugaa, et al., 2008 ; Peterson, et al., 2008 ).

Le fait de savoir ce qui est de sa responsabilité et ce qui ne l'est pas n'est pas toujours bien défini pour les travailleurs qui sont en burnout. De plus, ils ont également le sentiment de ne pas pouvoir s'épanouir dans leur travail.

Ces résultats confirment les études sur le JD-R Model qui montrent l'importance des contraintes de travail pour prédire le burnout et soulignent l'intérêt de fournir des ressources aux travailleurs en termes de soutien social mais aussi de reconnaissance du travail accompli (Bakker & Demerouti, 2007; Xanthopoulou et al., 2007). S'il est en général difficile de pouvoir diminuer les contraintes telles que la charge de travail, il est plus aisé d'optimiser les ressources mises à disposition des travailleurs. Ce sont donc des pistes intéressantes pour développer la prévention primaire qui vise à lutter contre les facteurs de risques pouvant mener au burnout.

### **5.3 Comparaison des médecins généralistes et des médecins du travail**

---

Nous avons pu voir au travers des résultats présentés que les informations rapportées dans les fiches pouvaient être influencées par le contexte de la consultation du médecin généraliste ou celle du médecin du travail.

Il est probable que le travailleur parle plus spontanément des problèmes qu'il rencontre dans son environnement de travail lorsqu'il consulte le médecin du travail. Cependant, il ne présente pas forcément les choses de la même manière face au médecin du travail qui reste lié d'une façon ou d'une autre à l'entreprise. Il peut craindre les conséquences éventuelles sur son emploi.

Le médecin généraliste a une position plus neutre par rapport à la relation que le patient développe vis-à-vis de son travail et le patient peut donc se confier plus facilement. Les médecins généralistes présentent cependant l'inconvénient d'avoir une connaissance plus éloignée du milieu de travail et du concept de burnout. Les médecins du travail sont davantage sensibilisés à cette problématique.

Toutefois, globalement, il est remarquable que les résultats obtenus sur les deux échantillons de médecins soient aussi comparables sur plusieurs points. Les symptômes du burnout ainsi que les motifs de consultation les plus fréquents restent semblables. Les contraintes de travail et les ressources qui sont fréquemment liées au burnout sont également similaires pour les deux échantillons.

## 5.4 Limitations de l'étude

---

### 5.4.1 Échantillon étudié

Dans toute démarche de nature épidémiologique, un élément essentiel du protocole est la définition des « cas » qui seront enregistrés ou mesurés par la méthodologie d'enquête. De nombreuses enquêtes reposent sur le recueil de plaintes exprimées ou de symptômes ressentis par la population d'étude. Une approche de ce type était en principe possible pour l'étude de la prévalence du burnout et elle aurait impliqué le tirage au sort d'un échantillon représentatif des travailleurs belges, et l'auto-évaluation du burnout ressenti au moyen d'un des questionnaires validés au niveau international (MBI ou OLBI). Le budget et le temps alloués à l'étude demandée rendaient cependant impossible le choix d'une telle option.

Il nous a donc paru à la fois plus réaliste mais aussi plus intéressant de réaliser une estimation de la prévalence de burnout en Belgique, à travers sa manifestation dans le système de santé. Nous avons choisi de recenser les cas de burnout rencontrés par les médecins généralistes et les médecins du travail, lors de leurs contacts avec des travailleurs. La définition des « cas » de burnout repose donc sur les symptômes et plaintes exprimés par le travailleur lors de ces contacts et sur la conclusion diagnostique formulée par le médecin. La validité des résultats obtenus devait donc dépendre non pas du nombre de travailleurs contactés mais de la représentativité des deux échantillons de médecins participant à l'étude. L'objectif de l'équipe de recherche était d'obtenir une participation de 1/5 des médecins contactés afin d'assurer une représentativité satisfaisante de l'échantillon.

Les efforts de recrutement effectués via les sociétés scientifiques et les services de prévention et de protection (3147 médecins généralistes francophones et 4620 médecins généralistes néerlandophones ont été contactés par mail, 12 SEPPT et de très nombreux SIPPT ont été contactés par téléphone ou par courrier postal) ont été importants. A l'issue de ces efforts, 250 médecins (118 médecins généralistes et 132 médecins du travail) ont activement participé à l'étude. Si les résultats obtenus sont relativement satisfaisants pour l'échantillon de médecins du travail, ils le sont moins pour les médecins généralistes.

Les médecins du travail participants représentent environ 12,5% de l'effectif total des médecins du travail actifs (n=1050) en Belgique ; ce taux bien qu'inférieur à l'objectif fixé de 20% est relativement satisfaisant dans la mesure où les SEPPT et SIPPT participants assurent une couverture géographique homogène sur le territoire belge et interviennent dans tous les secteurs économiques. L'échantillon est représentatif de la répartition des genres (F =

57%), et du rapport entre médecins de SEPPT et de SIPPT (14% environ) au sein de la profession ; en ce qui concerne le rapport entre médecins francophones et néerlandophones, 52 % des participants étaient francophones soit un pourcentage supérieur aux 40 % observés dans la population d'ensemble.

L'échantillon obtenu de médecins généralistes ne peut lui être qualifié de satisfaisant : les médecins participants représentent seulement 1,5% des adhérents à l'une des deux associations scientifiques collaborant à l'étude (et 1,3% des généralistes réellement actifs en Belgique). Cet échantillon est comme celui des médecins du travail caractérisé par une surreprésentation des médecins francophones.

#### 5.4.2 Jugement clinique du médecin

L'approche originale choisie pour cette étude, qui a consisté à s'appuyer pour la définition des cas de burnout sur le diagnostic des médecins (et non pas sur un auto-diagnostic par le travailleur), présente naturellement l'inconvénient d'une démarche ouverte à la variabilité des évaluations médicales. La fiche utilisée pour l'étude ne comportait en effet aucune directive formelle pour décider si un patient était oui ou non en burnout, ou bien s'il présentait seulement un mal-être lié au travail (soit un état pouvant évoluer vers un burnout). L'objectif de l'équipe de recherche était en effet d'identifier la constellation de symptômes et de caractéristiques de l'environnement professionnel qui oriente le jugement du médecin dans un sens ou dans l'autre.

Dans cette perspective, il faut souligner que les médecins ont utilisé des stratégies de réponses différentes ; certains médecins ont eu tendance à cocher beaucoup de symptômes tandis que d'autres ont été plus sélectifs dans leur approche. Il semble également d'après des échos verbaux de médecins, que certains ont rempli la fiche avec le patient tandis que d'autres l'ont remplie après la consultation. Ces différentes approches pour la formulation du jugement clinique peuvent avoir influencé les résultats.

Les contraintes de temps pesant sur le médecin en consultation a également pu avoir une influence sur son jugement clinique. En effet, les médecins n'ont peut-être pas toujours eu le temps de remplir une fiche face à un patient présentant des signes de mal-être au travail, ce qui impliquerait une sous-estimation du taux de prévalence réel. Ces contraintes de temps peuvent également expliquer qu'un certain nombre de médecins ayant accepté de participer à notre étude ont finalement décidé de ne plus collaborer.

Le profil des médecins volontaires pour l'étude a probablement impacté le jugement des médecins et peut-être surestimé le taux de prévalence réel. Ces médecins étaient certainement motivés par la problématique du burnout. Ceux-ci ont peut-être été plus attentifs à ce phénomène et posé plus des questions aux patients ou aux travailleurs pour émettre leur diagnostic.

### 5.4.3 La durée de la période de récolte des données

Une autre limite évidente de l'étude réalisée concerne la durée du recueil des données : limitée à trois mois, cette période est sans doute trop courte pour déduire une estimation fiable de la prévalence du burnout. Généralement, il est conseillé de recenser des cas pendant une période de 6 mois à un an pour obtenir une estimation valide de la prévalence d'un phénomène.

Il est cependant probable que le biais ainsi introduit dans l'estimation n'est pas tellement lié à la courte durée du recueil en elle-même mais à la localisation de ces 3 mois au sein des 12 mois de l'année (fin du printemps, début de l'été, et début des vacances). On peut estimer que le phénomène de burnout est sujet aux variations saisonnières ; à l'approche du beau temps et des vacances, les personnes souffrent moins du burnout ou consultent moins pour le burnout. Il s'ensuit que la prévalence du burnout est probablement sous-estimée dans notre étude.

La récolte de données n'a pas pu débuter au même moment en Flandre qu'en Communauté française pour les médecins généralistes. En Communauté française la période de récolte de données s'étend du 19 avril au 16 juillet, en Flandre du 1<sup>er</sup> mai au 31 juillet. Contrairement aux éléments précédents, ce décalage de deux semaines ne peut avoir eu qu'un impact limité sur la validité des résultats.

### 5.4.4 Validité des données collectées

Le nombre de cas cliniques récoltés (1100 fiches) constitue cependant, en dépit des limites évidentes de l'échantillon de médecins, une base de données intéressante car tirée de la pratique quotidienne de 250 praticiens. Il serait néanmoins imprudent d'extrapoler à l'ensemble des travailleurs belges les observations faites et les conclusions qui en sont tirées sur le phénomène du burnout.

## 5.5 **Perspectives pour la suite du projet**

---

Différentes perspectives peuvent être envisagées à court terme, à moyen terme et à plus long terme pour les suites de ce projet.

Vu le nombre important de fiches récoltées, il serait intéressant de réaliser, à court terme, des analyses plus approfondies afin d'évaluer l'influence de l'âge et du genre sur les symptômes manifestés et les caractéristiques de l'environnement vécues par les travailleurs en burnout. Investiguer quels sont les types de professions les plus à risques pour développer un burnout dans notre échantillon serait également une piste de travail intéressante. Ces perspectives de recherche permettrait d'affiner la perception du phénomène et, par la suite, d'adapter les actions de prévention et de prise en charge de manière ciblée



La fiche diagnostique peut s'avérer être un outil précieux pour les professionnels de la santé qui sont confrontés à des patients en burnout. Il pourrait être intéressant de réaliser des analyses complémentaires afin d'adapter le contenu de la fiche et déterminer des critères-clés qui permettraient aux médecins de formuler leur diagnostic. Pouvoir communiquer et diffuser les résultats de l'étude ainsi que la fiche diagnostique aux médecins participants mais aussi à l'ensemble des professionnels concernés révèle toute son importance pour pouvoir améliorer le diagnostic et donc la prise en charge des personnes souffrant de burnout.

Des initiatives dans le milieu de travail apparaissent être nécessaires pour améliorer la prévention et la prise en charge des travailleurs en burnout. A cet égard, plusieurs types d'interventions sont préconisées dans la littérature spécialisée. C'est le cas de modules de prévention qui impliquent les travailleurs collectivement dans l'amélioration leurs propres conditions de travail. Cette pratique de gestion participative permet aux travailleurs de prendre en considération les contraintes auxquelles ils sont confrontés et les ressources qui peuvent être mobilisées pour y faire face. Cette démarche de prévention tient compte à la fois des aspects du travail et de l'importance subjective du travail, qui est un aspect central pour les personnes en burnout.

D'un point de vue ergonomique, l'aménagement du poste de travail est également un élément important auquel il faudra porter attention.

Ces modules collectifs seraient combinés avec une prise en charge individuelle (sous la forme, par exemple, de suivi psychologique,...) afin de pouvoir faciliter le retour au travail. Cette démarche de prévention tertiaire se concrétiserait par l'établissement de relations de collaborations entre les employeurs et les professionnels de la santé au travail.

De manière générale, la réussite de ces interventions, collectives et individuelles passera par une concertation entre employeurs, représentants des travailleurs, professionnels de la santé au travail et équipe de recherche. A cette fin, des campagnes d'information au sein des entreprises permettraient de sensibiliser les travailleurs et les employeurs à l'importance de prendre en compte le phénomène et de le prévenir par des mesures organisationnelles, groupales et individuelles.

La création des modules de prévention au niveau primaire, secondaire et tertiaire ferait écho à la fois à la littérature scientifique et à la réalité de terrain mis en évidence par cette étude. La création et l'implémentation de ces modules passerait alors par une réflexion tant sur le contenu théorique et pratique que sur leur structure. Dans une phase ultérieure, leur efficacité devrait être également évaluée.

## 6. Conclusion

L'objectif de cette étude était d'objectiver le phénomène de burnout et d'en mesurer l'ampleur au sein de la population des travailleurs belges.

L'apport majeur de la revue de littérature a été de clarifier la définition du burnout et des autres concepts proches telle que le stress, la charge psychosociale, la dépression, le workaholisme, la fatigue chronique et la fibromyalgie. Les différences et similitudes relevées entre ces concepts seront d'une grande utilité pour les médecins devant réaliser un diagnostic différentiel.

Ce travail a également permis de dégager des résultats intéressants sur les symptômes du burnout et les caractéristiques de l'environnement de travail liés à ce phénomène notamment.

Le choix original de l'équipe de recherche a été d'estimer la prévalence du burnout à travers sa manifestation dans le système de santé belge. Dans notre échantillon, celle-ci se chiffre à 0,8% environ lorsque l'ensemble des cas récoltés sont considérés. Ce chiffre de prévalence se confirme lorsqu'il est estimé à travers le jugement des médecins généralistes d'une part, et celui des médecins du travail, d'autre part, mais aussi à travers les populations francophones et néerlandophones prises séparément.

Si cette estimation semble peu élevée, elle représente tout de même près de 19 000 travailleurs à travers la Belgique. Il faut souligner également que ces personnes ont déjà un ressenti assez important pour consulter les médecins. Ceci ne représente donc que la pointe de l'iceberg car une partie des travailleurs est affectée par certains signes précoces de burnout sans pour autant consulter un professionnel de la santé. Ces travailleurs luttent pour pouvoir rester actifs dans le monde du travail.

Le burnout représente un réel problème de santé publique avec des conséquences lourdes pour la santé des travailleurs, les entreprises et la société. D'autres études sont nécessaires pour approfondir notre connaissance de cette problématique et pouvoir mettre en place des actions de sensibilisation, de prévention et de prise en charge adéquate pour lutter contre ce phénomène.

## 7. Bibliographie

- Aaron, L. A., & Buchwald, D. (2003). Chronic diffuse musculoskeletal pain, fibromyalgia and co-morbid unexplained clinical conditions. *Best Practice & Research in Clinical Rheumatology*, 17(4), 563-574.
- Afari, N., & Buchwald, D. (2003). Chronic fatigue syndrome: A review. *The American Journal of Psychiatry*, 160(2), 221-236.
- Ahola, K., & Hakanen, J. (2007). Job strain, burnout, and depressive symptoms: a prospective study among dentists. *Journal of Affective Disorders*, 104(1-3), 103-110.
- Ahola, K., Honkonen, T., Kivimäki, M., Virtanen, M., Isometsä, E., Aromaa, A., et al. (2006). Contribution of burnout to the association between job strain and depression: the health 2000 study. *Journal of Occupational & Environmental Medicine*, 48(10), 1023-1030.
- Ahola, K., Honkonen, T., Virtanen, M., Kivimäki, M., Isometsä, E., Aromaa, A., et al. (2007). Interventions in relation to occupational burnout: The population-based health 2000 study. *Journal of occupational and environmental medicine*, 49(9), 943-952.
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.). Washington: DC Author
- Amital, D., Fostick, L., Polliack, M. L., Segev, S., Zohar, J., Rubinow, A., et al. (2006). Posttraumatic stress disorder, tenderness, and fibromyalgia syndrome: Are they different entities? *Journal of Psychosomatic Research*, 61(5), 663-669.
- Anderberg, U. M., Marteinsdottir, I., Theorell, T., & von Knorring, L. (2000). The impact of life events in female patients with fibromyalgia and in female healthy controls *European Psychiatry*, 15(5), 295-301
- Andreassen, C. S., Ursin, H., & Eriksen, H. R. (2007). The relationship between strong motivation to work, "workaholism", and health. *Psychology & Health*, 22(5), 615-629.
- Awa, W. L., Plaumann, M., & Walter, U. (2010). Burnout prevention: A review of intervention programs. *Patient Education and Counseling*, 78(2), 184-192.
- Baba, V., Galperin, B. L., & Lituchy, T. R. (1999). Occupational mental health: a study of work-related depression among nurses in the Caribbean. *International Journal of Nursing Studies*, 36, 163-169.
- Bakker, A. B., & Demerouti, E. (2007). The Job Demands-Resources model: state of the art. *Journal of Managerial Psychology*, 22(3), 309-328.
- Bakker, A. B., Schaufeli, W. B., Demerouti, E., Janssen, P. M. P., Van der Hulst, R., & Brouwer, J. (2000). Using equity theory to examine the difference between burnout and depression. *Anxiety Stress Coping*, 13, 247-268.
- Barbier, M. (2010). *Le modèle JD-R ('Job demands-Resources') pour prédire les aspects positifs et négatifs du stress professionnel : validation statistique des mesures et modélisation structurale.*, University of Liège, Liège.
- Barsky, A. J., & Borus, J. F. (1999). Functional somatic syndromes. *Annals of Internal Medicine*, 130(11), 910-921.
- Bendaya, S., Le Breton, F., Gahlouz, F., & Aymard, C. (2007). Approche pluridisciplinaire de la fibromyalgie (FM). *La Lettre de Médecine Physique et de Réadaptation*, 23(2), 97-102.
- Benjamin, S., Morris, S., McBeth, J., Macfarlane, G. J., & Silman, A. J. (2000). The association between chronic widespread pain and mental disorder: A population-based study. *Arthritis & Rheumatism*, 43(3), 561-567.

- Bittman, B., Bruhn, K. T., Stevens, C., Westengard, J., & Umbach, P. O. (2003). Recreational music-making: a cost-effective group interdisciplinary strategy for reducing burnout and improving mood states in long-term care workers. *Advances in Mind-Body Medicine* 19, 4–15.
- Blonk, R. W. B., Brenninkmeijer, V., Lagerveld, S., & Houtman, I. (2006). Return to work: A comparison of two cognitive behavioural interventions in cases of work-related psychological complaints among the self-employed. *Work and stress*, 20(2), 129-144.
- Bourbonnais, R., Comeau, M., Vézina, M., & Dion, G. (1998). Job strain, psychological distress, and burnout in nurses. *American Journal of Industrial Medicine*, 34(1), 20-28.
- Bragard, I., Etienne, A. M., Libert, Y., Merckaert, I., Liénard, A., Meunier, J., et al. (2010). Predictors and Correlates of Burnout in Residents Working With Cancer Patients. *Journal of cancer education*, 25(1), 120-126.
- Brandes, V., Terris, D., Fischer, C., Schuessler, M. N., Ottowitz, G., Titscher, G., et al. (2009). Music Programs Designed to Remedy Burnout Symptoms Show Significant Effects after Five Weeks. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1169(1), 422-425.
- Brenninkmeyer, V., Van Yperen, N. W., & Buunk, P. B. (2001). Burnout and depression are not identical twins: is decline of superiority a distinguishing feature? *Personality and Individual Differences*, 30, 873-880.
- Breso, E., Salanova, M., & Schaufeli, W. B. (2007). In search of the “third dimension” of burnout: Efficacy or inefficacy? *Applied Psychology: an International Review*, 56(3), 460-478.
- Burke, R. J. (2000a). Workaholism in organizations: concepts, results and future research directions. *International Journal of Management Reviews*, 2(1), 1-16.
- Burke, R. J. (2000b). Workaholism in organizations: Psychological and physical well-being consequences. *Stress Medicine*, 16, 11-16.
- Burke, R. J., & Matthiesen, S. (2004). Short Communication: Workaholism among Norwegian journalists-- Antecedents and consequences. *Stress and Health: Journal of the International Society for the Investigation of Stress*, 20(5), 301-308.
- Buskila, D., & Sarzi-Puttini, P. (2006). Biologie et thérapeutique de la fibromyalgie. Les aspects génétiques du syndrome de fibromyalgie. *Arthritis Res Ther*, 8, 218.
- Byrne, Z. S., & Cropanzano, R. (2001). The history of organizational justice: The founders speak In R. Cropanzano (Ed.), *Justice in the workplace: From theory to practice* (Vol. 2, pp. 3-26). Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Cathébras, P. (2003). La fibromyalgie : une affection psychosomatique ? *Revue du Rhumatisme*, 70(4), 337-339.
- Cedraschi, C., Desmeules, C., Luthy, C., & Allaz, A. F. (2003). Aspects psychologiques de la fibromyalgie. *Revue du Rhumatisme*, 70(4), 331-336.
- Cheek, J. R., Bradley, L. J., Parr, G., & Lan, W. (2003). Using music therapy techniques to treat teacher burnout. *Journal of mental health counseling*, 25(3), 204-217.
- Cleare, A. J. (2004). Stress and fibromyalgia--what is the link? *Journal of Psychosomatic Research*, 57(5), 423-425.
- Cohen, H., Neumann, L., Haiman, Y., Matar, M. A., Press, J., & Buskila, D. (2002). Prevalence of post-traumatic stress disorder in fibromyalgia patients: Overlapping syndromes or post-traumatic fibromyalgia syndrome? *Seminars in Arthritis & Rheumatism*, 32(1), 38-50.

- Cullen, J., Silverstein, B., & Foley M. et al. (2008). Linking Biomechanical Workload and Organizational Practices to Burnout and Satisfaction. *Journal of Business and Psychology*, 23, 63–71.
- Dai, J. M., Collins, S., Yu, H. Z., & Fu, H. (2008). Combining job stress models in predicting burnout by hierarchical multiple regressions: A cross-sectional investigation in Shanghai. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 50(7), 785-790.
- De Backer, G., Kornitzer, M., Karnas, G., Coetsier, P., & De Corte, W. (1996). Etude sur le stress au travail: scores normatifs, étude des déterminants et recherche prospective sur la relation avec l'absentéisme et avec l'incidence des maladies cardio-vasculaires. Retrieved July, 22, 2010, from [http://www.belspo.be/belspo/home/publ/pub\\_ostc/sante/rST03\\_fr.pdf](http://www.belspo.be/belspo/home/publ/pub_ostc/sante/rST03_fr.pdf)
- de Jonghe, J., Bosma, H., Peter, R., & Siegrist, J. (2000). Job strain, effort-reward imbalance and employee well-being: A large-scale cross-sectional study. *Social Science & Medicine*, 50(9), 1317-1327.
- De Keyser, V., & Hansez, I. (1996). Vers une perspective transactionnelle du stress au travail : Pistes d'évaluations méthodologiques. *Cahiers de Médecine du Travail*, 33(3), 133-144
- Demerouti, E., Bakker, A., Nachreiner, F., & Ebbinghaus, M. (2002). From mental strain to burnout. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 11(4), 423-441.
- Demerouti, E., Bakker, A. B., Vardakou, I., & Kantas, A. (2003). The convergent validity of two burnout instruments: A multitrait-multimethod analysis. *European Journal of Psychological Assessment*, 19(1), 12-23.
- Doherty, M., & Jones, A. (1995). ABC of rheumatology : Fibromyalgia syndrome. . *British Medical Journal*, 310(6976), 386-389.
- Dyrbye, L. N., Thomas, M. R., Huschka, M. M., Lawson, K. L., Novotny, P. J., Sloan, J. A., et al. (2006). A multicenter study of burnout, depression, and quality of life in minority and nonminority US medical students. *Mayo Clinic Proceedings*, 81(11), 1435-1442.
- Etzion, D. (1984). Moderating effect of social support on the stress-burnout relationship. *Journal of applied psychology*, 69(4), 615-622.
- European Agency for Safety and Health at Work. (2009). OSH in figures: stress at work — facts and figures. Retrieved July 26, 2010, from [http://osha.europa.eu/en/publications/reports/TE-81-08-478-EN-C\\_OSH\\_in\\_figures\\_stress\\_at\\_work](http://osha.europa.eu/en/publications/reports/TE-81-08-478-EN-C_OSH_in_figures_stress_at_work)
- Ewers, P., Bradshaw, T., McGovern, J., & Ewers, B. (2002). Does training in psychosocial interventions reduce burnout rates in forensic nurses? *Journal of advanced nursing*, 37(5), 470-476.
- Farber, B. A. (2000). Introduction: understanding and treating burnout in a changing culture. *Journal of clinical psychology*, 56(5), 589-594.
- Fietta, P., & Manganelli, P. (2007). Fibromyalgia and psychiatric disorders. *Acta Bio-Medica de l' Ateneo Parmense*, 78(2), 88-95.
- Freudenberger, H. (1974). Staff Burnout. *Journal of Social Issues*, 30(1), 159-165.
- Friedman, I. A. (2000). Burnout in teachers: shattered dreams of impeccable professional performance. *Journal of clinical psychology*, 56(5), 595-606.
- Fukuda, K., Straus, S. E., Hickie, I., Sharpe, M. C., Dobbins, J. G., & Komaroff, A. (1994). The chronic fatigue syndrome: A comprehensive approach to its definition and study. *Annals of Internal Medicine*, 121(12), 953-959.

- Giesecke, T., Gracely, R. H., Williams, D. A., Geisser, M. E., Petzke, F. W., & Clauw, D. J. (2005). The relationship between depression, clinical pain, and experimental pain in a chronic pain cohort. *Arthritis & Rheumatism*, *52*(5), 1577-1584.
- Gilbert, D., & Daloz, L. (2008). Disorders associated with burnout and causal attributions of stress among health care professionals in psychiatry. *European Review of Applied Psychology/Revue Europeenne de Psychologie Appliquee*, *58*(4), 263-274.
- Gilliland, S. W., & Chan, D. (2001). Justice in organisations: Theory, methods and applications. In N. Anderson, D. S. Ones, H. Kepir Sinangil & C. Viswesvaran (Eds.), *Handbook of industrial, work and organizational psychology* (Vol. 2, pp. 143-165). London: Sage.
- Glass, C. G., McKnight, J. D., & Valdimarsdottir, H. (1993). Depression, burnout and perception of control in hospital nurses. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *61*(1), 147-155.
- Glass, D. C., & McKnight, J. D. (1996). Perceived control, depressive symptomatology, and professional burnout: A review of the evidence. *Psychology & Health*, *11*(1), 23-48.
- Goldenberg, D. (1995). Fibromyalgia: why such controversy? *Annals of the Rheumatic Diseases*, *54*(3), 5.
- Grebot, E. (2008). *Stress et burnout au travail : identifier, prévenir, guérir* Paris: Editions d'Organisation Groupe Eyrolles.
- Green, L. A., Fryer, G. E., Yawn, B. P., Lanier, D., & Dovey, S. M. (2001). The Ecology of Medical Care Revisited. *New England Journal of Medicine*, *344*(26), 2021-2025.
- Halbesleben, J. R. B., & Buckley, M. R. (2004). Burnout in organizational life. *Journal of Management*, *30*(6), 859-879.
- Halbesleben, J. R. B., & Demerouti, E. (2005). The construct validity of an alternative measure of burnout: Investigating the English translation of the Oldenburg Burnout Inventory. *Work and Stress*, *19*(3), 208-220.
- Halbesleben, J. R. B., Osburn, H. K., & Mumford, M. D. (2006). Action research as a burnout intervention: Reducing burnout in the Federal Fire Service. *The Journal of Applied Behavioral Science*, *42*(2), 244-266.
- Hallsten, L. (1993). Burning out: A framework. In W. B. Schaufeli, C. Maslach & T. Marek (Eds.), *Professional burnout: recent developments in theory and research* (pp. 95-113). London: Taylor and Francis.
- Hätinen, M., Kinnunen, U., Makikangas, A., Kalimo, R., Tolvanen, A., & Pekkonen, M. (2009). Burnout during a long-term rehabilitation: comparing low burnout, high burnout - benefited, and high burnout - not benefited trajectories. *Anxiety, Stress, & Coping*, *22*(3), 341-360.
- Hätinen, M., Kinnunen, U., Pekkonen, M., & Kalimo, R. (2007). Comparing two burnout interventions: Perceived job control mediates decreases in burnout. *International journal of stress management*, *14*(3), 227-248.
- Honkonen, T., Ahola, K., Pertovaara, M., Isometsä, E., Kalimo, R., Nykyri, E., et al. (2006). The association between burnout and physical illness in the general population—results from the Finnish Health 2000 Study. *Journal of Psychosomatic Research*, *61*, 59-66.
- Hoogduin, C. A., Schaap, C. P., & Methorst, G. J. (1996). Burnout: Klinisch beeld en diagnostiek. In C. A. Hoogduin, C. P. Schaap, A. J. Kladler & W. A. Hoogduin (Eds.), *Behandelingsstrategieën bij burnout*. Houten/Diegem, Netherlands: Bohn Stafleu Van Loghum.

- Houvenagel, E. (1999). Les mécanismes de la douleur de la fibromyalgie. *Revue du rhumatisme*, 66(2), 105-110.
- Hudson, J. I., Mangweth, B., Pope, H. G., De Col, C., Hausmann, A., Gutweniger, S., et al. (2003). Family Study of Affective Spectrum Disorder *Archives of General Psychiatry*, 60(2), 170-177.
- Hudson, J. I., & Pope, H. G., Jr. (1996). The relationship between fibromyalgia and major depressive disorder. *Rheumatic Diseases Clinics of North America*, 22(2), 285-303.
- Iacovides, A., Fountoulakis, K. N., Kaprinis, S., & Kaprinis, G. (2003). The relationship between job stress, burnout and clinical depression. *Journal of Affective Disorders*, 75(3), 209-221.
- Isaksson, K., Gude, T., Tyssen, R., & Aasland, O. (2010). A self-referral preventive intervention for burnout among Norwegian nurses: one-year follow-up study. *Patient Education and Counseling*, 78(2), 191-197.
- Kanaan, R. A., Lepine, J. P., & Wessely, S. C. (2007). The association or otherwise of the functional somatic syndromes. *Psychosomatic Medicine*, 69(9), 855-859.
- Kanai, A., & Wakabayashi, M. (2001). Workaholism among Japanese blue-collar employees. *International journal of stress management*, 8(2), 129-145.
- Keinan, G., & Pines, A. M. (2007). Stress and burnout among prison personnel: Sources, outcomes, and intervention strategies. *Criminal justice and behavior*, 34(3), 380-398.
- King, C., & Jason, L. A. (2005). Improving the diagnostic criteria and procedures for chronic fatigue syndrome. *Biological Psychology*, 68(2), 87-106.
- Kleinman, N., Harnett, J., Melkonian, A., Lynch, W., Kaplan-Machlis, B., & Silverman, S. L. (2009). Burden of fibromyalgia and comparisons with osteoarthritis in the workforce. *Journal of Occupational & Environmental Medicine*, 51(12), 1384-1393.
- Kristensen, T. S., Borritz, M., Villadsen, E., & Christensen, K. B. (2005). The Copenhagen Burnout Inventory: A new tool for the assessment of burnout. *Work & Stress*, 19(3), 192-207.
- Laroche, F. (2009). Actualités de la fibromyalgie : Fibromyalgia syndrome : What's new in 2009 ? *Revue du Rhumatisme*, 76(6), 529-536.
- Laugaa, D., Rasclea, N., & Bruchon-Schweitzer, M. (2008). Stress and burnout among French elementary school teachers: A transactional approach. *European review of applied psychology*, 58(4), 241-251.
- Lawrence, R. C., Helmick, C. G., Arnett, F. C., Deyo, R. A., Felson, D. T., Giannini, E. H., et al. (1998). Estimate of the prevalence of arthritis and selected musculoskeletal disorders in the United States. *Arthritis Rheum*, 41, 778-799.
- Le Blanc, P. M., Hox, J. J., Schaufeli, W. B., Taris, T. W., & Peeters, M. C. W. (2007). Take care! The evaluation of a team-based burnout intervention program for oncology care providers. *Journal of applied psychology*, 92(1), 213-227.
- Leone, S. S., Huibers, M. J. H., Knottnerus, J. A., & Kant, I. (2008). A comparison of the course of burnout and prolonged fatigue: a 4-year prospective cohort study. *Journal of Psychosomatic Research*, 65(1), 31-38.
- Leone, S. S., Huibers, M. J. H., Knottnerus, J. A., & Kant, I. J. (2007). Similarities, overlap and differences between burnout and prolonged fatigue in the working population. *Quarterly Journal of Medicine*, 100(10), 617-627.
- Maquet, D., Croisier, J. L., & Crielaard, J. M. (2001). Le point sur la fibromyalgie. *Annales de Réadaptation et de Médecine Physique*, 44(6), 316-325.
- Maslach, C. (1976). Burned-out. *Human Behavior*, 9(5), 16-22.

- Maslach, C. (2010). Burnout in the workplace. [Audio Recording]. Lyon.
- Maslach, C., & Goldberg, J. (1998). Prevention of burnout: new perspectives. *Applied & preventive psychology*, 7(1), 63-74.
- Maslach, C., & Jackson, S. E. (1986). *MBI: Maslach Burnout Inventory; Manual Research Edition*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- Maslach, C., Leiter, M. P., & Schaufeli, W. (2009). Measuring burnout. In C. L. Cooper & S. Cartwright (Eds.), *The Oxford handbook of organizational well-being* (pp. 86-108). Oxford: UK: Oxford University Press.
- Maslach, C., Schaufeli, W. B., & Leiter, M. P. (2001). Job burnout. *Annual Review of Psychology*, 52, 397-422.
- Masquelier, E. (2004). Le syndrome fibromyalgique : réflexions actuelles. *Revue de Médecine Générale*(215), 324-333.
- Mc Millan, L. H., O'Driscoll, M. P., & Burke, R. J. (2003). Workaholism: A review of theory, research, and future directions. In C. L. Cooper & I. T. Robertson (Eds.), *International review of industrial and organizational psychology* (Vol. 18, pp. 167-189). New York: Wiley.
- McBeth, J., Chiu, Y. H., Silman, A. J., Ray, D., Morriss, R., Dickens, C., et al. (2005). Hypothalamic-pituitary-adrenal stress axis function and the relationship with chronic widespread pain and its antecedents. *Arthritis Research Therapy*, 7, 992-1000.
- McBeth, J., & Silman, A. J. (2001). The role of psychiatric disorders in fibromyalgia. [Review] [74 refs]. *Current Rheumatology Reports*, 3(2), 157-164.
- McKay, P. G., Duffy, T., & Martin, C. R. (2009). Are chronic fatigue syndrome and fibromyalgia the same? Implications for the provision of appropriate mental health intervention. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 16(10), 884-894.
- McKnight, J. D., & Glass, D. C. (1995). Perceptions of control, burnout, and depressive symptomatology: A replication and extension. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 63(3), 490-494.
- McMillan, L. H., O'Driscoll, M. P., Marsh, N. V., & Brady, E. C. (2001). Understanding workaholism: Data synthesis, theoretical critique, and future design strategies. *International journal of stress management*, 8(2), 69-91.
- Mommersteeg, P. M., Heijnen, C. J., Verbraak, M. J., & van Doornen, L. J. (2006). Clinical burnout is not reflected in the cortisol awakening response, the day-curve or the response to a low-dose dexamethasone suppression test. *Psychoneuroendocrinology*, 31(2), 216-225.
- Muller, W., Schneider, E. M., & Stratz, T. (2007). The classification of fibromyalgia syndrome. *Rheumatology International*, 27(11), 1005-1010.
- National Institute for Health and Clinical Excellence. (2007). *Chronic fatigue syndrome/myalgic encephalomyelitis (or encephalopathy): diagnosis and management of CFS/ME in adults and children*. London: National Institute for Health and Clinical Excellence.
- Neumann, L., & Buskila, D. (2003). Epidemiology of fibromyalgia. *Current Pain & Headache Reports*, 7(5), 362-368.
- Ng, T. W. H., Sorensen, K. L., & Feldman, D. C. (2007). Dimensions, antecedents, and consequences of workaholism: a conceptual integration and extension. *Journal of Organizational Behavior*, 28, 111-136.
- Nyklíček, I., & Pop, V. J. (2005). Past and familial depression predict current symptoms of professional burnout. *Journal of Affective Disorders*, 88, 63-68.



- Pae, C. U., Luyten, P., Marks, D. M., Han, C., Park, S. H., Patkar, A. A., et al. (2008). The relationship between fibromyalgia and major depressive disorder: A comprehensive review. *Current Medical Research & Opinion*, 24(8), 2359-2371.
- Peterson, U., Bergström, G., Samuelsson, M., Åsberg, M., & Nygren, Å. (2008). Reflecting peer-support groups in the prevention of stress and burnout: randomized controlled trial. *Journal of advanced nursing*, 63(5), 506-516.
- Pines, A. M. (2000). Treating career burnout: A psychodynamic existential perspective. *Journal of clinical psychology*, 56(5), 633-642.
- Pines, A. M. (2002). A Psychoanalytic-Existential Approach to Burnout: Demonstrated in the Cases of A Nurse, A Teacher, and A Manager. *Psychotherapy: theory, research and practice*, 39(1), 103-113.
- Pines, A. M., & Aronson, E. (1988). *Career Burnout: Causes and Cures*. New York: Free Press.
- Pines, A. M., & Keinan, G. (2005). Stress and burnout: The significant difference *Personality and Individual Differences*, 39, 625–635.
- Picavet, H. S. J., Struijs, J. N., & Westert, G. P. (2008). Utilization of Health Resources due to Low Back Pain: Survey and Registered Data Compared. *Spine*, 33(4), 436-444
- Prevent. (2010). S'investir dans l'homme au travail. Retrieved August 2, 2010, from <http://fr.prevent.be/net/net01.nsf/p/mm00-03>
- Prins, J. B., van der Meer, J. W. M., & Bleijenberg, G. (2006). Chronic fatigue syndrome. *The Lancet*, 367(9507), 346-355.
- Rau, C. L., & Russell, I. J. (2000). Is fibromyalgia a distinct clinical syndrome? *Current Review of Pain*, 4(4), 287-294.
- Richardson, K. M., & Rothstein, H. R. (2008). Effects of occupational stress management intervention programs: a meta-analysis. *Journal of Occupational Health Psychology*, 13(1), 69-93.
- Rubino, C., Luksyte, A., Perry, S. J., & Volpone, S. D. (2009). How do stressors lead to burnout? The mediating role of motivation. *Journal of Occupational Health Psychology*, 14(3), 289-304.
- Russell, I. J., & Raphael, K. G. (2008). Fibromyalgia syndrome: presentation, diagnosis, differential diagnosis, and vulnerability. *Cns Spectrums*, 13(3:Suppl 5), 6-11.
- Salmela-Aro, K., Savolainen, H., & Holopainen, L. (2009). Depressive symptoms and school burnout during adolescence: Evidence from two cross-lagged longitudinal studies. *Journal of Youth & Adolescence*, 38(10), 1316-1327.
- Sasaki, M., Kitaoka-Higashiguchi, K., Morikawa, Y., & Nakagawa, H. (2009). Relationship between stress coping and burnout in Japanese hospital nurses. *Journal of nursing management*, 17(3), 359-365.
- Scarnera, P., Bosco, A., Soleti, E., & Lancioni, G. E. (2009). Preventing Burnout in Mental Health Workers at Interpersonal Level: An Italian Pilot Study. *Community Mental Health Journal*, 45(3), 222-227.
- Schaufeli, W. B., Bakker, A. B., van der Heijden, F. M., & Prins, J. T. (2009a). Workaholism among medical residents: It is the combination of working excessively and compulsively that counts. *International Journal of Stress Management*, 16(4), 249-272.
- Schaufeli, W. B., Bakker, A. B., Van der Heijden, F. M., & Prins, J. T. (2009b). Workaholism, burnout and well-being among junior doctors: The mediating role of role conflict. *Work & Stress*, 23(2), 155-172.

- Schaufeli, W. B., & Buunk, P. B. (2003). Burnout: An overview of 25 Years of Research on Theorising. In M. J. Schabracq, J. A. M. Winnubst & C. L. Cooper (Eds.), *Handbook of work and health psychology*. Chichester: Wiley.
- Schaufeli, W. B., & Enzmann, D. (1998). *The Burnout Companion to Study and Practice: A Critical Analysis*. London: Taylor & Francis.
- Schaufeli, W. B., Enzmann, D., & Girault, N. (1993). Measurement of burnout: a review. In W. Schaufeli, T. Marek & C. Maslach (Eds.), *Burnout*. London: Hemisphere Publishing Corporation.
- Schaufeli, W. B., Martinez, I., Pinto, A. M., Salanova, M., & Bakker, A. B. (2002). Burnout and engagement in university students: A cross national study. *Journal of Cross Cultural Psychology, 33*, 464-481.
- Schaufeli, W. B., & Peeters, M. C. (2000). Job stress and burnout among correctional officers: A literature review. *International journal of stress management, 7*(1), 19-48.
- Schaufeli, W. B., Salanova, M., Gonzalez-Roma, V., & Bakker, A. B. (2002). The measurement of engagement and burnout: A two sample confirmatory factor analytic approach. *Journal of Happiness Studies, 3*(1), 71-92.
- Schaufeli, W. B., & Taris, T. W. (2005). The conceptualization and measurement of burnout: Common ground and worlds apart. *Work & Stress, 19*(3), 256-262.
- Schaufeli, W. B., Taris, T. W., & Bakker, A. B. (2006). Dr Jekyll or Mr Hyde? On the differences between work engagement and workaholism *Research companion to working time and work addiction* (pp. 193-217). Northampton, MA: Edward Elgar Publishing; US.
- Schaufeli, W. B., Taris, T. W., & van Rhenen, W. (2008). Workaholism, burnout, and work engagement: Three of a kind or three different kinds of employee well-being? *Applied Psychology: An International Review, 57*(2), 173-203.
- Service public fédéral Emploi, Travail, & Concertation Sociale. (2010a). Bien-être au travail. Retrieved June 16 2010, from <http://www.emploi.belgique.be/defaultTab.aspx?id=556#AutoAncher1>
- Service public fédéral Emploi, Travail, & Concertation Sociale. (2010b). Charge psychosociale causée par le travail. Retrieved June 16, 2010, from <http://www.emploi.belgique.be/defaultTab.aspx?id=564>
- Service Public Fédéral Emploi Travail et Concertation Sociale. (2006). Le stress au travail: Facteurs de risque, évaluation et prévention. [Brochure]. Bruxelles: Author.
- Shah, D. (2009). Healthy worker effect phenomenon. *Indian journal of industrial medicine, 13*(2), 77-79.
- Shimazu, A., & Schaufeli, W. B. (2009). Is workaholism good or bad for employee well-being? The distinctiveness of workaholism and work engagement among Japanese employees. *Industrial Health, 47*(5), 495-502.
- Shimizu, T., Mizoue, T., Kubota, S., Mishima, N., & Nagata, S. (2003). Relationship between burnout and communication skill training among Japanese hospital nurses: a pilot study. *Journal of occupational health, 45*(3), 185-190.
- Shinn, M., Rosario, M., Morch, H., & Chestnut, D. E. (1984). Coping with job stress and burnout in the human services. *Journal of personality and social psychology, 46*(4), 864-876.
- Shirom, A. (2005). Reflections on the study of burnout. *Work & Stress, 19*(3), 263-270.
- Shirom, A., Melamed, S., Toker, S., Berliner, S., & Shapira, I. (2005). Burnout and health review: Current knowledge and future research directions. *International Review of Industrial and Organizational Psychology, 20*, 269-308.

- Sluiter, J. K., Bos, A. P., Tol, D., Calff, M., Krijnen, M., & Frings-Dresen, M. H. W. (2005). Is staff well-being and communication enhanced by multidisciplinary work shift evaluations? *Intensive Care Medicine*, *31*(10), 1409-1414.
- Sommer, C., Hauser, W., Gerhold, K., Joraschky, P., Petzke, F., Tolle, T., et al. (2008). Etiology and pathophysiology of fibromyalgia syndrome and chronic widespread pain. *Schmerz*, *22*(3), 267-282.
- Spence, J. T., & Robbins, A. S. (1992). Workaholism: Definition, measurement, and preliminary results. *Journal of personality assessment*, *58*(1), 160.
- Spickard, A., Gabbe, S. G., & Christensen, J. F. (2002). Mid-career burnout in generalist and specialist physicians. *JAMA*, *288*(12), 1447-1450.
- Stisi, S., Cazzola, M., Buskila, D., Spath, M., Giamberardino, M. A., Sarzi-Puttini, P., et al. (2008). Etiopathogenetic mechanisms of fibromyalgia syndrome. *Reumatismo*, *60*(Suppl 1), 25-35.
- Suls, S., & Bunde, J. (2005). Anger, anxiety and depression as risk factors for cardiovascular disease: The problems and implications of overlapping affective dispositions. *Psychological Bulletin*, *131*, 260-300.
- Swider, B. W., & Zimmerman, R. D. (2010). Born to burnout: A meta-analytic path model of personality, job burnout, and work outcomes. *Journal of Vocational Behavior*, *76*(3), 487-506
- Tabary, S., Callanquin, J., & Marinelli, D. (2007). Le syndrome d'épuisement professionnel des soignants: Réflexions sur son existence à l'officine et sur la possibilité d'y remédier. *Bulletin de l'ordre*, *396*, 371-374
- Takai, M., Takahashi, M., Iwamitsu, Y., Ando, N., Okazaki, S., Nakajima, K., et al. (2009). The experience of burnout among home caregivers of patients with dementia: Relations to depression and quality of life. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, *49*(1), e1-e5.
- Taris, T. W., Le Blanc, P. M., Schaufeli, W. B., & Schreurs, P. J. G. (2005). Are there causal relationships between the dimensions of the Maslach Burnout Inventory? A review and two longitudinal tests. *Work & Stress*, *19*, 238-255.
- Taris, T. W., Schaufeli, W. B., & Verhoeven, L. C. (2005). Workaholism in the Netherlands: Measurement and Implications for Job Strain and Work-Nonwork Conflict. *Applied Psychology: An International Review*, *54*(1), 37-60.
- Theorell, T., Blomkvist, V., Lindh, G., & Evengard, B. (1999). Critical life events, infections, and symptoms during the year preceding chronic fatigue syndrome (CFS): An examination of CFS patients and subjects with a nonspecific life crisis. *Psychosomatic Medicine*, *61*(3), 304-310.
- Thieme, K., Turk, D. C., & Flor, H. (2004). Comorbid depression and anxiety in fibromyalgia syndrome: Relationship to somatic and psychosocial variables. *Psychosomatic Medicine*, *66*(6), 837-844.
- Trontin, C. (2006, 13 octobre). *Coûts du stress: éléments d'appréciation des enjeux économiques*. Communication présentée dans le cadre du Colloque CHP de Liège intitulé 'Travail et Stress : la loi sur le Bien-Etre, 10 ans déjà... et après ?', Site Agora, Liège.
- Van der Klink, J. J., Blonk, R. W., Schene, A. H., & van Dijk, F. J. (2001). The benefits of interventions for work-related stress. *American Journal of Public Health*, *91*(2), 270-276.
- Van Dierendonck, D., Garssen, B., & Visser, A. (2005). Burnout Prevention Through Personal Growth. *International journal of stress management*, *12*(1), 62-77.

- Van Dierendonck, D., Schaufeli, W. B., & Buunk, P. B. (1998). The evaluation of an individual burnout intervention program: The role of inequity and social support. *Journal of applied psychology, 83*(3), 392-407.
- Van Houdenhove, B., & Egle, U. T. (2004). Fibromyalgia: a stress disorder?: Piecing the biopsychosocial puzzle together. *Psychotherapy & Psychosomatics, 73*(5), 267-275.
- Van Houdenhove, B., & Luyten, P. (2006). Stress, depression and fibromyalgia. *Acta Neurologica Belgica, 106*, 149-156.
- Van Rhenen, W., Blonk, R. W., Van der Klink, J. J., Van Dijk, F. J., & Schaufeli, W. B. (2005). The effect of a cognitive and a physical stress-reducing programme on psychological complaints. *International archives of occupational and environmental health, 78*(2), 139-148.
- Vela-Bueno, A., Moreno-Jimenez, B., Rodriguez-Munoz, A., Olavarrieta-Bernardino, S., Fernandez-Mendoza, J., De la Cruz-Troca, J. J., et al. (2008). Insomnia and sleep quality among primary care physicians with low and high burnout levels. *Journal of Psychosomatic Research, 64*(4), 435-442.
- Weber, A., & Jaekel-Reindhard, A. (2000). Burnout syndrome: a disease of modern societies? *Occupational Medicine, 50*, 512-517.
- White, K.L., Williams, T.F. & Greenberg BG. (1961). The ecology of medical care. *The New-England Journal of Medecine, 265*, 885-892.
- Wolfe, F. (1994). The epidemiology of fibromyalgia. *Journal of Musculoskeletal Pain, 1*(3/4), 137-148.
- Wolfe, F. (2003). Stop Using the American College of Rheumatology Criteria in the Clinic. *Journal of Rheumatology, 30*(8), 1671-1672.
- Wolfe, F. (2009). Fibromyalgia Wars. *The Journal of Rheumatology, 36*(4), 3588-3592.
- Wolfe, F., Clauw, D. J., Fitzcharles, M. A., Goldenberg, D. L., Katz, R. S., Mease, P., et al. (2010). The American College of Rheumatology preliminary diagnostic criteria for fibromyalgia and measurement of symptom severity. *Arthritis Care & Research, 62*(5), 600-610.
- Wolfe, F., Ross, K., Anderson, J., Russell, I. J., & Hebert, L. (1995). The prevalence and characteristics of fibromyalgia in the general population. *Arthritis & Rheumatism, 38*(1), 19-28.
- Wolfe, F., Smythe, H. A., Yunus, M. B., Bennett, R. M., Bombardier, C., Goldenberg, D. L., et al. (1990). The American College of Rheumatology 1990 criteria for the classification of fibromyalgia: Report of the multicenter criteria committee. *Arthritis & Rheumatism, 33*(2), 160-172.
- Xanthopoulou, D., Bakker, A. B., Dollard, M. F., Demerouti, E., Schaufeli, W. B., Taris, T. W., et al. (2007). When do job demands particularly predict burnout? The moderating role of job resources. *Journal of managerial psychology 22*, 766-776.
- Yunus, M. B., Celiker, R., & Aldag, J. C. (2004). Fibromyalgia in men: Comparison of psychological features with women. *Journal of Rheumatology, 31*(12), 2464-2467.
- Żołnierczyk-Zreda, D. (2005). An Intervention to Reduce Work-Related Burnout in Teacher. *International Journal of Occupational Safety and Ergonomics, 11* (4), 423–430
- Zoppi, M., & Maresca, M. (2008). Symptoms accompanying fibromyalgia. *Reumatismo, 60*(3), 217-220.
- Zurowski, M., & Shapiro, C. (2004). Stress, fibromyalgia, and sleep. *Journal of Psychosomatic Research, 57*(5), 415-416.

## 8. Annexes

### ANNEXE 1 : Méthodologie de recherche documentaire

Première phase de recherche

PSYCHINFO

Au travers de ces quelques pages, nous allons retracer la démarche poursuivie pour chaque article obtenu. Parmi ceux-ci, nous préciserons si seul l'abstract a été lu (éventuellement, l'article a été parcouru) ou si nous avons réalisé une lecture approfondie de l'ensemble de l'article.

	N°	Descripteurs	Nombre d'articles	Lecture d'abstract	Lecture approfondie	Articles complémentaires
V 1	1	Burnout Exhaustion OR Occupational stress	12054			
	2	Diagnosis Differential diagnosis OR Medical diagnosis	61715			
	3	1 and 2	86			
	4	Occupational stress OR Burnout	11071			
	5	4 and 2	61	5	3	5

✓ Lectures d'abstracts :

Liu, P. M., & Van Liew, D. A. (2003). Depression and burnout. *Kahn, Jeffrey P, Jossey-Bass*.

Baevskii, R., Berseneva, A., Bersenev, E., & Eshmanova, A. (2009). Use of principles of prenosological diagnosis for assessing the functional state of the body under stress conditions as exemplified by bus drivers. *Human Physiology, 35(1), 34-42*.

Minjun, M. (2008). Diagnosis of job burnout in different teachers. *Psychological Science, 31(2), 487-489*.

Nakka, S. S., Miller, D., & Astrow, A. B. (2008). Discussing diagnosis and prognosis with cancer patients. *Primary Psychiatry, 15(10), 52-54*.

Yongxin, L., & Yimin, L. (2006). Developing the Diagnostic Criterion of Job Burnout. *Psychological Science, 29(1), 148-150*. (chinois)

Articles en chinois mais utile pour la recherche → recherche d'articles similaires (prise en considération des 30 premiers) :

Gilibert, D., & Daloz, L. (2008). Disorders associated with burnout and causal attributions of stress among health care professionals in psychiatry. *European Review of Applied Psychology/Revue Européenne de Psychologie Appliquée*, 58(4), 263-274. (lecture approfondie)

Cheng, Y.-C. (2006). Caregiver burnout: A critical review of the literature. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*, 66(12-B), 6915.

Valent, P. (2002). Diagnosis and treatment of helper stresses, traumas, and illnesses. *Figley, Charles R*, Brunner-Routledge.

Turkat, I. D. (2000). Custody battle burnout. *American Journal of Family Therapy*, 28(3), 201-215. (article payant)

Pruessner, J. C., Hellhammer, D. H., & Kirschbaum, C. (1999). Burnout, perceived stress, and cortisol responses to awakening. *Psychosomatic Medicine*, 61(2), 197-204.

Greiner, G. M. (1992). The phase versus traditional approach to burnout diagnosis: Implications for managerial decision making. *Group & Organization Management*, 17(4), 370-379. (article payant)

Greiner, G. M. (1992). A comparison of two approaches to the diagnosis of measurable burnout among employees of selected state-operated community residences in western Massachusetts. *Dissertation Abstracts International*, 52(9-A), 3346. (pas trouvé)

✓ Lectures approfondies :

Gilibert, D., & Daloz, L. (2008). Disorders associated with burnout and causal attributions of stress among health care professionals in psychiatry. *European Review of Applied Psychology/Revue Européenne de Psychologie Appliquée*, 58(4), 263-274.

Cheng, Y.-C. (2006). Caregiver burnout: A critical review of the literature. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*, 66(12-B), 6915.

Mommersteeg, P. M., Heijnen, C. J., Verbraak, M. J., & van Doornen, L. J. (2006). Clinical burnout is not reflected in the cortisol awakening response, the day-curve or the response to a low-dose dexamethasone suppression test. *Psychoneuroendocrinology*, 31(2), 216-225.

Sur base de la bibliographie :

Brenninkmeyer, V., Van Yperen, N.W., & Buunk, B.P. (2000). Burnout and depression are not identical twins: is decline of superiority a distinguishing feature? *Personality and Individual Differences*, 30, 873-880. (lecture approfondie)

Cleare, A. J. (2003). The Neuroendocrinology of Chronic Fatigue Syndrome *Endocrine Reviews* 24(2), 236-252. (lecture d'abstract)

Huibers, M. J. H., Beurskens, A.J.H.M., Prins, J.B., Kant, I., Bazelmans, E., Schayck, C.P., Knottnerus, J.A. & Bleijenberg, G. (2003). Fatigue, burnout, and chronic fatigue syndrome

among employees on sick leave: do attributions make the difference? *Occup. Environ. Med.*, 60, 26-31. (lecture d'abstract)

Shirom, A. (2005). Reflections on the study of burnout. *Work & Stress*, 19(3), 263-270.

Kristensen, T. S., Borritz M., Villadsen, E., & Christensen, K.B. (2005). The Copenhagen Burnout Inventory: A new tool for the assessment of burnout *Work & Stress*, 19(3), 192-207.

	N°	Descripteurs	Nombre d'articles	Lecture d'abstract	Lecture approfondie	Articles complémentaires
V 2	6	burnout	4500			
	7	Diagnosis OR Medical diagnosis	61555			
	8	1 and 2 and 6 and 7	29	Aucun nouvel article pertinent		
	9	1 and 6 AND Symptom checklists	0			
V 3	1	Occupational stress	9896			
	2	Differential Diagnosis OR Medical Diagnosis OR Diagnosis	61715			
	3	Symptoms	98775			
		1 and 2 and 3	8	Aucun nouvel article pertinent		
V4	1	symptômes	118068			
	2	Sleep	8921			
		4 (V1) and 1 and 2	12		1	

Nous n'avons repris que l'article qui met directement en évidence le lien entre la fatigue et le burnout :

✓ Lecture approfondie :

Vela-Bueno, A., Moreno-Jimenez, B., Rodriguez-Munoz, A., Olavarrieta-Bernardino, S., Fernandez-Mendoza, J., De la Cruz-Troca, J. J., et al. (2008). Insomnia and sleep quality among primary care physicians with low and high burnout levels. *Journal of Psychosomatic Research*, 64(4), 435-442.

	N°	Descripteurs	Nombre d'articles	Lecture d'abstract	Lecture approfondie	Articles complémentaires
	3	Memory	57230			
		4 (V1) and 1 and 3	2	2	1	

Nous n'avons repris que l'article qui met directement en évidence le lien entre la mémoire et le burnout :

✓ Lecture approfondie :

Eriksson, P. S., & Wallin, L. (2004). Functional consequences of stress-related suppression of adult hippocampal neurogenesis--A novel hypothesis on the neurobiology of burnout. *Acta Neurologica Scandinavica*, 110(5), 275-280.

	N°	Descripteurs	Nombre d'articles	Lecture d'abstract	Lecture approfondie	Articles complémentaires
	4	Anxiety Disorders Anxiety OR Anxiety Management	67649			
		4 (V1) and 1 and 4	55	2		

✓ Lectures d'abstracts :

Miner, M. H. (2007). Burnout in the first year of ministry: Personality and belief style as important predictors. *Mental Health, Religion & Culture*, 10(1), 17-29.

Wee, D., & Myers, D. (2003). Compassion, satisfaction, compassion fatigue, and critical incident stress management. *International Journal of Emergency Mental Health*, 5(1), 33-37.

✓ Lecture approfondie :

D'après les titres et un bref coup d'œil aux abstracts, aucun des ces 55 articles ne semble mettre en évidence un lien entre le burnout et l'anxiété, et ce, de façon spécifique.

	N°	Descripteurs	Nombre d'articles	Lecture d'abstract	Lecture approfondie	Articles complémentaires
V4	5	Withdrawal (Defense Mechanism)	268			
		4 (V1) and 1 and 5	0			
V5	1	Burnout	4550			
	2	Définitions	14478			
		1 and 2	30	3	1	



✓ Lectures d'abstracts :

Solomon, M. P. (1997). Therapeutic depletion and burnout. *Solomon, Marion F*, 251-271. (chapitre de livre)

Miller, D. (1991). Occupational morbidity and burnout: Lessons and warnings for HIV/AIDS carers. *International Review of Psychiatry*, 3(3-4), 439-449. (chapitre de livre)

Starrin, B., Larsson, G., & Styrborn, S. (1990). A review and critique of psychological approaches to the burn-out phenomenon. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 4(2), 83-91. (payant)

✓ Lectures approfondies :

Beaucoup d'articles datent des années 90 et sont donc difficilement accessibles sur Internet.

Burke, R. J., & Richardsen, A. M. (2001). Psychological burnout in organizations: Research and intervention In R. T. Golembiewski (Ed.), *Handbook of organizational behavior* (pp. 327-356). USA. (article de livre)

Burke, R. J., & Greenglass, E.R. (1995). A longitudinal examination of the Cherniss model of psychological burnout. *Soc Sci Med.*, 40(10), 1357-1363. (lecture d'abstract : payant)

Greenglass, E. R. (1991). Burnout and gender: Theoretical and organizational implications. *Canadian Psychology*, 32(4) (lecture d'abstract : payant)

MEDLINE

	N°	Descripteurs	Nombre d'articles	Lecture d'abstract	Lecture approfondie	Articles complémentaires
V1	1	Burnout, professional	3812			
	2	Diagnosis Differential diagnosis OR Early Diagnosis	159223			
		1 and 2	21	2	3	1

✓ Lectures d'abstracts :

Barbier, D. (2004). [The burnout syndrome of the caregiver]. *Presse Medicale*, 33(6), 394-399. (article payant)

Keidel, G. C. (2002). Burnout and compassion fatigue among hospice caregivers. *American Journal of Hospice & Palliative Medicine*, 19(3), 200-205.

✓ Lectures approfondies :

Leone, S. S., Huibers, M. J. H., Knottnerus, J. A., & Kant, I. J. (2007). Similarities, overlap and differences between burnout and prolonged fatigue in the working population. *Qjm*, 100(10), 617-627.

Weber, A., & Jaekel-Reindhard, A. (2000). Burnout syndrome: a disease of modern societies? *Occup. Med.*, 50, 512-517.

Sur base de la bibliographie :

Felton, J. S. (1998). Burnout as a clinical entity its importance in health care workers. *Occup. Med.*, 48, 237-250. (lecture d'abstract)

	N°	Descripteurs	Nombre d'articles	Lecture d'abstract	Lecture approfondie	Articles complémentaires
V2	1	Burnout, professional	3822			
	2	Diagnosis Differential diagnosis OR Early Diagnosis	159548			
	3	Behavioral Symptoms Affective Symptoms OR symptom	60327			
	4	1 and 2 and 3	21	2	0	0

✓ Lectures d'abstracts :

Leone, S. S., Huibers, M. J. H., Knottnerus, J. A., & Kant, I. (2008). A comparison of the course of burnout and prolonged fatigue: a 4-year prospective cohort study.[see comment]. *Journal of Psychosomatic Research*, 65(1), 31-38. (article payant)

Barbier, D. (2004). The burnout syndrome of the caregiver. *Presse Medicale*, 33(6), 394-399. (article non disponible)

Recherches complémentaires

Il s'agit d'articles déjà disponibles dans les bibliothèques des différents services ou trouvés sur Google Scholar.

✓ Lectures d'abstracts :

Breso, E., Salanova, M., & Schaufeli, W.B. (2007). In search of the "third dimension" of burnout: Efficacy or inefficacy? *Applied Psychology: an International Review*, 56(3), 460-478.

- Burke, R. J. (2000). Workaholism in organizations: Psychological and physical well-being consequences. *Stress Medicine, 16*, 11-16.
- Demerouti, E., Bakker, A.B., Nachreiner, F., & Ebbinghaus, M. . (2002). From mental strain to burnout. . *European Journal of Work and Organizational Psychology, 11*(4), 423-441.
- Demerouti, E., Le Blanc, P., Bakker, A.B., Schaufeli, W.B., & Hox, J. . (2009). Present but sick : A three-wave study on job demands, presenteeism and burnout. *Career Development International, 14*(1), 50-68.
- Salanova, M., Llorens, S., Garcia-Renedo, M., Burriel, R., Bresó, E. & Schaufeli, W.B. . (2005). Toward a four-dimensional model of burnout. A multi-group factor analytic study including depersonalization and cynicism. *Educational and Psychological Measurement,, 65*(5), 901-913.
- Schaufeli, W., Salanova, M., Gonzalez-Roma, V., & Bakker, A. . (2002). The measurement of engagement and burnout: A two sample confirmatory factor analytic approach. *Journal of Happiness Studies, 3*(1), 71-92.
- Schaufeli, W. B., Taris, T.T., & van Rhenen, W. . (2008). Workaholism, burnout, and work engagement: Three of a kind or three different kinds of employee well-being? . *Applied Psychology: An International Review,, 57*(2), 173-203.
- Shirom, A., Melamed, S., Toker, S., Berliner, S., & Shapira, I. . (2005). Burnout and health review: Current knowledge and future research directions. *International Review of Industrial and Organizational Psychology,, 20*, 269-308.
- Sonnentag, S. (2005). Burnout research: Adding an off-work and day-level perspective. *Work & Stress, 19*(3), 271-275.
- Taris, T. W., Le Blanc, P.M., Schaufeli, W.B., & Schreurs, P.J.G. (2005). Are there causal relationships between the dimensions of the Maslach Burnout Inventory? A review and two longitudinal tests. *Work & Stress, 19*, 238-255.
- Taris, T. W., Schaufeli, W.B., & Verhoeven, L.C. . (2005). Workaholism in the Netherlands: Measurement and implications for job strain and work-non work conflict. *Applied Psychology: An International Review, 54*(1), 37-60.
- Demerouti, E., Bakker, A.B., Nachreiner, F., & Ebbinghaus, M. . (2002). From mental strain to burnout. *European Journal of Work and Organizational Psychology, 11*(4), 423-441.
- Howard, M. T. (1998). Investigating the nomological network of variables impacting on burnout among nurses. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering, 58*(10-B), 5682.
- Linzer, M., Visser, M. R., Oort, F. J., Smets, E. M., McMurray, J. E., de Haes, H. C., et al. (2001). Predicting and preventing physician burnout: results from the United States and the Netherlands. *American Journal of Medicine, 111*(2), 170-175.
- Schaufeli, W. B., Bakker, A.B., van der Heijden, F.M.M.A, & Rins, J.T. (2009). Workaholism, burnout and well-being among junior doctors: The mediating role of role conflict. *Work & Stress, 23*(2), 155-172.

✓ Lectures approfondies :

Cox, T., Tisserand, M., & Taris, T. (2005). Editorial: The conceptualization and measurement of burnout: Questions and directions. *Work & Stress*, 19(3), 187-191.

Leiter, M. P., & Maslach, C. (1988). The impact of interpersonal environment of burnout and organizational commitment. *Journal of Organizational Behavior*, 9, 297-308.

Maslach, C., Schaufeli, W.B., & Leiter, M.P. (2001). Job burnout. *Annual Review of Psychology*, 52, 397-422.

Schaufeli, W.B., & Bakker, A.B. (2004). Job demands, job resources, and their relationship with burnout and engagement: a multi- sample study. *Journal of Organizational Behavior*, 25, 293-315.

Sur base de la bibliographie :

Bakker, A. B., Schaufeli, W.B., Demerouti, E., Janssen, P.M.P., Van der Hulst, R.& Brouwer, J. (2000). Using equity theory to examine the difference between burnout and depression. *Anxiety Stress Coping*, 13, 247-268.

Schaufeli, W. B., & Enzmann, D. . (1998). *The Burnout Companion to Study and Practice: A Critical Analysis*. London Taylor & Francis.

Schaufeli, W. B., & Buunk, P.B. (2003). Burnout: An overview of 25 Years of Research on Theorising. In J. A. M. W. M.J. Schabracq, & C.L. Cooper (Ed.), *Handbook of work and health psychology*. Chichester: Wiley.

Schaufeli, W. B., Martinez, I., Pinto, A.M., Salanova, M., & Bakker, A.B. . (2002). Burnout and engagement in university students: A cross national study. *Journal of Cross Cultural Psychology*, 33, 464-481.

Schaufeli, W. B. T., T.W. . (2005). The conceptualization and measurement of burnout: Common ground and worlds apart. *Work & Stress*, 19(3), 256-262.

Arigoni, F., Bovier, P.A., Mermillod, B., Waltz, P. & Sappino, A.P. (2008). Prevalence of burnout among Swiss cancer clinicians, paediatricians and general practitioners: Who are most at risk? *Support Care Cancer*, 17, 75-81.

Sur base de la bibliographie:

Grunfeld, E., Whelan, T.J., Zitzelsberger, L., Willan, A.R, Montesanto, B. & Evans, W.K. (2000). Cancer care workers in Ontario: prevalence of burnout, job stress and job satisfaction *Canadian Medical Association Journal*, 163(2), 166-169. (lecture d'abstract)

Leone, S. S., Huibers, M.J.H., Kant, I.J., & Knottnerus, J.A. The prognosis of burnout and prolonger fatigue in the working population.

Maslach, C., Leiter, M.P., & Schaufeli, W. (2008). Measuring burnout. In: Cooper, C.L., Cartwright, S. (Eds.) *The Oxford handbook of organizational well-being*, Oxford: Oxford University Press, pp.86-108.

Pines, A. M., & Keinan, G. (2005). Stress and burnout: The significant difference. *Personality and Individual Differences, 39*, 625–635.

Schaufeli, W.B. , Enzmann, D., & Girault, N.(1993). The measurement of burnout: A review. In: Schaufeli, W.B., Maslach, C. & Marek, T. (Eds.) *Professional Burnout: Recent Developments in Theory and Research*, Hemisphere: New York, pp.199-215.

## 2) Deuxième phase de recherche

### a. Burnout et Stress

#### PsycINFO

N°	Descripteurs	Nombre d'articles	Lecture d'abstract	Lecture approfondie	Articles complémentaires
1	exp Occupational Stress/ or exp Stress/ AND Burnout OR exhaustion	4721			
2	Differential Diagnosis/ or Diagnosis/	28641			
3	1 and 2	12	3	1	

✓ Lectures d'abstracts :

Izquierdo. (2004). Difficulties in evaluating any psycho-social risks at work. *Anales de psiquiatria*, 20(6), 247-251.

Grantham. (1985). Differential diagnosis and treatment of the professional burn-out syndrome. *Annales médico psychologiques*, 143(8), 776-781.

✓ Lectures approfondies :

Baevskii, R., Berseneva, A., Bersenev, E., & Eshmanova, A. (2009). Use of principles of prenosological diagnosis for assessing the functional state of the body under stress conditions as exemplified by bus drivers. *Human Physiology*, 35(1), 34-42.

Iacovides, A., Fountoulakis, K.N., Kaprinis, St. et Kaprinis, G. (2003). The relationship between job stress, burnout and clinical depression. *Journal of Affective Disorders*, 75(3), 209-221.

N°	Descripteurs	Nombre d'articles	Lecture d'abstract	Lecture approfondie	Articles complémentaires
1	exp Occupational Stress	4712			
2	Burnout	5395			
3	relationship	283406			
4	1 and 2 and 3	1138			
5	difference	92661			
6	4 and 6	59	4	2	

✓ Lectures d'abstracts :

Boston (2009). The impact of stress, burnout, and job satisfaction on rural social workers. *Dissertation Abstracts International Section A: Humanities and Social Sciences* (Vol. 70).

Kovach, H.R. (2003). Relationships among stress, social support, and burnout in counseling psychology graduate students. *Dissertation abstracts international. B, The sciences and engineering*, 63(7-B), 3477.

Pradhan, N. & Misra, N. (1995). Life stress and burnout among couples in medical profession. *Indian journal of clinical psychology*, 22(2), 17-22.

Hendrix, W. H., Cantrell, R. S., & Steel, R.P. (1988). Effect of social support on the stress-burnout relationship. *Journal of Business and Psychology*, 3(1), 67-73.

✓ Lectures approfondies :

Sasaki, M., Kiraoka-Higashiguchi K., Morikawa Y. & Nakagawa, H. (2009). Relationship between stress coping and burnout in Japanese hospital nurses. *Journal of nursing management*, 17(3), 359-365.

Etzion, D. (1984). Moderating effect of social support on the stress and burnout relationship. *Journal of applied psychology*, 69(4), 615-622.

N°	Descripteurs	Nombre d'articles	Lecture d'abstract	Lecture approfondie	Articles complémentaires
1	exp Occupational Stress/ or exp Stress/ AND Burnout OR exhaustion	4721			
2	definition	33972			
3	1 and 2	58	3	Articles pas vraiment pertinent	

✓ Lectures d'abstracts :

White, P., Edwards, N., & Townsend-White, C. (2006). Stress and burnout amongst professional carers of people with intellectual disability: Another health inequity. *Current opinion in psychiatry*, 19(5), 502-507.

Guéritault, C. (2004). Understanding occupational burnout and new approaches for its prevention: A review of the literature. *Journal de thérapie comportementale et cognitive*, 14(2), 59-70.

Theorell. (2001). Stress and health-from a work perspective. In Dunham, J. [Ed]. (2001). Stress in the workplace: Past, present and future. (pp. 34-51). Philadelphia, PA: Whurr Publishers

N°	Descripteurs	Nombre d'articles	Lecture d'abstract	Lecture approfondie	Articles complémentaires
1	exp Occupational Stress/ or exp Stress/ AND Burnout OR exhaustion	4721			
2	Job strain	457			
3	1 and 2	46	7	1	

✓ Lectures d'abstracts :

Wright, B.J. (2008). Comparing the job strain and job demand- control-support models in direct-care disability workers: Support for support. *Journal of occupational and environmental medicine*, 50(3), 316-323.

Schwarzer, R. & Hallum, S. (2008). Perceived teacher self-efficacy as a predictor of job stress and burnout. *Applied Psychology*, 57(Suppl 1), 152-171.

Miro, E., Solanes, A., Martinez, P., Sanchez, A., Marin, J. R. (2007). Relationship between burnout, job strain, and sleep characteristics. *Psicothema Revista De Psicologia*, 19(3), 388-394.

Santavirta, N., Solovieva, S., & Theorell, T. (2007). The association between job strain and emotional exhaustion in a cohort of 1.028 Finnish teachers. *British Journal of Educational Psychology*, 77(1), 213-228.

Schmidt, K., H. (2007). Organizational commitment: A further moderator in the relationship between work stress and strain? *International journal of stress management*, 14(1), 26-40.

Taris, T.W., Schreurs, P.J. , & Van Iersel-Van Silfhout, I.J. (2001). Job stress, job strain, and psychological withdrawal among Dutch university staff: Towards a dual process model for the effects of occupational stress. *Work and stress*, 15(4), 283-296.

de Jonge, J., Bosma, H., Peter, R., Siegrist, J. (2000). Job strain, effort-reward imbalance and employee well-being: A large-scale cross-sectional study. *Social science & medicine*, 50(9), 1317-1327.

✓ Lectures approfondies :

Ahola, K. , Honkonen, T., Kivimäki, M., Virtanen, M., Isometsä, E., Aromaa, A. & Lönnqvist, J. (2006). Contribution of Burnout to the Association between Job Strain and Depression: The Health 2000 Study. *Journal of occupational and environmental medicine*, 48(10), 1023-1030.



N°	Descripteurs	Nombre d'articles	Lecture d'abstract	Lecture approfondie	Articles complémentaires
1	exp Occupational Stress/ AND Burnout OR exhaustion	4395			
2	exp Rewards/ or eri model.mp.	7768			
3	1 and 2	17	7	3	

✓ Lectures d'abstracts :

Bellingrath, S., Weigl, T., & Kudielka, B. M. (2008). Cortisol dysregulation in school teachers in relation to burnout, vital exhaustion, and effort-reward-imbalance. *Biological Psychology*, 78(1), 104-113.

Blix, A. G., Cruise, R. J., Mitchell, B. M., & Blix, G. G. (1994). Occupational stress among university teachers. *Educational Research*, 36(2), 157-169

Chu, Y.-m., Yang, H.-j., Yang, Y.-m., Liu, L., & Liu, Q. (2008). The study on the Effort-Reward Imbalance Model of job burnout among nurses. *Chinese Journal of Clinical Psychology*, 16(6), 586-588.

Hannam, R. L., & Jimmieson, N. L. (2007). The impact of organisational citizenship behaviour and non-material rewards on dimensions of employee burnout: Evidence from the teaching profession *Advances in organisational psychology* (pp. 153-174). Bowen Hills, QLD, Australia: Australian Academic Press; Australia.

Maslanka, H. (1996). Burnout, social support and AIDS volunteers. *AIDS Care*, 8(2), 195-206.

Schulz, M., Damkroger, A., Heins, C., Wehlitz, L., Lohr, M., Driessen, M., et al. (2009). Effort-reward imbalance and burnout among German nurses in medical compared with psychiatric hospital settings. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 16(3), 225-233.

Singh, S. N., Mishra, S., & Kim, D. (1998). Research-related burnout among faculty in higher education. *Psychological Reports*, 83(2), 463-473.

Visintini, R., Campanini, E., Fossati, A., Bagnato, M., & et al. (1996). Psychological stress in nurses' relationship with HIV-infected patients: The risk of burnout syndrome. *AIDS Care*, 8(2), 183-194.

Willis, T. A., O'Connor, D. B., & Smith, L. (2008). Investigating effort-reward imbalance and work-family conflict in relation to morningness-eveningness and shift work. *Work & Stress*, 22(2), 125-137.

✓ Lectures approfondies :

Dai, J. M., Collins, S., Yu, H. Z., & Fu, H. (2008). Combining job stress models in predicting burnout by hierarchical multiple regressions: A cross-sectional investigation in Shanghai. *Journal of occupational and environmental medicine*, 50(7), 785-790.

Hyvonen, K., Feldt, T., Tolvanen, A., & Kinnunen, U. (2010). The role of goal pursuit in the interaction between psychosocial work environment and occupational well-being. *Journal of Vocational Behavior*, 76(3), 406-418.

Taris, T. W., Peeters, M. C., Le Blanc, P. M., Schreurs, P. J., & Schaufeli, W. B. (2001). From inequity to burnout: The role of job stress. *Journal of Occupational Health Psychology*, 6(4), 303-323.

## MEDLINE

N°	Descripteurs	Nombre d'articles	Lecture d'abstract	Lecture approfondie	Articles complémentaires
1	Stress, Psychological/ or Stress, Physiological/ AND Burnout, Professional/	1330			
2	Diagnosis/ or Diagnosis, Differential/	347383			
3	1 and 2	8	3	Aucun article pertinent	

✓ Lectures d'abstracts :

Crombez, J. C., Gascon, L., Legault, L., Pilic, I., Plante, G., & Fontaine, J. G. (1985). Burnout or professional exhaustion syndrome. *Union Medicale du Canada*, 114(3), 176-181.

Grantham, H. (1985). Differential diagnosis and treatment of the professional burnout syndrome. *Annales Medico-Psychologiques*, 143(8), 776-781.

Von Kanel, R. (2008). The burnout syndrome: a medical perspective. *Praxis*, 97(9), 477-487.

N°	Descripteurs	Nombre d'articles	Lecture d'abstract	Lecture approfondie	Articles complémentaires
1	Stress, Psychological/ or Stress, Physiological/ AND Burnout, Professional/	1330			
2	relationship	934804			
3	difference	526916			
4	1 and 2 and 3	4	4	Aucun article pertinent	

✓ Lectures d'abstracts :

Benson, S., Sammour, T., Neuhaus, S. J., Findlay, B., & Hill, A. G. (2009). Burnout in Australasian Younger Fellows. *ANZ Journal of Surgery*, 79(9), 590-597.

Grassi, L., & Magnani, K. (2000). Psychiatric morbidity and burnout in the medical profession: an Italian study of general practitioners and hospital physicians. *Psychotherapy & Psychosomatics*, 69(6), 329-334.

Shimizu, M., & Furui, H. (2004). [Relationship between self-oriented perfectionism and depressive mood in the industrial society]. *Sangyo Eiseigaku Zasshi*, 46(5), 173-180.

Walter, J. M., Van Lunen, B. L., Walker, S. E., Ismaeli, Z. C., & Onate, J. A. (2009). An assessment of burnout in undergraduate athletic training education program directors. *Journal of Athletic Training*, 44(2), 190-196.

N°	Descripteurs	Nombre d'articles	Lecture d'abstract	Lecture approfondie	Articles complémentaires
1	Stress, Psychological/ or Stress, Physiological/ AND Burnout, Professional/	1330			
2	definition	59335			
3	1 and 2	11	4	1	

✓ Lectures approfondies :

Iacovides, A., Fountoulakis, K. N., Kaprinis, S., & Kaprinis, G. (2003). The relationship between job stress, burnout and clinical depression. *Journal of Affective Disorders*, 75(3), 209-221.

N°	Descripteurs	Nombre d'articles	Lecture d'abstract	Lecture approfondie	Articles complémentaires
1	Stress, Psychological/ or Stress, Physiological/ AND Burnout, Professional/	1330			
2	Job strain	457			
3	1 and 2	46	10	3	

✓ Lectures d'abstracts :

Campo, M. A., Weiser, S., & Koenig, K. L. (2009). Job strain in physical therapists. *Physical Therapy*, 89(9), 946-956.

D'Souza, R. M., Strazdins, L., Lim, L. L. Y., Broom, D. H., & Rodgers, B. (2003). Work and health in a contemporary society: demands, control, and insecurity. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 57(11), 849-854.

Fear, N. T., Rubin, G. J., Hatch, S., Hull, L., Jones, M., Hotopf, M., et al. (2009). Job strain, rank, and mental health in the UK Armed Forces. *International Journal of Occupational & Environmental Health*, 15(3), 291-298.

Miro, E., Solanes, A., Martinez, P., Sanchez, A. I., & Rodriguez Marin, J. (2007). Relationship between burnout, job strain, and sleep characteristics. *Psicothema*, 19(3), 388-394.

Ohlson, C. G., Soderfeldt, M., Soderfeldt, B., Jones, I., & Theorell, T. (2001). Stress markers in relation to job strain in human service organizations. *Psychotherapy & Psychosomatics*, 70(5), 268-275.

Payne, N., Jones, F., & Harris, P. R. (2005). The impact of job strain on the predictive validity of the theory of planned behaviour: an investigation of exercise and healthy eating. *British Journal of Health Psychology*, 10(Pt 1), 115-131.

Rystedt, L. W., Copley, M., Devereux, J. J., & Michalianou, G. (2008). The relationship between long-term job strain and morning and evening saliva cortisol secretion among white-collar workers. *Journal of Occupational Health Psychology*, 13(2), 105-113.

Schonfeld, I. S. (1990). Psychological distress in a sample of teachers. *Journal of Psychology*, 124(3), 321-338.

Stenlund, T., Ahlgren, C., Lindahl, B., Burell, G., Knutsson, A., Stegmayr, B., et al. (2007). Patients with burnout in relation to gender and a general population. *Scandinavian Journal of Public Health*, 35(5), 516-523.

Vermeulen, M., & Mustard, C. (2000). Gender differences in job strain, social support at work, and psychological distress. *Journal of Occupational Health Psychology*, 5(4), 428-440.

✓ Lectures approfondies :

Ahola, K., & Hakanen, J. (2007). Job strain, burnout, and depressive symptoms: a prospective study among dentists. *Journal of Affective Disorders*, 104(1-3), 103-110.

Ahola, K., Honkonen, T., Kivimäki, M., Virtanen, M., Isometsä, E., Aromaa, A., & Lönnqvist, J. (2006). Contribution of Burnout to the Association between Job Strain and Depression: The Health 2000 Study. *Journal of occupational and environmental medicine*, 48(10), 1023-1030.

Santavirta, N., Solovieva, S., & Theorell, T. (2007). The association between job strain and emotional exhaustion in a cohort of 1,028 Finnish teachers. *British Journal of Educational Psychology*, 77(Pt 1), 213-228.

N°	Descripteurs	Nombre d'articles	Lecture d'abstract	Lecture approfondie	Articles complémentaires
1	Stress, Psychological/ or Stress, Physiological/ AND Burnout, Professional/	1330			
2	Reward/ or eri model.mp.	7768			
3	1 and 2	7	5	Aucun article pertinent	

✓ Lectures d'abstracts :

Cohen, M. Z., Haberman, M. R., Steeves, R., & Deatrck, J. A. (1994). Rewards and difficulties of oncology nursing. *Oncology Nursing Forum*, 21(8 Suppl), 9-17.

Harris, J. S. (1984). Home study program. Stressors and stress in critical care. *Critical Care Nurse*, 4(1), 83-97.

Hasselhorn, H.-M., Tackenberg, P., Peter, R., & Next-Study, G. (2004). Effort-reward imbalance among nurses in stable countries and in countries in transition. *International Journal of Occupational & Environmental Health*, 10(4), 401-408.

Hoggan, B. L., & Dollard, M. F. (2007). Effort-reward imbalance at work and driving anger in an Australian community sample: is there a link between work stress and road rage? *Accident Analysis & Prevention*, 39(6), 1286-1295.

Magnavita, N., Fileni, A., Magnavita, G., Mammi, F., Mirk, P., Roccia, K., et al. (2008). Work stress in radiologists. A pilot study. *Radiologia Medica*, 113(3), 329-346.

### **Recherches complémentaires ou issus de la première phase de recherche**

✓ Lectures approfondies :

Schaufeli. (2009). Burnout: 35 years of research and practice. *Career Development International*, 14(3), 204-220.

Bourbonnais, R., Comeau, M., Vézina, M. & Dion, G. (1998). Job strain, psychological distress, and burnout in nurses. *American journal of industrial medicine*, 34(1), 20.

Work, E. A. f. S. a. H. a. (2009). OSH in figures: stress at work — facts and figures. Retrieved July 26, 2010, from [http://osha.europa.eu/en/publications/reports/TE-81-08-478-EN-C\\_OSH\\_in\\_figures\\_stress\\_at\\_work](http://osha.europa.eu/en/publications/reports/TE-81-08-478-EN-C_OSH_in_figures_stress_at_work)

De Backer, G., Kornitzer, Karnas, G, M Coetsier, P., De Corte, W. (1996). *Etude sur le stress au travail: scores normatifs, étude des déterminants et recherche prospective sur la relation avec l'absentéisme et avec l'incidence des maladies cardio-vasculaires*. Service de la Politique scientifique fédérale belge. Projet de recherche ST/03 1996. [www.belspo.be/belspo/home/publ/pub\\_ostc/.../rST03\\_fr.pdf](http://www.belspo.be/belspo/home/publ/pub_ostc/.../rST03_fr.pdf)

Grebot, E. (2008). *Stress et Burnout au travail : identifier, prévenir et guérir*. Paris: Editions d'Organisation Groupe Eyrolles.

Service Public Federal Emploi, Travail et Concertation Sociale. (2006). *Le stress au travail: Facteurs de risque, evaluation et prevention*. [Brochure]. Bruxelles: SPF emploi et concertation sociale.

Maslach, C. (Speaker). (2010) Burnout in the Workplace. Retrieved June 7, 2010, from University of Lyon 2 Web site : [http://podcast.univ-lyon2.fr/groups/2009\\_2010-Burnout\\_to\\_engagement/weblog/](http://podcast.univ-lyon2.fr/groups/2009_2010-Burnout_to_engagement/weblog/)

## b. Burnout et Dépression

N°	Descripteurs	Nombre d'articles	Lecture d'abstracts	Lecture approfondie	Articles complémentaires
1	Burnout	5458			
2	Major Depression	68636			
3	1 and 2	89	8	8	4

✓ Lectures d'abstracts :

Chase, K. I. (2005). Police officer burnout as predicted by death anxiety, death depression, and critical incident stress. *Dissertation Abstracts International*, 65, 4821 (9-B).

Erol, A., Saricicek, A., & Gulseren, S. (2007). Burnout in residents: Association with job satisfaction and depression. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 8(4), 241-247.

Iacovides, A., Fountoulakis, K. N., Moysidou, C., & Ierodiakonou, C. (1999). Burnout in nursing staff: Is there a relationship between depression and burnout? *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 29(4), 421-433.

Parrouy, J. (2010) Burnout among French immersion teachers in British Columbia, Canada. *Dissertation Abstracts International*, 70, 2832 (8-A).

Raj, A., & Dean, K. E. (2005). Burnout and depression among Catholic priests in India, *Pastoral Psychology*, 54(2), 157-171.

Reime, B., & Steiner, I. (2001). Burned-out or depressive? An empirical study regarding the construct validity of burnout in contrast to depression. *Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie*, 51(8), 304-307.

Yongxin, L., & Guangya, Z. (2008). Relations among college freshmen's stress, burnout and depression evidence from a longitudinal study. *Psychological Science (China)*, 31(2), 471-474.

Yongxin, L., & Hou, Y. (2005). Burnout, stress and depression. *Psychological Science (China)*, 28 (4), 972-974.

✓ Lectures approfondies :

Ahola, K., & Hakanen, J. (2007). Job strain, burnout, and depressive symptoms: A prospective study among dentists. *Journal of Affective Disorders*, 104 (1-3), 103-110.

Ahola, K., Honkonen, T., Kivimaki, M., Virtanen, M., Isometsa, E., Aromaa, A., & Lonnqvist, J. (2006). Contribution of Burnout to the Association between Job Strain and Depression: The Health 2000 Study. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 48(10), 1023-1030.

Brenninkmeyer, Van Yperen, N. W., & Buunk, B. P. (2001). Burnout and depression are not identical twins: Is decline of superiority a distinguishing feature? *Personality and Individual Differences*, 30(5), 873-880.

Glass, D. C., & McKnight, J. D. (1996). Perceived control, depressive symptomatology, and professional burnout: A review of the evidence. *Psychology & Health*, 11 (1), 23-48.

Glass, C.G., McKnight, J.D. & Valdimarsdottir, H. (1993). Depression, burnout and perception of control in hospital nurses. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61(1), 147-155.

Iacovides, A., Fountoulakis, K. N., Kaprinis, St., & Kaprinis, G. (2003). The relationship between job stress, burnout and clinical depression. *Journal of Affective Disorders*, 75(3), 209-221.

Papastyliaou, A., Kaila, M., & Polychronopoulos, M. (2009). Teachers' burnout, depression, role ambiguity and conflict. *Social Psychology of Education*, 12(3), 295-314.

Takai, M., Takahashi, M., Iwamitsu, Y., Ando, N., Okazaki, S., Nakajima, K., Oishi, S., & Miyaoka, H. (2009). The experience of burnout among home caregivers of patients with dementia: Relations to depression and quality of life. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 49(1), e1-e5.

Toral-Villanueva, R., Aguilar-Madrid, G., & Juarez-Perez, C. A. (2009). Burnout and patient care in junior doctors in Mexico City, *Occupational Medicine*, 59(1), 8-13.

Dans un deuxième temps, la recherche des bases de données a inclus le champ « diagnostic », les champs « burnout » et du « diagnostic » ont été élargis.

N°	Descripteurs	Nombre d'articles	Lecture d'abstract	Lecture approfondie	Articles complémentaires
5	Burnout or occupational stress	13753			
6	Depression or major depression	143040			
7	Diagnosis or Differential diagnosis	100414			
8	5 and 6 and 7	36	6	1	

✓ Lectures d'abstracts :

Arthur, A. R. (2005). When stress is mental illness: A study of anxiety and depression in employees who use occupational stress counselling schemes. *Stress and Health: Journal of the International Society for the Investigation of Stress*, 21(4), 273-280.

Esteban, R. G. (2003). Physician-patient relationship: effects in doctor's health. *Psiquis*, 24(2), 4-16.

Melchior, M., Caspi, A., Milne, B. J., Danese, A., Poulton, R., & Moffitt, T. E. (2007). Work stress precipitates depression and anxiety in young, working women and men. *Psychological Medicine: A Journal of Research in Psychiatry and the Allied Sciences*, 37(8), 1119-1129.

Nil, R., Jacobshagen, N., Schachinger, H., Baumann, P., Hock, P., Hattenschwiler, J. Ramseier, F., Seifritz, E. & Holsboer-Trachsler, E. (2010). Burnout--An analysis of the status quo. *Schweizer Archiv fur Neurologie und Psychiatrie*, 161(2), 72-77.

Liu, P. M., & Van Liew, D. A. (2003). Depression and burnout. In J.P. Kahn, & A.M. Langlieb (Eds). *Mental health and productivity in the workplace: A handbook for organizations and clinicians* (pp 433-457). San Francisco: Jossey-Bass.

✓ Lectures approfondies :

Ahola, K., Honkonen, T., Isometsa, E., Kalimo, R., Nykyri, E., Aromaa, A. & Lonnqvist, J. (2005). The relationship between job-related burnout and depressive disorders--Results from the Finnish Health 2000 Study. *Journal of Affective Disorders*, 88(1), 55-62.

Baba, V., Galperin, B.L. & Lituchy T. R. (1999). Occupational mental health: a study of work-related depression among nurses in the Caribbean. *International Journal of Nursing Studies*, 36, 163-169

La même procédure de recherche précédente a ensuite été réitérée dans les bases de données **Medline**. Le champ « dépression » était ici directement décliné en termes incluant le champ « diagnostique ». Le moteur de recherche Ovid proposait ainsi d'inclure les termes



« depression diagnosis », « depression pathology », etc. dans le moteur de recherche, couplant de fait les champs « dépression » et « diagnostic ».

N°	Descripteurs	Nombre d'articles	Lecture d'abstract	Lecture approfondie	Articles complémentaires
1	Burnout, Professional or burnout	6319			
2	Depression Diagnosis, Pathology, Psychology, Therapy	26255			
3	1 and 2	103	4	5	

✓ Lectures d'abstracts :

Dyrbye, L. N., Thomas, M. R., Huschka, M. M., Lawson, K.L., Novotny, P. J., Sloan, J.A., & Shanafelt, T. D. (2006). A multicenter study of burnout, depression, and quality of life in minority and nonminority US medical students. *Mayo Clinic Proceedings*, 81(11), 1435-1442.

Firth, O. H., McIntee J., McKeown P., & Britton P. (1986). Burnout and professional depression: related concepts? *Journal of Advanced Nursing*, 11(6), 633-641.

Shanafelt, T.D., Balch, C.M., Bechamps, G.J., Russell, T., Dyrbye, L., Satele, D., Collicott, P., Novotny, P. J., Sloan, J., & Freischlag, J. A. (2009). Burnout and career satisfaction among American surgeons. *Annals of Surgery*, 250(3), 463-71.

Soares J.J., Grossi, G., & Sundin O. (2007). Burnout among women: associations with demographic/socio-economic, work, life-style and health factors. *Archives of Women's Mental Health*. 10(2), 61-71.

✓ Lectures approfondies :

Hatinen, M., Kinnunen, U., Makikangas, A., Kalimo, R., Tolvanen, A., & Pekkonen, M., (2009). Burnout during a long-term rehabilitation: comparing low burnout, high burnout - benefited, and high burnout - not benefited trajectories. *Anxiety, Stress, & Coping*. 22(3), 341-360.

McKnight, J. D. & Glass, D. C. (1995). Perceptions of control, burnout, and depressive symptomatology: a replication and extension. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 63(3), 490-494.

Salmela-Aro, K., Savolainen, H., & Holopainen, L. (2009). Depressive symptoms and school burnout during adolescence: evidence from two cross-lagged longitudinal studies. *Journal of Youth & Adolescence*, 38(10), 1316-1327.

Sonnenschein, M., Sorbi, M. J., van Doornen, L. J., Schaufeli, W. B. & Maas, C.J. (2007). Evidence that impaired sleep recovery may complicate burnout improvement independently of depressive mood. *Journal of Psychosomatic Research*, 62(4), 487-494.

Weber, A., & Jaekel-Reinhard, A. (2000). Burnout syndrome: a disease of modern societies? *Occupational Medicine*, 50(7), 512-517.

### **Recherches complémentaires**

Les références suivantes ont été obtenues préalablement à la recherche informatique ou ont été trouvées suite la lecture d'articles :

American Psychiatric Association. (2003). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, (4th ed., text revision). Washington D.C. American Psychiatric Association.

Bakker, A.B., Schaufeli, W.B., Demerouti, E., Janssen, P.P., van der Hulst, R., Brouwer, J., (2000). Using equity theory to examine the difference between burnout and depression. *Anxiety Stress Coping*, 13, 247– 268.

Hallsten, L. (1993). Burning out: a framework. In W. B. Schaufeli, C. Maslach, & T. Marek, *Professional burnout: recent developments in theory and research*, 95-113. London: Taylor and Francis.

Hoogduin, C. A., Schaap, C. P., & Methorst, G. J. (1996). Burnout: klinisch beeld en diagnostiek. In C. A. Hoogduin, C. P. Schaap, A. J. Kladler, & W. A. Hoogduin, *Behandelingsstrategieën bij burnout*. Houten/Diegem, Netherlands. Bohn Stafleu Van Loghum.

Maslach, C., Jackson, S. E., & Leiter, M. P. (1997). The Maslach Burnout Inventory (3rd ed.) in Zalaquett, C.P. & Wood, R. H. *Evaluating Stress. A book of resources*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.

Maslach, C., Schaufeli, W. B., & Leiter, M. P. (2001). Job burnout. In S. T. Fiske, D. L. Schacter, & C. Zahn-Waxler (Eds.), *Annual Review of Psychology*, 52, 397-422.

Nyklicek, I. & Pop, V.,J., (2005). Past and familial depression predict current symptoms of professional burnout. *Journal of Affective Disorders*, 88, 63–68.

Schaufeli, W. B., & Buunk, P.B. (2003). Burnout: An overview of 25 Years of Research on Theorising. In J. A. M. W. M.J. Schabracq, & C.L. Cooper (Ed.), *Handbook of work and health psychology*. Chichester: Wiley.

Suls, S., & Bunde, J. (2005). Anger, anxiety and depression as risk factors for cardiovascular disease: The problems and implications of overlapping affective dispositions. *Psychological Bulletin*, 131, 260-300.

c. Burnout et Workaholisme

**PSYCHINFO**

N°	Descripteurs	Nombre d'articles	Lecture d'abstract	Lecture approfondie	Articles complémentaires
1	workaholism OR exp Workaholism/	239			
2	workaholic	107			
3	exp Addiction/ OR addiction AND Work	2853			
4	Work AND compulsive*	964			
5	1 OR 2 OR 3 OR 4	3908			
6	burnout OR exp Occupational Stress/ OR exhaustion	15284			
7	5 AND 6	90	19	7	5

✓ Lectures d'abstracts :

Aziz, S. (2003). *A study of workaholism: Toward clearing up the confusion*. Aziz, Shahnaz: Bowling Green State U, US.

Bamber, M. (2006). *Conceptualizing and treating a case of workaholism and burnout using the schema-focused approach CBT for occupational stress in health professionals: Introducing a schema-focused approach* (pp. 191-202). New York, NY: Routledge/Taylor & Francis Group; US.

Barbo, M. (2007). Stress and burn-out in mental health professionals: Policies and intervention strategies in drug addiction services. *Psicoterapia e Scienze Umane*, 41(1), 59-76.

Burke, R. J., Koyuncu, M., & Fiksenbaum, L. (2008). Workaholism, work and extra-work satisfactions and psychological well-being among professors in Turkey. *Cross Cultural Management*, 15(4), 353-366.

Burke, R. J., Matthiesen, S. B., & Pallesen, S. (2006). Workaholism, organizational life and well-being of Norwegian nursing staff. *The Career Development International*, 11(5), 463-477.

Cox, D. R. (1982). The workaholic behavior pattern and the experience of burnout: A correlative study. Cox, David R : United States International U.

- Cross, C. L., & Ashley, L. (2007). Trauma and Addiction: Implications for Helping Professionals. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 45(1), 24-31.
- Johnstone, A., & Johnston, L. (2005). The relationship between organizational climate, occupational type and workaholism. *New Zealand Journal of Psychology*, 34(3), 181-188.
- Langan-Fox, J., Cooper, C. L., & Klimoski, R. J. (2007). *Research companion to the dysfunctional workplace: Management challenges and symptoms* (pp. xvi, 478). Northampton, MA: Edward Elgar Publishing; US.
- Maslach, C. (1986). Stress, burnout, and workaholism. *Professionals in distress: Issues, syndromes, and solutions in psychology* (pp. 53-75). Washington, DC: American Psychological Association
- McMillan, L. H., O'Driscoll, M. P., & Brady, E. C. (2004). The impact of workaholism on personal relationships. *British Journal of Guidance & Counselling*, 32(2), 171-186.
- Mudrack, P. E. (2006). *Understanding workaholism: The case for behavioral tendencies Research companion to working time and work addiction* (pp. 108-128). Northampton, MA: Edward Elgar Publishing; US.
- Nagy, S. (1983). *The relationship of Type A and Type B personalities, workaholism, perceptions of the school climate, and years of teaching experience to burnout of elementary and junior high school teachers in a northwestern Oregon school district*. Nagy, Stephen: U Oregon.
- Paton, D., & Violanti, J. M. (1997). Long-term exposure to stress and trauma: Addiction and separation issues in police officers. *Looking back and moving forward: 50 years of New Zealand psychology* (pp. 194-201). Wellington, New Zealand: New Zealand Psychological Society; New Zealand.
- Porter, G. (2001). Workaholic tendencies and the high potential for stress among co-workers. *International journal of stress management*, 8(2), 147-164.
- Quick, J. D., Henley, A. B., & Quick, J. C. (2004). The Balancing Act--At Work and At Home. *Organizational Dynamics*, 33(4), 426-438.
- Salmela-Aro, K., & Nurmi, J.-E. (2004). Employees' motivational orientation and well-being at work: A person-oriented approach. *Journal of Organizational Change Management*, 17(5), 471-489.
- Shumate, J. I. (2000). *Stress, burnout, and coping strategies among Washington State high school principals*. Shumate, Jean Irene: Seattle Pacific U , US.
- Weaver, S. T., & Wilson, C. (1997). Addiction counselors can benefit from appropriate humor in the work setting. *Journal of Employment Counseling*, 34(3), 108-114.

✓ Lectures approfondies :

Andreassen, C. S., Ursin, H., & Eriksen, H. R. (2007). The relationship between strong motivation to work, "workaholism", and health. *Psychology & Health, 22*(5), 615-629.

Burke, R. J. (2000). Workaholism in organizations: Psychological and physical well-being consequences. *Stress Medicine, 16*(1), 11-16.

Burke, R. J., & Matthiesen, S. (2004). Short Communication: Workaholism among Norwegian journalists-- Antecedents and consequences. *Stress and Health: Journal of the International Society for the Investigation of Stress, 20*(5), 301-308.

Kanai, A., & Wakabayashi, M. (2001). Workaholism among Japanese blue-collar employees. *International journal of stress management, 8*(2), 129-145.

McMillan, L. H. W., O'Driscoll, M. P., & Burke, R. J. (2003). Workaholism: A review of theory, research, and future directions. In C. L. Cooper & I. T. Robertson (Eds.), *International review of industrial and organizational psychology* (Vol. 18, pp. 167-189). New York: Wiley.

McMillan, L. H., O'Driscoll, M. P., Marsh, N. V., & Brady, E. C. (2001). Understanding workaholism: Data synthesis, theoretical critique, and future design strategies. *International journal of stress management, 8*(2), 69-91.

Ng, T. W. H., Sorensen, K.L., & Feldman, D.C. (2007). Dimensions, antecedents, and consequences of workaholism: a conceptual integration and extension. *Journal of Organizational Behavior, 28*, 111-136.

Schaufeli, W. B., Bakker, A. B., van der Heijden, F. M., & Prins, J. T. (2009). Workaholism among medical residents: It is the combination of working excessively and compulsively that counts. *International journal of stress management, 16*(4), 249-272.

Schaufeli, W. B., Bakker, A. B., Van der Heijden, F. M., & Prins, J. T. (2009). Workaholism, burnout and well-being among junior doctors: The mediating role of role conflict. *Work & Stress, 23*(2), 155-172.

Schaufeli, W. B., Taris, T. W., & Bakker, A. B. (2006). Dr Jekyll or Mr Hyde? On the differences between work engagement and workaholism *Research companion to working time and work addiction* (pp. 193-217). Northampton, MA: Edward Elgar Publishing; US.

Schaufeli, W. B., Taris, T. W., & van Rhenen, W. (2008). Workaholism, burnout, and work engagement: Three of a kind or three different kinds of employee well-being? *Applied Psychology: An International Review, 57*(2), 173-203.

Taris, T. W., Schaufeli, W. B., & Verhoeven, L. C. (2005). Workaholism in the Netherlands: Measurement and Implications for Job Strain and Work-Nonwork Conflict. *Applied Psychology: An International Review, 54*(1), 37-60.

## MEDLINE

N°	Descripteurs	Nombre d'articles	Lecture d'abstract	Lecture approfondie	Articles complémentaires
1	workaholism	35			
2	workaholic	18			
3	Work/ and Behavior, Addictive/	11			
4	Work/ and Compulsive Behavior/	10			
5	1 OR 2 OR 3 OR 4	62			
6	Burnout, Professional/	5595			
7	5 and 6	5	4	1	

✓ Lectures d'abstracts :

Chambers, D. W. (2008). Stress. *Journal of the American College of Dentists*, 75(3), 33-39.

Huang, J.-C., Hu, C., & Wu, T.-C. (2010). Psychometric properties of the Chinese version of the workaholism battery. *Journal of Psychology*, 144(2), 163-183.

Maulen, B. (2004). Chaos--workoholism--writer's block. Occupational disorders in physicians. *MMW Fortschritte der Medizin*, 146(19), 4-6.

Vaughn, G. (1992). Workaholism. Learning self-care to prevent burnout. *AORN Journal*, 56(5), 873-877.

✓ Lectures approfondies :

Shimazu, A., & Schaufeli, W. B. (2009). Is workaholism good or bad for employee well-being? The distinctiveness of workaholism and work engagement among Japanese employees. *Industrial Health*, 47(5), 495-502.

d. Burnout et Fatigue chronique

**PsycINFO**

N°	Descripteurs	Nombre d'articles	Lecture d'abstract	Lecture approfondie	Articles complémentaires
1	Burnout OR Occupational stress	11119			
2	Diagnosis Differential diagnosis OR Medical diagnosis	77796			
3	1 and 2	150			
4	Chronic fatigue syndrome	1158			
5	1 and 2 and 4	1	1		
6	1 or 4	12270			
7	6 and 2	369	49	6 (dont 2 review)	2

✓ Lectures d'abstracts :

Huibers, M.J.H., Kant, I.J., Knottnerus, J.A., Bleijenberg, G., Swaen, G.M.H., Kasl, S.V. (2004). Development of the chronic fatigue syndrome in severely fatigued employees : Predictors of outcome in the Maastricht Cohort Study. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 58(10), 877-882.

Friberg, T. (2009). Burnout : From popular culture to psychiatric diagnosis in Sweden. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 33(4), 538-558.

Schaufeli, W.B., Leiter, M.P. & Maslach, C. (2009). Burnout: 35 years of research and practice. *Career Development International*, 14(3), 204-220.

Sidi-Ali-Mebarek, Baya (2009). Role of relationship impact on chronic fatigue syndrome: A qualitative inquiry. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*, 70(3-B), 1979.

Chew-Graham, C.A., Cahill, G., Dowrick, C., Wearden, A. & Peters, S. (2008). Using multiple sources of knowledge to reach clinical understanding of chronic fatigue syndrome. *Annals of Family Medicine*, 6(4), 340-348.

- Swoboda, D.A. (2008). Negotiating the diagnostic uncertainty of contested illnesses: Physician practices and paradigms. *Health: An Interdisciplinary Journal for the Social Study of Health, Illness and Medicine*, 12(4), 453-478.
- Smith, W.R., Strachan, E.D. & Buchwald, D. (2009). Coping, self-efficacy and psychiatric history in patients with both chronic widespread pain and chronic fatigue. *General Hospital Psychiatry*, 31(4), 347-352.
- Priebe, S., Fakhoury, W.K. & Henningsen, P. (2008). Functional incapacity and physical and psychological symptoms: How they interconnect in chronic fatigue syndrome. *Psychopathology*, 41(6), 339-345.
- Hawk, C., Jason, L.A. & Pena, J. (2007). Variables that differentiate chronic fatigue syndrome from depression. *Journal of Human Behavior in the Social Environment*, 16(3), 1-13.
- Lange, G. & Natelson, B.H. (2009). Chronic fatigue syndrome. In Mayer, E.A. & Bushnell, M.C. (Eds). (2009). *Functional pain syndromes: Presentation and pathophysiology*. (pp. 245-261). xviii, 580 pp. Seattle, WA, US: IASP Press; US.
- Hickie, I., Davenport, T., Vernon, S.D., Nisenbaum, R., Reeves, W.C., Hadzi-Pavlovic, D. & Lloyd, A. (2009). Are chronic fatigue and chronic fatigue syndrome valid clinical entities across countries and health-care settings? *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 43(1), 25-35.
- Harvey, S.B., Wadsworth, M., Wessely, S. & Hotopf, M. (2008). Etiology of chronic fatigue syndrome: Testing popular hypotheses using a National Birth Cohort Study. *Psychosomatic Medicine*, 70(4), 488-495.
- Folks, D.G. (2008). Review of Medically unexplained illness: Gender and biopsychosocial implications. *Psychological Medicine*, 38(4), 607-608.
- Arroll, M.A. & Senior, V. Individuals' experience of chronic fatigue syndrome/myalgic encephalomyelitis: An interpretative phenomenological analysis. *Psychology & Health*, 23(4), pp. 443-458.
- Eriksson, U.-B., Starrin, B. & Janson, S. (2008). Long-term sickness absence due to burnout: Absentees' experiences. *Qualitative Health Research*, 18(5), 620-632.
- Schaufeli, W. (2007). Current debates about burnout: A review. [Dutch]. *Psycholoog*, 42(10), 534-540.



Friedberg, F., Sohl, S. & Schmeizer, B. (2007). Publication trends in chronic fatigue syndrome: Comparisons with fibromyalgia and fatigue: 1995-2004. *Journal of Psychosomatic Research*, 63(2), 143-146.

Wyller, V.B. (2007). The chronic fatigue syndrome--An update. *Acta Neurologica Scandinavica*, 115(Suppl 187), 7-14.

Sharpe, M.C. & O'Malley, P.G. (2007). Chronic Fatigue and Fibromyalgia Syndromes. In Levenson, James L (Ed). *Essentials of psychosomatic medicine*. (pp. 153-179). xiv, 590 pp. Arlington, VA, US: American Psychiatric Publishing, Inc..

Hawk, C., Jason, L.A. & Torres-Harding, S. (2006). Differential Diagnosis of Chronic Fatigue Syndrome and Major Depressive Disorder. *International Journal of Behavioral Medicine*, 13(3), 244-251.

Pearce, J. M. S. (2006). The Enigma of Chronic Fatigue. *European Neurology*, 56(1), 31-36.

Janal, M.N., Ciccone, D.S. & Natelson, B.H. (2006). Sub-typing CFS patients on the basis of 'minor' symptoms. *Biological Psychology*, 73(2), 124-131.

Huibers, M.J.H. & Wessely, S. (2006). The act of diagnosis: Pros and cons of labelling chronic fatigue syndrome. *Psychological Medicine*, 36(7), 895-900.

Yongxin, L. & Yimin, L. (2006). Developing the Diagnostic Criterion of Job Burnout. [Chinese]. *Psychological Science (China)*, 29(1), 148-150.

Jason, L.A., Corradi, K., Torres-Harding, S., Taylor, R.R. & King, C. (2005). Chronic Fatigue Syndrome: The Need for Subtypes. *Neuropsychology Review*, 15(1), 29-58.

Sharpe, M. (2005). Psychiatric diagnosis and chronic fatigue syndrome: Controversies and conflicts. *Journal of Mental Health*, 14(3), 269-276.

Gaab, P.J. (2005). Review of Handbook of Chronic Fatigue Syndrome. *Journal of Psychosomatic Research*, 58(3), 307-308.

Afari, N., van der Meer, J.W.M., Bleijenberg, G. & Buchwald, D. (2005). Chronic Fatigue Syndrome in Practice. *Psychiatric Annals*, 35(4), 350-352, 354, 356-358, 360.

Review of Medical Etiology, Assessment, and Treatment of Chronic Fatigue and Malaise: Clinical Differentiation and Intervention. Merskey, Harold [Ed]. *Pain Research & Management*, 10(1), 46.

Skapinakis, P., Lewis, G. & Mavreas, V. (2003). Unexplained fatigue syndromes in a multinational primary care sample: Specificity of definition and prevalence and distinctiveness from depression and generalized anxiety. *The American Journal of Psychiatry*, *160*(4), 785-787.

Afari, N. & Buchwald, D. (2004). On Chronic Fatigue Syndrome: Drs. Afari and Buchwald Reply. *The American Journal of Psychiatry*, *161*(6), 1133-1134.

Berger, J. (2004). On Chronic Fatigue Syndrome. *The American Journal of Psychiatry*, *161*(6), 1133.

Jason, L.A., Helgeson, J., Torres-Harding, S.R., Carrico, A.W. & Taylor, R.R. (2003). Variability in diagnostic criteria for chronic fatigue syndrome may result in substantial differences in patterns of symptoms and disability. *Evaluation & the Health Professions*, *26*(1), 3-22.

Carruthers, B.M., Jain, A.K., de Meirleir, K.L., Peterson, D.L., Klimas, N.G., Lerner, A. M., Basted, A.C., Flor-Henry, P., Joshi, P., Powles, A. C. P., Sherkey, J.A. & van de Sande, M.I. (2003). Myalgic Encephalomyelitis/Chronic Fatigue Syndrome: Clinical Working Case Definition, Diagnostic and Treatment Protocols. *Journal of Chronic Fatigue Syndrome*, *11*(1), 7-115.

King, C. (2003). The development of a diagnostic screening instrument for chronic fatigue syndrome. Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering. Vol.63(12-B), Jun 2003, pp. 6097. [Dissertation Abstract]

Shor, S. (2003). Pathogenesis of chronic fatigue syndrome, a multisystem hypothesis. *Journal of Chronic Fatigue Syndrome*, *11*(3), 51-68.

Jason, L.A., Fennell, P.A. & Taylor, R.R. (Eds)(2003). *Handbook of chronic fatigue syndrome*. Hoboken, NJ, US: John Wiley & Sons Inc.

Cicccone, D.S. & Natelson, B.H. (2003). Comorbid illness in women with chronic fatigue syndrome: a test of the single syndrome hypothesis. *Psychosomatic medicine*, *65*, 268-275.

Jason, L. A., Torres-Harding, S. R., Carrico, A. W. & Taylor, R. R. (2002). Symptom occurrence in persons with chronic fatigue syndrome. *Biological Psychology*, *59*(1), 15-27.

Lawrie, S. M., Manders, D. N., Geddes, J. R. & Pelosi, A. J. (1997). A population-based incidence study of chronic fatigue. *Psychological Medicine: A Journal of Research in Psychiatry and the Allied Sciences*, *27*(2), 343-353.

Cope, H., Mann, A., Pelosi, A. & David, A. (1996). Psychosocial risk factors for chronic fatigue and chronic fatigue syndrome following presumed viral illness: A case-control study. *Psychological Medicine: A Journal of Research in Psychiatry and the Allied Sciences*, 26(6), 1197-1209.

Wagner-Raphael, L.I., Jason, L.A. & Ferrari, J.R.(1999). Chronic fatigue syndrome, chronic fatigue, and psychiatric disorders: Predictors of functional status in a national nursing sample. *Journal of Occupational Health Psychology*, 4(1), 63-71.

Axe, E.K. & Satz, P. (2001). Depressive comorbidity in the fatiguing illnesses. *Journal of Chronic Fatigue Syndrome*, 8(3-4), 23-29.

Wilson, A., Hickie, I., Hadzi-Pavlovic, D., Wakefield, D., Parker, G., Straus, S.E., Dale, J., McCluskey, D., Hinds, G., Brickman, A., Goldenberg, D., Demitrack, M., Blakely, T., Wessely, S., Sharpe, M., Lloyd, A. (2001). What is chronic fatigue syndrome? Heterogeneity within an international multicentre study. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 35(4), 520-527.

✓ Lectures approfondies :

Afari, N. & Buchwald, D. (2003). Chronic fatigue syndrome: A review. *The American Journal of Psychiatry*, 160(2), 221-236.

Leone, S.S., Huibers, M.J.H, Knottnerus, J.A & Kant, I. (2008). A comparison of the course of burnout and prolonged fatigue: A 4-year prospective cohort study. *Journal of Psychosomatic Research*, 65(1), 31-38.

King, C. & Jason, L.A. (2005). Improving the diagnostic criteria and procedures for chronic fatigue syndrome. *Biological Psychology*, 68(2), 87-106.

Theorell, T., Blomkvist, V., Lindh, G. & Evengard, B. (1999). Critical life events, infections, and symptoms during the year preceding Chronic Fatigue Syndrome (CFS): An examination of CFS patients and subjects with a nonspecific life crisis. *Psychosomatic medicine*, 61, 304-310.

Prins, J.B., van der Meer, J.W. M. & Bleijenberg, G. (2006). Chronic fatigue syndrome. *The Lancet*, 367(9507), 346-355.

McKay, P.G. & Duffy, T. (2009). Are chronic fatigue syndrome and fibromyalgia the same? Implications for the provision of appropriate mental health intervention. *Journal of Psychiatric and mental Health Nursing*, 16, 884-894.

## MEDLINE

N°	Descripteurs	Nombre d'articles	Lecture d'abstract	Lecture approfondie	Articles complémentaires
1	Burnout Exhaustion OR Occupational stress	24973			
2	Diagnosis Differential diagnosis OR Medical diagnosis	6737667			
3	1 and 2	8002			
4	Chronic fatigue syndrome	4765			
5	1 and 2 and 4	85	13		
6	1 or 4	29622			
7	6 and 2	10651			

✓ Lectures d'abstracts :

Bolk, J.H. (2005). Report from the Health Council of the Netherlands on the chronic fatigue syndrome : moving away from the body-mind dichotomy with a view to effective prevention and treatment. *Nederlands tijdschrift voor Geneeskunde*, 149(14), 739-41.

Huibers, M.J., Bültmann, U., Kasl S.V., Kant, I., Van Amelsvoort L.G., Van Schayk, C.P. & Swaen, G.M. (2004). Predicting the two-year course of unexplained fatigue and the onset of long-term sickness absence in fatigued employees : results from the Maastricht Cohort Study. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 46(10), 1041-7.

Tritt, K., Nickel, M., Mitterlehner, F., Nickel, C., Forthuber, P., Leiberich, P., Rother, W. & Loew, T. (2004). Chronic fatigue and indicators of long-term employment disability in psychosomatic inpatients. *Wiener klinische wochenschrift*, 116 (5-6), 182-9.

Wiesmüller, G.A., Ebel, H., Hornberg, C., Kwan, O. & Friel, J. (2003). Are syndromes in environmental medicine variants of somatoform disorders ? *Medical Hypotheses*, 61(4), 419-30.

Jason, L.A., Helgeson, J., Torres-Harding, S.R., Carrico, A.W. 1 Taylor, R.R. (2003). Variability in diagnostic criteria for chronic fatigue syndrome may result in substantial differences in patterns of symptoms and disability . *Evaluation and the Health Professions*, 26(1), 3-22.

Weber, A. & Jaekel-Reinhard, A. (2000). Burnout syndrome : a disease of modern societies ? *Occupational Medicine*, 50(7), 512-7.

Nisenbaum, R., Jones, A., Jones, J. & Reeves, W. (2000). Longitudinal analysis of symptoms reported by patients with chronic fatigue syndrome. *Annals of Epidemiology*, 10(7), 458.

Wagner-Raphael, L.I., Jason, L.A. & Ferrari, J.R. (1999). Chronic fatigue syndrome, chronic fatigue, and psychiatric disorders : predictors of functional status in a national nursing sample. *Journal of Occupational Health Psychology*, 4(1), 63-71.

Lovell, D.M. (1999). Chronic fatigue syndrome among overseas development workers : a qualitative study. *Journal of Travel Medicine*, 6(1), 16-23.

Wagner, L.I. & Jason, L.A. (1997). Outcomes of occupational stressors on nurses : chronic fatigue syndrome – related symptoms. *Nursing Connections*, 10(3), 41-9.

Magnusson, A.E., Nias, D.K. & White P.D. (1996). Is perfectionism associated with fatigue ? *Journal of Psychosomatic Research*, 41(4), 377-83.

Libus, K., Baker, J.L., Osgood, J.M., Philips, T.C. & Valentine, D.M. (1995). Persistent fatigue in well woman. *Women Health*, 23(1), 57-72.

Melamed, S., Kushnir, T. & Shirom, A. (1992). Burnout and risk factors for cardiovascular diseases. *Behavioral Medicine*, 18(2), 53-60.

### **Recherches complémentaires**

✓ Lectures approfondies :

Fukuda, K. Straus, S.E., Hickie, I. , Sharpe, M.C., Dobbins, J.G. & Komaroff, A. (1994). The chronic fatigue syndrome : a comprehensive approach to its definition and study. *Annals of Internal Medicine*, 121 (12), 953-959.

National Institute for Clinical Excellence (2007). Chronic fatigue syndrome / Myalgic Encephalomyelitis (or encephalopathy): Diagnosis and management of CFS/ME in adults and children. NICE, London.

e. Burnout et fibromyalgie

**MEDLINE**

N°	Descripteurs	Nombre d'articles	Lecture d'abstract	Lecture approfondie	Articles complémentaires
1	Burnout Exhaustion OR Occupational stress	6262			
2	Burnout syndrome	463			
3	fibromyalgia	5662			
4	Fibromyalgia syndrome	5662	40	40	
5	1 and 3	3			
6	1 and 4	9	7	7	
7	2 and 3	9			
8	2 and 4	3			

**PsycINFO**

N°	Descripteurs	Nombre d'articles	Lecture d'abstract	Lecture approfondie	Articles complémentaires
1	Burnout OR Occupational stress	9912			
2	Fibromyalgia	636			
3	1 and 2	5	0	0	

✓ Lectures approfondies :

Aaron, L. A., & Buchwald, D. (2003). Chronic diffuse musculoskeletal pain, fibromyalgia and co-morbid unexplained clinical conditions. [Review] [96 refs]. *Best Practice & Research in Clinical Rheumatology*, 17(4), 563-574.

Amital, D., Fostick, L., Polliack, M. L., Segev, S., Zohar, J., Rubinow, A., et al. (2006). Posttraumatic stress disorder, tenderness, and fibromyalgia syndrome: are they different entities? *Journal of Psychosomatic Research*, 61(5), 663-669.

Anderberg, U. M., Marteinsdottir, I., Theorell, T., & von Knorring, L. (2000). L'impact des événements de la vie chez des femmes atteintes de fibromyalgie et de t,moins en bonne sant, chez la femme. *Eur Psychiatry*, 15(5), 33-41.

Barsky, A. J., & Borus, J. F. (1999). Functional somatic syndromes. [Review] [204 refs]. *Annals of Internal Medicine*, 130(11), 910-921.

Bendaya, S., Le Breton, F., Gahlouz, F., & Aymard, C. (2007). Approche pluridisciplinaire de la fibromyalgie (FM). [10.1007/s11659-007-0066-7]. *La Lettre de M,decine Physique et de R,adaptation*, 23(2), 97-102.

Benjamin, S., Morris, S., McBeth, J., Macfarlane, G. J., & Silman, A. J. (2000). The association between chronic widespread pain and mental disorder: a population-based study. *Arthritis & Rheumatism*, 43(3), 561-567.

Buskila, D., & Sarzi-Puttini, P. (2006). Biologie et th,rapeutique de la fibromyalgie. Les aspects g,n,tiques du syndrome de fibromyalgie. *Arthritis Res Ther*, 8, 218.

Cath,bras, P. (2003). La fibromyalgie : une affection psychosomatique ? *Revue du rhumatisme*, 70(4), 337-339.

Cedraschi, C., Desmeules, C., Luthy, C., & Allaz, A. F. (2003). Aspects psychologiques de la fibromyalgie. *Revue du rhumatisme*, 70(4), 331-336.

Cleare, A. J. (2004). Stress and fibromyalgia--what is the link? *Journal of Psychosomatic Research*, 57(5), 423-425.

Cohen, H., Neumann, L., Haiman, Y., Matar, M. A., Press, J., & Buskila, D. (2002). Prevalence of post-traumatic stress disorder in fibromyalgia patients: overlapping syndromes or post-traumatic fibromyalgia syndrome? *Seminars in Arthritis & Rheumatism*, 32(1), 38-50.

Doherty, M., & Jones, A. (1995). ABC of rheumatology. Fibromyalgia syndrome. [Review] [0 refs]. *BMJ*, 310(6976), 386-389.

Eich, W., Hauser, W., Friedel, E., Klement, A., Herrmann, M., Petzke, F., et al. (2008). [Definition, classification and diagnosis of fibromyalgia syndrome]. [99 refs] [German]. *Schmerz*, 22(3), 255-266.

Fietta, P., & Manganelli, P. (2007). Fibromyalgia and psychiatric disorders. [Review] [84 refs]. *Acta Bio-Medica de l'Ateneo Parmense*, 78(2), 88-95.

Giesecke, T., Gracely, R. H., Williams, D. A., Geisser, M. E., Petzke, F. W., & Clauw, D. J. (2005). The relationship between depression, clinical pain, and experimental pain in a chronic pain cohort. *Arthritis & Rheumatism*, 52(5), 1577-1584.

Goldenberg, D. (1995). Fibromyalgie : pourquoi une telle controverse ? *Ann.Rheum.Dis.*, 54(3), 5.

Houvenagel, E. (1999). Les m,canismes de la douleur de la fibromyalgie. *Rev Rhum*, 66, 105-110.

Hudson, J. I., Mangweth, B., Pope, H. G., De Col, C., Hausmann, A., Gutweniger, S., et al. (2003). Etude familiale des troubles du spectre affectif. *Arch Gene Psychiatry*, 60, 170-177.

Hudson, J. I., & Pope, H. G., Jr. (1996). The relationship between fibromyalgia and major depressive disorder. [Review] [89 refs]. *Rheumatic Diseases Clinics of North America*, 22(2), 285-303.

Kanaan, R. A., Lepine, J. P., & Wessely, S. C. (2007). The association or otherwise of the functional somatic syndromes. [Review] [37 refs]. *Psychosomatic Medicine*, 69(9), 855-859.

Kleinman, N., Harnett, J., Melkonian, A., Lynch, W., Kaplan-Machlis, B., & Silverman, S. L. (2009). Burden of fibromyalgia and comparisons with osteoarthritis in the workforce. *Journal of Occupational & Environmental Medicine*, 51(12), 1384-1393.

Laroche, F. (2009). Actualit,s de la fibromyalgie : Fibromyalgia syndrome : What's new in 2009 ? *Revue du rhumatisme*, 76(6), 529-536.

Lawrence, R. C., Helmick, C. G., Arnett, F. C., Deyo, R. A., Felson, D. T., Giannini, E. H., et al. (1998). Estimate of the prevalence of arthritis and selected musculoskeletal disorders in the United States. *Arthritis Rheum*, 41, 778-799.



Maquet, D., Croisier, J. L., & Crielaard, J. M. (2001). Le point sur la fibromyalgie. *Ann R,adaptation M,d Phys*, 44(6), 316-325.

Masquelier, E. (2004). Le syndrome fibromyalgique : r,flexions actuelles. *Revue de M,decine G,n,rale*(215), 324-333.

McBeth, J., Chiu, Y. H., Silman, A. J., Ray, D., Morriss, R., Dickens, C., et al. (2005). Hypothalamo-hypophyso-surr,nalien axe du stress fonction et la relation avec la douleur chronique et g,n,ralis,e de ses ant,c,dents. *Arthritis Res Ther*, 7, 992-1000.

McBeth, J., & Silman, A. J. (2001). The role of psychiatric disorders in fibromyalgia. [Review] [74 refs]. *Current Rheumatology Reports*, 3(2), 157-164.

Muller, W., Schneider, E. M., & Stratz, T. (2007). The classification of fibromyalgia syndrome. [Review] [34 refs]. *Rheumatology International*, 27(11), 1005-1010.

Neumann, L., & Buskila, D. (2003). Epidemiology of fibromyalgia. [Review] [70 refs]. *Current Pain & Headache Reports*, 7(5), 362-368.

Pae, C. U., Luyten, P., Marks, D. M., Han, C., Park, S. H., Patkar, A. A., et al. (2008). The relationship between fibromyalgia and major depressive disorder: a comprehensive review. [Review] [144 refs]. *Current Medical Research & Opinion*, 24(8), 2359-2371.

Rau, C. L., & Russell, I. J. (2000). Is fibromyalgia a distinct clinical syndrome?. [Review] [46 refs]. *Current Review of Pain*, 4(4), 287-294.

Russell, I. J., & Raphael, K. G. (2008). Fibromyalgia syndrome: presentation, diagnosis, differential diagnosis, and vulnerability. [Review] [47 refs]. *Cns Spectrums*, 13(3:Suppl 5), 6-11.

Sommer, C., Hauser, W., Gerhold, K., Joraschky, P., Petzke, F., Tolle, T., et al. (2008). [Etiology and pathophysiology of fibromyalgia syndrome and chronic widespread pain]. [232 refs] [German]. *Schmerz*, 22(3), 267-282.

Stisi, S., Cazzola, M., Buskila, D., Spath, M., Giamberardino, M. A., Sarzi-Puttini, P., et al. (2008). Etiopathogenetic mechanisms of fibromyalgia syndrome. *Reumatismo*, 60(Suppl 1), 25-35.

Thieme, K., Turk, D. C., & Flor, H. (2004). Comorbid depression and anxiety in fibromyalgia syndrome: relationship to somatic and psychosocial variables. *Psychosomatic Medicine*, 66(6), 837-844.

- Van, H. B., & Egle, U. T. (2004). Fibromyalgia: a stress disorder? Piecing the biopsychosocial puzzle together. [Review] [143 refs]. *Psychotherapy & Psychosomatics*, 73(5), 267-275.
- Van, H. B., & Luyten, P. (2006). Stress, depression and fibromyalgia. *Acta Neurol Belg*, 106, 149-156.
- Wolfe, F. (1994). The epidemiology of fibromyalgia. *J Musculoskeletal Pain*, 1(3/4), 137-148.
- Wolfe, F. (2003). Arrêtez d'utiliser l'American College of Rheumatology ... la clinique. *J Rheumatol*, 30, 1671-1672.
- Wolfe, F. (2009). Fibromyalgia Wars. *The Journal of Rheumatology*, 36(4), 3588-3592.
- Wolfe, F., Clauw, D. J., Fitzcharles, M. A., Goldenberg, D. L., Katz, R. S., Mease, P., et al. (2010). The American College of Rheumatology preliminary diagnostic criteria for fibromyalgia and measurement of symptom severity. *Arthritis care & research*, 62(5), 600-610.
- Wolfe, F., Ross, K., Anderson, J., Russell, I. J., & Hebert, L. (1995). The prevalence and characteristics of fibromyalgia in the general population. *Arthritis & Rheumatism*, 38(1), 19-28.
- Wolfe, F., Smythe, H. A., Yunus, M. B., Bennett, R. M., Bombardier, C., Goldenberg, D. L., et al. (1990). The American College of Rheumatology 1990 Criteria for the Classification of Fibromyalgia. Report of the Multicenter Criteria Committee. *Arthritis & Rheumatism*, 33(2), 160-172.
- Yunus, M. B., Celiker, R., & Aldag, J. C. (2004). Fibromyalgia in men: comparison of psychological features with women. *Journal of Rheumatology*, 31(12), 2464-2467.
- Zoppi, M., & Maresca, M. (2008). Symptoms accompanying fibromyalgia. *Reumatismo*, 60(3), 217-220.
- Zubieta, J. K., Heitzeg, M. M., Smith, Y. R., Bueller, J. A., Xu, K., Xu, Y., et al. (2003). COMT val158met genotype affects mu-opioid neurotransmitter responses to a pain stressor. *Science*, 299(5610), 1240-1243.
- Zurowski, M., & Shapiro, C. (2004). Stress, fibromyalgia, and sleep. *Journal of Psychosomatic Research*, 57(5), 415-416.

## **ANNEXE 2 : Fiches médecins**

### **Etude Burnout**

### **Fiche Médecin**

1. Nom, Prénom : .....
2. Adresse e-mail : .....
3. Code postal : .....
4. Vous êtes : un homme – une femme
5. Années d'expérience en médecine générale : .....
6. Nombre moyen de consultations par jour :
  - Entre 5 et 10 consultations par jour
  - Entre 11 et 15 consultations par jour
  - Entre 16 et 20 consultations par jour
  - Plus de 20 consultations par jour
7. Temps moyen pour une consultation : .....min
8. Pourcentage des consultations par rapport au nombre total de contacts patient : .....%

Merci pour votre participation!

## Onderzoek Burnout

### Fiche Arts

1. Naam, voornaam: .....
2. Email adres : .....
3. Postcode: .....
4. U bent: een man – een vrouw
5. Aantal jaar ervaring als huisarts: .....
6. Gemiddeld aantal raadplegingen per dag:
  - Tussen 5 en 10 raadplegingen per dag
  - Tussen 11 en 15 raadplegingen per dag
  - Tussen 16 en 20 raadplegingen per dag
  - Meer dan 20 raadplegingen per dag
7. Gemiddelde duur van een raadpleging: .....min
8. Percentage raadplegingen t.o.v. het aantal contacten patiënt: .....%

Dank voor uw medewerking!

## Etude Burnout

### Fiche Médecin du travail

1. Nom, Prénom : .....
2. Adresse e-mail : .....
3. Service : SIPP – SEPP \*  
Nom : .....
4. Vous êtes : un homme – une femme \*
5. Années d'expérience en médecine du travail : .....
6. Temps de travail : Temps plein – Temps partiel \*  
Si temps partiel, précisez : ..... /10<sup>ième</sup> temps
7. Nombre moyen de demi-journées de consultations par semaine : .....
8. Nombre moyen de « contacts – travailleurs » par semaine: .....
9. Nombre moyen de « contacts – travailleurs » par année de consultations : .....

Merci pour votre participation!

\* entourez la réponse

**Onderzoek Burnout**  
**Fiche - Arbeidsgeneesheer**

1. Naam, voornaam: .....
2. Email adres: .....
3. Dienst: intern – extern\*  
Naam : .....
4. U bent: een man – een vrouw\*
5. Aantal jaar ervaring als arbeidsgeneesheer: .....
6. Werktijd: Voltijds – Deeltijds\*  
Indien deeltijds, preciseer : ..... /10
7. Gemiddeld aantal halve dagen consultatie per week: .....
8. Gemiddeld aantal contacten met werknemers per week: .....
9. Gemiddeld aantal contacten met werknemers per consultatiejaar: .....

Dank voor uw medewerking!

\*Omcirkel het antwoord

### **ANNEXE 3 : Fiches mensuelles**

Nom médecin :

#### **Etude Burnout**

**Fiche mensuelle : du 19/04 au 14/05**

1. Nombre de contacts patient pendant le mois écoulé :
2. Nombre de jours de congés pendant le mois écoulé :

Merci de nous envoyer les fiches « patient » complétées pendant le mois écoulé à l'aide de l'enveloppe pré-timbrée.

Merci pour votre participation!

Naam arts :

#### **Onderzoek Burnout**

**Maandelijkse fiche : van 19/04 tot 14/05**

1. Aantal contacten patiënt tijdens de voorbije maand:
2. Aantal verlofdagen tijdens de voorbije maand:

Gelieve ons de deze maand ingevulde « patiënt » fiches op te sturen in de port betaald door de geadresseerde.

Dank voor uw medewerking!

Nom médecin du travail:

**Etude Burnout**

**Fiche mensuelle – Médecin du travail : du 19/04 au 14/05**

1. Nombre de demi-journées de consultations pendant le mois écoulé : .....
2. Nombre de « contacts - travailleurs » pendant le mois écoulé : .....

Merci de renvoyer à l'équipe de recherche ULg les fiches « travailleur » que vous avez complétées pendant le mois écoulé

- Soit à l'aide de l'enveloppe pré-timbrée ;
- Soit via la personne de contact désignée par votre SEPP (ou SIPP).

Merci pour votre participation!

Naam arbeidsgeneesheer:

**Onderzoek Burnout**

**Maandelijksse fiche : van 19/04 tot 14/05**

1. Aantal halve dagen consultatie tijdens de voorbije maand:
2. Aantal contacten met werknemers tijdens de voorbije maand:

Gelieve ons de deze maand ingevulde "patiënt" fiches te bezorgen,

- hetzij via de port betaald door de geadresseerde,
- hetzij via de contactpersoon aangeduid door uw dienst.

Dank voor uw medewerking!



## ANNEXE 4 : Fiche patient pour les médecins généralistes

Nom médecin :

Date :

### Mal-être lié au travail : du surmenage ... au burnout

Cette fiche vise à recenser non seulement **les cas de burnout ou syndrome d'épuisement professionnel** mais également les patients qui présentent, selon vous, un **mal-être au travail susceptible d'évoluer vers cet état**. Le burnout est défini comme un état d'esprit négatif persistant lié au travail, chez des individus "normaux", caractérisé par de l'épuisement, un sentiment d'inefficacité, une démotivation et des comportements dysfonctionnels au travail.

#### Motif principal de la consultation lié au travail (une ou plusieurs réponse(s))

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Mal dans sa peau | <input type="checkbox"/> Surcharge de travail |
| <input type="checkbox"/> Stress           | <input type="checkbox"/> Symptômes physiques  |
| <input type="checkbox"/> Asthénie         | <input type="checkbox"/> Dépression           |
| <input type="checkbox"/> Épuisement       | <input type="checkbox"/> Conflit au travail   |

#### Symptômes (une ou plusieurs réponse(s))

<i>Physiques</i>	<i>Cognitifs et affectifs</i>	<i>Comportementaux</i>
<input type="checkbox"/> Asthénie <input type="checkbox"/> Troubles du sommeil <input type="checkbox"/> ↓ énergie <input type="checkbox"/> Plaintes neurovégétatives/ fonctionnelles (par ex. palpitations, plaintes gastro-intestinales, épigastralgie, oppression thoracique, ...)	<input type="checkbox"/> ↓ sentiment de contrôle <input type="checkbox"/> ↓ sentiment de compétence <input type="checkbox"/> ↓ motivation <input type="checkbox"/> Frustration <input type="checkbox"/> Anxiété <input type="checkbox"/> Irritabilité <input type="checkbox"/> ↓ estime de soi <input type="checkbox"/> ↓ idéalisme <input type="checkbox"/> ↓ concentration <input type="checkbox"/> ↓ mémoire <input type="checkbox"/> Humeur depressive <input type="checkbox"/> Dualité : quitter le travail ou rester ?	<input type="checkbox"/> Changement d'attitude envers autrui (cynisme, indifférence, distanciation, détachement) <input type="checkbox"/> Tendance à s'isoler <input type="checkbox"/> ↓ performance <input type="checkbox"/> Absentéisme dans l'année écoulée <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Fréquent, de courte durée</li> <li><input type="checkbox"/> De longue durée (1 mois ou plus)</li> </ul> <input type="checkbox"/> Agressivité
Autre(s) symptôme(s): .....		

1. Le patient en est-il à sa première visite pour ces symptômes ou ce motif de consultation ?
  - Oui
  - Non
  
2. Depuis combien de temps ces symptômes se manifestent-ils chez le patient ?
  - Moins de 3 mois
  - Entre 3 mois et 6 mois
  - Entre 7 mois et 12 mois
  - Plus de 12 mois
  
3. Pour ces symptômes ou ce motif de consultation, le patient a déjà rencontré: (*plusieurs réponses possibles*)
  - Un autre professionnel de la santé (psychologue, psychiatre,...)
  - Un médecin du travail
  - Un médecin conseil

Nom médecin :

Date :

### Travail

---

1. Les plaintes sont-elles en lien avec le travail ?
  - Oui, lien évoqué spontanément par le patient (voir questions 2-3)
  - Oui, lien supposé par le médecin (voir questions 2-3)
  - Non, pas de lien direct
  - Autre : .....
  
2. Facteurs liés au travail abordés en consultation : (*une ou plusieurs réponse(s)*)
  - Charge de travail
  - Contacts avec le client/patient/...
  - Environnement physique (bruit,...)
  - Pression temporelle
  - Charge physique
  - Conciliation vie privée/professionnelle
  - Problème d'équipement/matériel
  - Changements organisationnels
  - Incertitude liée à l'emploi
  - Conflit au travail
  - Autre : .....
  
3. Ressources dont manque le travailleur au travail : (*une ou plusieurs réponse(s)*)
  - Soutien de la hiérarchie
  - Soutien des collègues
  - Retour sur le travail effectué (feedback)
  - Reconnaissance
  - Autonomie
  - Participation aux décisions
  - Possibilités d'épanouissement au travail
  - Sécurité liée à l'emploi
  - Variété dans les compétences, les tâches à effectuer
  - Définition des tâches
  - Formation continue
  - Autre : .....

### Caractéristiques socio-démographiques du patient

---

1. Genre
  - Homme
  - Femme
2. Âge  
..... ans
3. Situation familiale
  - En couple
  - Seul
4. Statut
  - Ouvrier
  - Employé
  - Cadre
  - Indépendant
  - Sans emploi
  - Autre : .....
5. Secteur d'activité professionnelle
  - Privé
  - Public
6. Profession : .....
7. Langue maternelle :
  - Français
  - Néerlandais
  - Allemand
  - Autre : .....
8. Antécédents médicaux
  - Non
  - Oui, somatiques
  - Oui, psychologiques
  - Oui, consommation accrue d'alcool ou de médicaments

**Selon vous, peut-on conclure à un syndrome d'épuisement professionnel ?** Oui – Non

---

**Autres commentaires**

---

Naam arts :

Datum :

### Ziek door het werk: van surmenage ... tot burnout

Deze fiche beoogt zowel **de gevallen van burnout of van het syndroom professionele uitputting** op te sporen, als de patiënten die zich volgens u **ziek voelen door het werk en naar een toestand van burnout zouden kunnen evolueren**. Burnout wordt gedefinieerd als een negatieve aanhoudende gemoedstoestand die verband houdt met het werk, die voorkomt bij "normale" individuen, en die gekarakteriseerd wordt door uitputting, een gevoel van onbekwaamheid, demotivatie en disfunctioneel gedrag op het werk.

**Belangrijkste reden in verband met het werk voor de consultatie (één of meerdere antwoorden aanvinken)**

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Zich slecht in zijn vel voelen | <input type="checkbox"/> Overbelasting        |
| <input type="checkbox"/> Stress                         | <input type="checkbox"/> Fysieke symptomen    |
| <input type="checkbox"/> Asthenie                       | <input type="checkbox"/> Depressie            |
| <input type="checkbox"/> Uitputting                     | <input type="checkbox"/> Conflict op het werk |

**Symptomen (één of meerdere antwoorden aanvinken)**

<i>Fysiek</i>	<i>Cognitief en affectief</i>	<i>Gedragsmatig</i>
<input type="checkbox"/> Asthenie <input type="checkbox"/> Slaapstoornissen <input type="checkbox"/> ↓ energie <input type="checkbox"/> Neurovegetatieve / functionele klachten (vb. hartkloppingen, gastro-intestinale klachten, maaglast, benauwdheid op de borst, ...)	<input type="checkbox"/> ↓ controlegevoel <input type="checkbox"/> ↓ competentiegevoel <input type="checkbox"/> ↓ motivatie <input type="checkbox"/> Frustratie <input type="checkbox"/> Angst <input type="checkbox"/> Prikkelbaarheid <input type="checkbox"/> ↓ zelfwaardering <input type="checkbox"/> ↓ idealisme <input type="checkbox"/> ↓ concentratie <input type="checkbox"/> ↓ geheugen <input type="checkbox"/> Depressieve stemming <input type="checkbox"/> Dualiteit: het werk verlaten of blijven?	<input type="checkbox"/> Attitudeverandering t.o.v. anderen (cynisme, onverschilligheid, distanciëring, afstandelijkheid) <input type="checkbox"/> Zich afzonderen <input type="checkbox"/> ↓ performantie <input type="checkbox"/> Absenteïsme in het afgelopen jaar: <input type="checkbox"/> Frequent, van korte duur <input type="checkbox"/> Van lange duur (een maand of meer) <input type="checkbox"/> Agressiviteit
Andere symptomen: .....		

1. Is dit voor deze werknemer de eerste consultatie voor deze symptomen of deze redenen?  
 Ja  
 Nee
2. Sinds wanneer manifesteren de symptomen zich bij de werknemer?  
 Minder dan 3 maanden  
 Tussen 3 en 6 maanden  
 Tussen 7 en 12 maanden  
 Meer dan 12 maanden
3. Consulteerde de werknemer voor deze symptomen ... ? : (meerdere antwoorden mogelijk)  
 Een andere gezondheidswerker (psycholoog, psychiater, ...)  
 Een arbeidsgeneesheer  
 Een adviserend geneesheer

Naam arts :

Datum :

**Werk**

---

1. Houden de klachten verband met het werk?

- Ja, dit wordt spontaan vermeld door de werknemer (zie vragen 2-3)
- Ja, dit wordt verondersteld door de arts (zie vragen 2-3)
- Nee, geen onmiddellijk verband
- Andere : .....

2. Arbeidsfactoren vermeld tijdens de consultatie: (*één of meerdere antwoorden aanvinken*)

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Werkdruk  | <input type="checkbox"/> Problemen met uitrusting/materiaal |
| <input type="checkbox"/> Contact met klanten/patiënten/ ...                | <input type="checkbox"/> Organisatiewijzigingen             |
| <input type="checkbox"/> Fysieke omgeving (lawaaï, ...)                    | <input type="checkbox"/> Werkonzekerheid                    |
| <input type="checkbox"/> Tijdsdruk   | <input type="checkbox"/> Conflict op het werk               |
| <input type="checkbox"/> Fysieke belasting                                 | <input type="checkbox"/> Andere : .....                     |
| <input type="checkbox"/> Overeenstemming<br>privéleven/professioneel leven |   |

3. Ontbreekt het de werknemer op het werk aan ... ? (*één of meerdere antwoorden aanvinken*)

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Steun van overste                     | <input type="checkbox"/> Werkzekerheid                                 |
| <input type="checkbox"/> Steun van collega's                   | <input type="checkbox"/> Variatie in competenties, uit te voeren taken |
| <input type="checkbox"/> Feedback op geleverd werk             | <input type="checkbox"/> Taakdefinitie                                 |
| <input type="checkbox"/> Erkenning                             | <input type="checkbox"/> Continue vorming                              |
| <input type="checkbox"/> Autonomie                             | <input type="checkbox"/> Andere : .....                                |
| <input type="checkbox"/> Deelname aan beslissingen             |  |
| <input type="checkbox"/> Ontplooiingsmogelijkheden op het werk |  |

**Socio-demografische kenmerken van de werknemer**

---

1. Geslacht

- Man
- Vrouw

5. Activiteitssector

- Privé
- Publiek

2. Leeftijd

.....jaar

6. Beroep : .....

3. Familiale situatie

- Samenwonend
- Alleenstaand

7. Moedertaal

- Frans
- Nederlands
- Duits
- Andere :

4. Statuut

- Arbeider
- Bediende
- Kader
- Zelfstandige
- Werkloos
- Andere : .....

8. Medische antecedenten

- Nee
- Ja, somatisch
- Ja, psychologisch
- Ja, verhoogde consumptie van alcohol of medicijnen

**Lijdt de werknemer, volgens u, aan het syndroom professionele uitputting?** Ja- Nee

---

**Bemerkingen**

---

## ANNEXE 5 : Fiche travailleur pour les médecins du travail

Nom médecin du travail :

Date :

### Mal-être lié au travail : du surmenage ... au burnout

Cette fiche vise à recenser non seulement **les cas de burnout ou syndrome d'épuisement professionnel** mais également les travailleurs qui présentent, selon vous, un **mal-être au travail susceptible d'évoluer vers cet état**. Le burnout est défini comme un état d'esprit négatif persistant lié au travail, chez des individus "normaux", caractérisé par de l'épuisement, un sentiment d'inefficacité, une démotivation et des comportements dysfonctionnels au travail.

#### Type d'examen médical : évaluation ou examen ....

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Préalable à l'embauche                             | <input type="checkbox"/> Consultation spontanée du travailleur                       |
| <input type="checkbox"/> Périodique   | <input type="checkbox"/> Préalable à une mutation                                    |
| <input type="checkbox"/> De pré-reprise du travail durant l'absence maladie | <input type="checkbox"/> D'un travailleur en ITT définitive en vue d'un reclassement |
| <input type="checkbox"/> De reprise du travail                              |  |

#### Thématique(s) liée(s) au travail abordée(s) spontanément lors de la consultation

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Mal dans sa peau | <input type="checkbox"/> Surcharge de travail |
| <input type="checkbox"/> Stress           | <input type="checkbox"/> Symptômes physiques  |
| <input type="checkbox"/> Asthénie         | <input type="checkbox"/> Dépression           |
| <input type="checkbox"/> Épuisement       | <input type="checkbox"/> Conflit au travail   |

#### Symptômes (une ou plusieurs réponse(s))

<i>Physiques</i>	<i>Cognitifs et affectifs</i>	<i>Comportementaux</i>
<input type="checkbox"/> Asthénie <input type="checkbox"/> Troubles du sommeil <input type="checkbox"/> ↓ énergie <input type="checkbox"/> Plaintes neurovégétatives/ fonctionnelles (par ex. palpitations, plaintes gastro-intestinales, épigastralgie, oppression thoracique, ...)	<input type="checkbox"/> ↓ sentiment de contrôle <input type="checkbox"/> ↓ sentiment de compétence <input type="checkbox"/> ↓ motivation <input type="checkbox"/> Frustration <input type="checkbox"/> Anxiété <input type="checkbox"/> Irritabilité <input type="checkbox"/> ↓ estime de soi <input type="checkbox"/> ↓ idéalisme <input type="checkbox"/> ↓ concentration <input type="checkbox"/> ↓ mémoire <input type="checkbox"/> Humeur dépressive <input type="checkbox"/> Dualité : quitter le travail ou rester ?	<input type="checkbox"/> Changement d'attitude envers autrui (cynisme, indifférence, distanciation, détachement) <input type="checkbox"/> Tendance à s'isoler <input type="checkbox"/> ↓ performance <input type="checkbox"/> Absentéisme dans l'année écoulée <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Fréquent, de courte durée</li> <li><input type="checkbox"/> De longue durée (1 mois ou plus)</li> </ul> <input type="checkbox"/> Agressivité

Autre(s) symptôme(s) : .....

- Le travailleur en est-il à sa première visite pour ces symptômes ou ce motif de consultation?
 

<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
------------------------------	------------------------------
- Depuis combien de temps ces symptômes se manifestent-ils chez le travailleur ?
 

<input type="checkbox"/> Moins de 3 mois	<input type="checkbox"/> Entre 7 mois et 12 mois
<input type="checkbox"/> Entre 3 mois et 6 mois	<input type="checkbox"/> Plus de 12 mois
- Pour ces symptômes ou ce motif de consultation, le travailleur a déjà rencontré: (*plusieurs réponses possibles*)
 

<input type="checkbox"/> Un médecin généraliste	<input type="checkbox"/> Un autre professionnel de la santé (psychologue, psychiatre,...)
<input type="checkbox"/> Un médecin conseil	

Nom médecin du travail :

Date :

**Travail**

1. Les plaintes sont-elles en lien avec le travail ?

- Oui, lien évoqué spontanément par le travailleur (voir questions 2-3)
- Oui, lien supposé par le médecin (voir questions 2-3)
- Non, pas de lien direct
- Autre : .....

2. Facteurs liés au travail abordés en consultation : (une ou plusieurs réponse(s))

- Charge de travail
- Contacts avec le client/patient/...
- Environnement physique (bruit,...)
- Pression temporelle
- Charge physique
- Conciliation vie privée/professionnelle
- Problème d'équipement/matériel
- Changements organisationnels
- Incertitude liée à l'emploi
- Conflit au travail
- Autre : .....

3. Ressources dont manque le travailleur au travail (une ou plusieurs réponse(s))

- Soutien de la hiérarchie
- Soutien des collègues
- Retour sur le travail effectué (feedback)
- Reconnaissance
- Autonomie
- Participation aux décisions
- Possibilités d'épanouissement au travail
- Sécurité liée à l'emploi
- Variété dans les compétences et les tâches à effectuer
- Définition des tâches
- Formation continue
- Autre : .....

**Caractéristiques socio-démographiques du travailleur**

Genre : <input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme  Age : ..... ans	Situation familiale: <input type="checkbox"/> Seul <input type="checkbox"/> En couple	Antécédents médicaux : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui, somatiques <input type="checkbox"/> Oui, psychologiques <input type="checkbox"/> Oui, consommation accrue d'alcool ou de médicaments
Langue maternelle : <input type="checkbox"/> Français <input type="checkbox"/> Néerlandais <input type="checkbox"/> Allemand <input type="checkbox"/> Autre : .....	Statut : <input type="checkbox"/> Ouvrier <input type="checkbox"/> Employé <input type="checkbox"/> Cadre <input type="checkbox"/> Autre : .....	Nature du contrat de travail : <input type="checkbox"/> Intérimaire <input type="checkbox"/> Contrat à durée déterminée <input type="checkbox"/> Contrat à durée indéterminée <input type="checkbox"/> Nommé(e)
Taille de l'entreprise (nombre de travailleurs) : <input type="checkbox"/> < 20 <input type="checkbox"/> 20 - 49 <input type="checkbox"/> 50 - 250 <input type="checkbox"/> > 250	Secteur d'activité professionnelle : <input type="checkbox"/> Privé (précisez : .....) <input type="checkbox"/> Public (précisez : .....)	
Profession : .....		

**Selon vous, peut-on conclure à un syndrome d'épuisement professionnel ?** Oui – Non

**Conclusion de l'évaluation de santé**

- Apte
- Inapte temporairement
- Inapte définitivement
- Mutation temporaire à un autre poste
- Mutation définitive à un autre poste
- Mise en congé maladie

**Autres commentaires**

Naam arbeidsgeneesheer :

Datum :

### Ziek door het werk: van surmenage ... tot burnout

Deze fiche beoogt zowel de gevallen van burnout of van het syndroom professionele uitputting op te sporen, als de patiënten die zich volgens u ziek voelen door het werk en naar een toestand van burnout zouden kunnen evolueren. Burnout wordt gedefinieerd als een negatieve aanhoudende gemoedstoestand die verband houdt met het werk, die voorkomt bij "normale" individuen, en die gekarakteriseerd wordt door uitputting, een gevoel van onbekwaamheid, demotivatie en disfunctioneel gedrag op het werk.

#### Type medisch onderzoek : gezondheidsbeoordeling of medisch onderzoek ...

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Bij aanwerving                                   | <input type="checkbox"/> Spontane consultatie door de werknemer                                |
| <input type="checkbox"/> Periodiek  | <input type="checkbox"/> Bij mutatie   |
| <input type="checkbox"/> Vóór de werkhervatting, tijdens het ziekteverlof | <input type="checkbox"/> Van de definitief werkonbekwame werknemer met het oog op reclassering |
| <input type="checkbox"/> Bij de werkhervatting na ziekte                  |  |

#### Thematiek in verband met het werk aangebracht door de werknemer tijdens de consultatie

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Zich slecht in zijn vel voelen | <input type="checkbox"/> Overbelasting        |
| <input type="checkbox"/> Stress                         | <input type="checkbox"/> Fysieke symptomen    |
| <input type="checkbox"/> Asthenie                       | <input type="checkbox"/> Depressie            |
| <input type="checkbox"/> Uitputting                     | <input type="checkbox"/> Conflict op het werk |

#### Symptomen ( één of meerdere antwoorden aanvinken)

Fysiek	Cognitief of affectief	Gedragsmatig
<input type="checkbox"/> Asthenie	<input type="checkbox"/> ↓ controlegevoel	<input type="checkbox"/> Attitudeverandering t.o.v. anderen ( cynisme, onverschilligheid, distantiëring, afstandelijkheid)
<input type="checkbox"/> Slaapstoornissen	<input type="checkbox"/> ↓ competentiegevoel	<input type="checkbox"/> Zich afzonderen
<input type="checkbox"/> ↓ energie	<input type="checkbox"/> ↓ motivatie	<input type="checkbox"/> ↓ performantie
<input type="checkbox"/> Neurovegetatieve / functionele klachten (vb. hartkloppingen, gastro-intestinale klachten, maaglast, benauwdheid op de borst, ...)	<input type="checkbox"/> Frustratie	<input type="checkbox"/> Absenteïsme in het afgelopen jaar: <input type="checkbox"/> Frequent, van korte duur <input type="checkbox"/> Van lange duur (een maand of meer)
	<input type="checkbox"/> Angst	<input type="checkbox"/> Agressiviteit
	<input type="checkbox"/> Prikkelbaarheid	
	<input type="checkbox"/> ↓ zelfwaardering	
	<input type="checkbox"/> ↓ idealisme	
	<input type="checkbox"/> ↓ concentratie	
	<input type="checkbox"/> ↓ geheugen	
	<input type="checkbox"/> Depressieve stemming	
	<input type="checkbox"/> Dualiteit: het werk verlaten of blijven?	

Andere symptomen : .....

- Is dit voor deze werknemer de eerste consultatie voor deze symptomen of deze reden?  
 Ja  Nee
- Sinds wanneer manifesteren de symptomen zich bij de werknemer?  
 Minder dan 3 maanden  Tussen 7 en 12 maanden  
 Tussen 3 en 6 maanden  Meer dan 12 maanden
- Consulteerde de werknemer voor deze symptomen of dit motief ... : (meerdere antwoorden mogelijk)  
 Een andere gezondheidswerker (psycholoog, psychiater, ...)  Een huisarts  
 Een adviserend geneesheer

Naam arbeidsgeneesheer :

Datum :

**Werk**

1. Houden de klachten verband met het werk ?

- Ja, dit wordt spontaan vermeld door de werknemer (zie vragen 2-3)
- Ja, dit wordt verondersteld door de arts (zie vragen 2-3)
- Nee, geen onmiddellijk verband
- Andere : .....

2. Arbeidsfactoren vermeld tijdens de consultatie: (één of meerdere antwoorden aanvinken)

- Werkdruk
- Contact met klanten/patiënten/ ...
- Fysieke omgeving (lawaaï, ...)
- Tijdsdruk
- Fysieke belasting
- Overeenstemming privéleven/professioneel leven
- Problemen met uitrusting/materiaal
- Organisatiewijzigingen
- Werkonzekerheid
- Conflict op het werk
- Andere : .....

3. Ontbreekt het de werknemer op het werk aan ... (één of meerdere antwoorden aanvinken):

- Steun van overste
- Steun van collega's
- Feedback op geleverd werk
- Erkenning
- Autonomie
- Deelname aan beslissingen
- Ontplooiingsmogelijkheden op het werk
- Werkzekerheid
- Variatie in competenties, uit te voeren taken
- Taakdefinitie
- Continue vorming
- Andere : .....

**Socio-demografische kenmerken van de werknemer**

Geslacht : <input type="checkbox"/> Man <input type="checkbox"/> Vrouw  Leeftijd : .....jaar	Familiale situatie : <input type="checkbox"/> Alleenstaand <input type="checkbox"/> Samenwonend	Medische antecedenten : <input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja, somatisch <input type="checkbox"/> Ja, psychologisch <input type="checkbox"/> Ja, verhoogde consumptie van alcohol of medicijnen
Moedertaal : <input type="checkbox"/> Frans <input type="checkbox"/> Nederlands <input type="checkbox"/> Duits <input type="checkbox"/> Andere : .....	Statuut : <input type="checkbox"/> Arbeider <input type="checkbox"/> Bediende <input type="checkbox"/> Kader <input type="checkbox"/> Andere : .....	Aard van het arbeidscontract : <input type="checkbox"/> Interimwerker <input type="checkbox"/> contract van bepaalde duur <input type="checkbox"/> contract van onbepaalde duur <input type="checkbox"/> Benoemd
Grootte van het bedrijf (aantal werknemers): <input type="checkbox"/> < 20 <input type="checkbox"/> 20 - 49 <input type="checkbox"/> 50 - 250 <input type="checkbox"/> > 250	Activiteitssector : <input type="checkbox"/> Privé (preciseer : .....) <input type="checkbox"/> Publiek (preciseer : .....)	Beroep : .....

**Lijdt de werknemer, volgens u, aan het syndroom professionele uitputting ? Ja – Nee**

**Conclusie van de consultatie (één antwoord aanvinken)**

- Geschikt
- Tijdelijk ongeschikt
- Definitief ongeschikt
- Tijdelijke mutatie naar een andere post
- Definitieve mutatie naar een andere post
- Ziekteverlof

**Andere commentaar**



## **ANNEXE 6 : Documents explicatifs du déroulement de l'enquête (médecins généralistes)**

### **Étude de prévalence de l'épuisement professionnel en Belgique**

#### Objectif de l'étude

---

L'objectif de cette étude est de recenser non seulement **les cas de burnout** ou syndrome d'épuisement professionnel, mais également les cas de patients qui présentent, selon le médecin, **un mal-être au travail susceptible d'évoluer vers cet état**.

Le **burnout** est défini comme un état d'esprit négatif persistant lié au travail, chez des individus "normaux", qui se caractérise par de l'épuisement, un sentiment d'inefficacité, une démotivation et des comportements dysfonctionnels au travail.

#### Que devez-vous faire concrètement ?

---

1) Chaque médecin participant reçoit par courrier électronique :

- **Une fiche médecin** (1/2 page):

Cette fiche compile des informations sur vous en tant que médecin (genre, années d'expérience en médecine générale,...). Ces informations permettront d'identifier les éventuels biais de l'échantillon par rapport à la population globale des médecins généralistes.

Vous ne recevez cette fiche qu'une seule fois.

Dès que vous avez complété cette fiche, vous pouvez la renvoyer soit par mail : [julie.decia@ulg.ac.be](mailto:julie.decia@ulg.ac.be), soit par courrier : Julie De Cia, ValoRH, Boulevard du Rectorat 5 (B32), 4000 Liège.

2) Chaque médecin reçoit par la poste:

- **45 fiches « patient »** (1 page recto-verso)

Cette fiche doit être remplie à chaque fois que vous rencontrez un cas de burnout ou de mal-être au travail susceptible d'évoluer vers cet état. Elle comprend plusieurs volets :

➤ Nom médecin

Nous vous demandons de noter votre nom sur chaque fiche que vous remplirez. Avec les fiches mensuelles (voir plus bas) ceci nous permettra d'évaluer la proportion de cas de burnout par rapport au nombre total de consultations. Nous vous demandons

donc votre nom pour l'analyse des données statistiques mais nous nous engageons à garder strictement confidentielles les données vous concernant.

➤ Définition des cas que nous voulons recenser ainsi qu'une définition théorique du burnout

➤ Motif principal de la consultation lié au travail

Vous pouvez bien sûr exercer votre jugement médical pour effectuer la sélection des patients pour lesquels vous pensez qu'il est justifié de remplir une fiche. Néanmoins il nous semble utile de commenter les motifs listés dans cette partie de la fiche.

- Le fait que le patient évoque des symptômes ou plaintes physiques n'est pas suffisant en soi ; ces plaintes physiques doivent rentrer dans un cadre psychosomatique et donc être associées par exemple à des plaintes de stress, à une sensation de mal-être ou à des signes de dépression.
- De même, l'existence d'un conflit au travail ne justifiera qu'une fiche soit complétée que si ce conflit semble entraîner chez le patient une série de symptômes de mal-être, de l'asthénie, une sensation d'épuisement etc.
- Par analogie, la surcharge de travail ne sera un motif de sélection du cas que si elle est, aux yeux du patient, la cause de certains des autres symptômes listés.

➤ Symptômes

Il s'agit de cocher les différents symptômes que présente le patient dans le tableau. Vous avez la possibilité d'ajouter d'autres symptômes dans l'encadré à cet effet.

Nous vous demandons ensuite, s'il s'agit de la première visite du patient pour ce type de symptômes, depuis combien de temps ils se manifestent et si le patient a déjà rencontré un médecin du travail, un médecin conseil ou un autre professionnel de la santé à ce sujet tel que le (la) psychologue conseiller en prévention psychosocial.

➤ Travail

Ce volet permet d'explorer le lien entre le burnout, les plaintes du patient (atteint de burnout ou de mal-être lié au travail selon les cas) et certains éléments de la situation de travail. Nous vous demandons d'abord d'évaluer dans quelle mesure les plaintes sont en lien avec le travail.

S'il apparaît que les plaintes n'ont pas de lien avec le travail, vous pouvez vous contenter alors de compléter les caractéristiques socio-démographiques du patient.

Si, par contre, un lien paraît probable ou certain, il vous est demandé de préciser les facteurs professionnels (et ressources) abordés durant l'entretien avec le patient.

➤ Caractéristiques socio-démographiques

Il s'agit d'indiquer les caractéristiques socio-démographiques du patient (genre, âge, situation familiale, le statut,...). Ces informations nous permettront de décrire la population touchée par le burnout et par le mal-être au travail.

➤ Burnout ou non ?

Cette question nous permet de distinguer les personnes en burnout avéré des personnes qui montrent un mal-être lié au travail.

➤ Autres commentaires

Cette partie vous donne la possibilité d'ajouter des commentaires sur le patient, ou de mettre en évidence une circonstance exceptionnelle liée à l'entreprise ou au travailleur, ou enfin d'ajouter des informations qui ne se trouveraient pas dans la fiche.

Ces fiches doivent être renvoyées tous les mois à l'aide d'enveloppes pré-timbrées adressées à l'Université de Liège. Chaque mois, vous recevrez un mail vous rappelant de renvoyer les fiches avec en pièce jointe un exemplaire des différentes fiches. Si vous avez besoin de fiches supplémentaires, vous pourrez nous contacter à l'adresse suivante : [julie.decia@ulg.ac.be](mailto:julie.decia@ulg.ac.be)

- **Trois fiches mensuelles (1/2 page):**

Cette fiche vous permet de préciser le nombre de consultations effectuées sur le mois écoulé, ainsi que le nombre de jours de congé. Elle nous permettra d'évaluer la proportion de cas de burnout ou mal-être au travail par rapport au nombre total de consultations.

Cette fiche doit être complétée une fois par mois et renvoyée avec les fiches « patient » via les enveloppes pré-timbrées adressées à l'Université de Liège qui vous sont fournies avec les fiches.



**Si vous avez des questions, n'hésitez pas à nous contacter à l'adresse suivante : [julie.decia@ulg.ac.be](mailto:julie.decia@ulg.ac.be) ou au numéro de téléphone 04 366 29 49.**

## Prevalentie-studie professionele uitputting in België

### Doelstelling van de studie

---

De doelstelling van deze studie is het opsporen van **gevallen van burn-out of van het syndroom professionele uitputting**, en van gevallen waarin werknemers zich, volgens de arts, **ziek voelen door het werk en naar een toestand van burn-out zouden kunnen evolueren**.

Burn-out wordt gedefinieerd als een negatieve aanhoudende gemoedstoestand die verband houdt met het werk, die voorkomt bij “normale” individuen, en die gekarakteriseerd wordt door uitputting, een gevoel van onbekwaamheid, demotivatie en disfunctioneel gedrag op het werk.

### Wat wordt concreet van u gevraagd?

---

#### Elke arts ontvangt:

- **Een fiche « geneesheer »** (1 pagina):

Deze fiche verzamelt gegevens over u als arts (dienst, geslacht, aantal jaren ervaring als huisarts, ...). Deze informatie zal ons toelaten om een eventuele bias in de steekproef ten opzichte van de gehele populatie huisartsen te identificeren.

U hoeft deze fiche slechts één keer in te vullen.

U kan de ingevulde fiche per post opsturen naar:

Rita Vandewege

Secretariaat prof. dr. L. Braeckman

Vakgroep Maatschappelijke Gezondheidskunde

Afd. Arbeidsgezondheidskunde

Blok A - 2de verd. - UZ Gent

De Pintelaan 185 - 9000 Gent

- **45 fiches « patiënt »** (1 pagina recto-verso)

Deze fiche moet ingevuld worden telkens u een geval tegenkomt van burn-out of van een toestand die naar burn-out zou kunnen evolueren. De fiche bestaat uit verschillende onderdelen:

#### ➤ Naam van de arts

U wordt gevraagd uw naam te noteren op elke fiche die u invult. Samen met de informatie die voorkomt op de maandelijkse fiches (zie verder) zal dit ons toelaten een inschatting te maken van de verhouding van de gevallen van burn-out ten opzichte van het totaal aantal consultaties. Uw naam wordt dus gevraagd in het kader van de statische analyses, maar deze gegevens blijven uiteraard strikt vertrouwelijk.

➤ Bepaling van de gevallen die we willen opsporen en een theoretische definitie van burn-out

➤ Belangrijkste motief voor de selectie tijdens de consultatie

We laten het aan uw medisch oordeel over om de patiënten te selecteren voor wie u de fiche wenst in te vullen. Niettemin lijkt het ons nuttig een woordje uitleg te geven bij de thematieken die aangebracht worden in dit deel van de fiche.

- Het feit dat de patiënt symptomen of fysieke klachten vermeldt, is op zich niet voldoende als reden om de fiche in te vullen; de fysieke klachten moeten passen in een psychosomatisch kader en dus in verband staan met bijvoorbeeld klachten over stress, een gevoel van onwelbevinden, of tekenen van een depressie.
- Het voorkomen van een conflict op het werk verrechtvaardigt het invullen van een fiche enkel als dit conflict een aantal symptomen teweeg lijkt te brengen bij de patiënt, zoals bijvoorbeeld asthenie, een gevoel van uitputting, etc.
- Naar analogie hiermee vormt het vermelden van overbelasting op het werk slechts een reden voor selectie, als die overbelasting volgens de werknemer de oorzaak is van bepaalde andere symptomen.

➤ Symptomen

Hier wordt u gevraagd de verschillende symptomen waarmee de werknemer zich presenteert aan te kruisen in het kader. U hebt de mogelijkheid om nog andere symptomen toe te voegen in het daartoe voorziene kader. Daarnaast vragen we u of het gaat om de eerste consultatie voor dergelijke symptomen, sinds wanneer de symptomen zich manifesteren en of de werknemer al een arbeidsgeneesheer, een adviserend geneesheer of een andere gezondheidswerker zoals bijvoorbeeld een psycholoog of psychiater, heeft geraadpleegd.

➤ Werk

Dit luik laat ons toe het verband tussen de klachten van de patiënt en bepaalde elementen van de arbeidssituatie te onderzoeken. We vragen u in de eerste plaats of de klachten verband houden met het werk.

Als de klachten geen verband lijken te houden met het werk, dan hoeft u enkel de socio-demografische kenmerken van de patiënt aan te duiden en de conclusie van de consultatie te vermelden.

Als echter, het verband tussen de klachten en het werk waarschijnlijk of zeker is, dan vragen we u de arbeidsfactoren te preciseren die tijdens het gesprek met de patiënt ter sprake werden gebracht.

➤ Socio-demografische kenmerken

Hier wordt u gevraagd de socio-demografische kenmerken van de patiënt (geslacht, leeftijd, familiale situatie, statuut, ...) aan te duiden. Deze informatie zal ons toelaten de populatie te beschrijven die het slachtoffer is van burn-out of onwelzijn op het werk.

➤ Burn-out of niet ?

Deze vraag laat ons toe een onderscheid te maken tussen personen met een burn-out en personen die zich ziek voelen door het werk.

➤ Andere commentaar

Hier hebt u de mogelijkheid om andere opmerkingen over de patiënt toe te voegen, of om speciale omstandigheden i.v.m. het bedrijf of de werknemer te beschrijven, of nog om informatie te geven die nog niet op de fiche voorkomt.

Elke maand zal u een mail ontvangen met de vraag de fiches terug te sturen, met als bijlage een exemplaar van de verschillende fiches. U kan ons de fiches terug bezorgen met de bijgevoegde gefrankeerde enveloppe (port betaald door de geadresseerde). Als u meer fiches nodig zou hebben, dan kan u ons contacteren op het volgende adres: [rita.vandewege@ugent.be](mailto:rita.vandewege@ugent.be).

- **Drie maandelijks fiches (1 pagina):**

Op deze fiche kan u het aantal raadplegingen van de afgelopen maand en het aantal contacten met patiënten aangeven. Deze gegevens zullen ons toelaten een inschatting te maken van de verhouding van de gevallen van burn-out ten opzichte van het totaal aantal consultaties.

Deze fiche moet één keer per maand worden ingevuld en teruggestuurd samen met de fiches « patiënt », in dezelfde gefrankeerde enveloppe.



**Als u nog vragen mocht hebben, aarzel dan niet om ons te contacteren:**

Rita Vandewege ([rita.vandewege@ugent.be](mailto:rita.vandewege@ugent.be) ; tel: 09/332 36 17 - fax: 09/332 51 07)

Luc Cobbaut ([Luc.Cobbaut@UGent.be](mailto:Luc.Cobbaut@UGent.be) ; tel: 09/332.2932 of 09/332.4589)

## **ANNEXE 7: Documents explicatifs du déroulement de l'enquête (SIPPT)**

### **Étude de prévalence de l'épuisement professionnel en Belgique**

#### Objectif de l'étude

---

L'objectif de cette étude est de recenser non seulement **les cas de burnout** ou syndrome d'épuisement professionnel, mais également les cas de travailleurs qui présentent, selon le médecin, **un mal-être au travail susceptible d'évoluer vers cet état**.

Le **burnout** est défini comme un état d'esprit négatif persistant lié au travail, chez des individus "normaux", qui se caractérise par de l'épuisement, un sentiment d'inefficacité, une démotivation et des comportements dysfonctionnels au travail.

#### Que devez-vous faire concrètement ?

---

1) Chaque médecin participant reçoit par courrier électronique :

- **Une fiche « médecin »** (1 page recto):

Cette fiche compile des informations vous concernant (service, genre, années d'expérience en médecine du travail,...). Ces informations permettront d'identifier les éventuels biais de l'échantillon par rapport à la population globale des médecins du travail.

Vous ne recevez cette fiche qu'une seule fois.

Dès que vous avez complété cette fiche, vous pouvez la renvoyer soit par mail : [Luc.Cobbaut@UGent](mailto:Luc.Cobbaut@UGent) , soit par courrier : Luc Cobbaut UZ Gent 2K3 De Pintelaan 185 9000 Gent.

2) Chaque médecin reçoit soit directement (par e-mail), soit par courrier:

- **45 fiches « travailleur »** (1 page recto-verso)

Cette fiche doit être remplie à chaque fois que vous rencontrez un cas de burnout ou de mal-être au travail susceptible d'évoluer vers cet état. Elle comprend plusieurs volets :

➤ Nom du médecin du travail

Nous vous demandons de noter votre nom sur chaque fiche que vous remplirez. Avec les informations reprises sur les fiches mensuelles (voir plus bas), ceci nous permettra d'évaluer la proportion de cas de burnout par rapport au nombre total de consultations. Nous vous demandons donc votre nom pour l'analyse des données statistiques mais nous nous engageons à garder strictement confidentielles les données vous concernant.

- Définition des cas que nous voulons recenser ainsi qu'une définition théorique du burnout
- Type d'évaluation de santé
- Thématique(s) abordée(s) spontanément lors de la consultation  
 Vous pouvez bien sûr exercer votre jugement médical pour effectuer la sélection des travailleurs pour lesquels vous pensez qu'il est justifié de remplir une fiche. Néanmoins, il nous semble utile de commenter les thématiques listées dans cette partie de la fiche.
  - Le fait que le patient évoque des symptômes ou plaintes physiques n'est pas suffisant en soi ; ces plaintes physiques doivent rentrer dans un cadre psychosomatique et donc être associées, par exemple, à des plaintes de stress, à une sensation de mal-être ou à des signes de dépression.
  - De même, l'existence d'un conflit au travail ne justifiera qu'une fiche soit complétée que si ce conflit semble entraîner chez le travailleur une série de symptômes : mal-être, asthénie, une sensation d'épuisement etc.
  - Par analogie, la surcharge de travail ne sera un motif de sélection du cas que si celle-ci est, aux yeux du travailleur, la cause de certains des autres symptômes listés.
- Symptômes  
 Il s'agit de cocher dans le tableau les différents symptômes que présente le travailleur. Vous avez la possibilité d'ajouter d'autres symptômes dans l'encadré réservé à cet effet.  
 Nous vous demandons ensuite, s'il s'agit de la première visite du travailleur pour ce type de symptômes, depuis combien de temps ceux-ci se manifestent et si la personne a déjà rencontré un médecin généraliste, un médecin conseil ou un autre professionnel de la santé à ce sujet tel qu'un psychologue, un psychiatre ou un conseiller en prévention psychosocial.
- Travail  
 Ce volet permet d'explorer le lien entre les plaintes du travailleur (atteint de burnout ou de mal-être lié au travail selon les cas) et certains éléments de la situation de travail. Nous vous demandons d'abord d'évaluer dans quelle mesure les plaintes sont en lien avec le travail.  
 S'il apparaît que les plaintes n'ont pas de lien avec le travail, vous pouvez vous contenter alors de compléter les caractéristiques socio-démographiques du travailleur et la conclusion de l'évaluation de santé.  
 Si, par contre, un lien paraît probable ou certain, il vous est demandé de préciser les facteurs professionnels (et ressources) abordés durant l'entretien avec le travailleur.
- Caractéristiques socio-démographiques  
 Il s'agit d'indiquer les caractéristiques socio-démographiques du travailleur (genre, âge, situation familiale, le statut,...). Ces informations nous permettront de décrire la population touchée par le burnout et par le mal-être au travail.



➤ Burnout ou non ?

Cette question nous permettra de distinguer les personnes en burnout avéré des personnes qui montrent un mal-être lié au travail.

➤ Conclusion de l'évaluation de santé

Ce volet nous permettra d'étudier les relations entre les facteurs abordés durant la consultation et la décision prise par le médecin du travail.

➤ Autres commentaires

Cette partie vous donne la possibilité d'ajouter des commentaires sur le travailleur, ou de mettre en évidence une circonstance exceptionnelle liée à l'entreprise ou au travailleur, ou enfin d'ajouter des informations qui ne se trouveraient pas dans la fiche.

Les fiches « travailleur » électroniques peuvent être renvoyer immédiatement vers [Luc.Cobbaut@UGent](mailto:Luc.Cobbaut@UGent).

Pour les fiches en papier, chaque mois, vous recevrez un mail vous rappelant de renvoyer à moi les fiches complétées, avec en pièce jointe un exemplaire des différentes fiches. Vous pourrez les renvoyer par courrier postal (port payé par le destinataire). Si vous avez besoin de fiches supplémentaires, vous pourrez nous contacter à l'adresse suivante : [Luc.Cobbaut@UGent](mailto:Luc.Cobbaut@UGent).

- **Trois fiches mensuelles** (1 page recto):

Cette fiche vous permet de préciser le nombre de consultations effectuées ainsi que le nombre de «contacts-travailleurs» durant le mois écoulé. Elle nous permettra d'évaluer la proportion de cas de burnout ou mal-être au travail par rapport au nombre total de consultations.

Cette fiche doit être complétée une fois par mois et renvoyée avec les fiches « travailleur », soit par courrier postal (port payé par le destinataire), soit par mail.



**Si vous avez des questions complémentaires, n'hésitez pas à me contacter :**

[Luc.Cobbaut@UGent](mailto:Luc.Cobbaut@UGent) ; 09/332.2932

## Prevalentie-studie professionele uitputting in België

### Doelstelling van de studie

---

De doelstelling van deze studie is het opsporen van **gevallen van burnout of van het syndroom professionele uitputting**, en van gevallen waarin werknemers zich, volgens de arts, **ziek voelen door het werk en naar een toestand van burnout zouden kunnen evolueren**.

Burnout wordt gedefinieerd als een negatieve aanhoudende gemoedstoestand die verband houdt met het werk, die voorkomt bij “normale” individuen, en die gekarakteriseerd wordt door uitputting, een gevoel van onbekwaamheid, demotivatie en disfunctioneel gedrag op het werk.

### Wat wordt concreet van u gevraagd?

---

1) Elke arts ontvangt via mail :

- **Een fiche « arbeidsgeneesheer »** (1 pagina):

Deze fiche verzamelt gegevens over u als arts (dienst, geslacht, aantal jaren ervaring als arbeidsgeneesheer,...). Deze informatie zal ons toelaten om een eventuele bias in de steekproef ten opzichte van de gehele populatie arbeidsgeneesheren te identificeren.

U hoeft deze fiche slechts één keer in te vullen.

U kan de ingevulde fiche opsturen, via email naar [Luc.Cobbaut@UGent](mailto:Luc.Cobbaut@UGent) , of per post naar Luc Cobbaut UZ Gent 2K3 De Pintelaan 185 9000 Gent.

2) Elke arts ontvangt ofwel via mail ofwel via de post:

- **45 fiches « werknemer »** (1 pagina recto-verso)

Deze fiche moet ingevuld worden telkens u een geval tegenkomt van burn-out of van een toestand die naar burn-out zou kunnen evolueren. De fiche bestaat uit verschillende onderdelen :

➤ Naam van de arbeidsgeneesheer

U wordt gevraagd uw naam te noteren op elke papieren fiche die u invult. In de elektronische versie is uw naam reeds vermeld. Samen met de informatie die voorkomt op de maandelijkse fiches (zie verder) zal dit ons toelaten een inschatting te maken van de verhouding van de gevallen van burnout ten opzichte van het totaal aantal consultaties. Uw naam wordt dus gevraagd in het kader van de statische analyses, maar deze gegevens blijven uiteraard strikt vertrouwelijk.

➤ Bepaling van de gevallen die we willen opsporen en een theoretische definitie van burnout

➤ Type medisch onderzoek

➤ Thematiek in verband met het werk aangebracht door de werknemer tijdens de consultatie

We laten het aan uw medisch oordeel over om de werknemers te selecteren voor wie u de fiche wenst in te vullen. Niettemin lijkt het ons nuttig een woordje uitleg te geven bij de thematieken die aangebracht worden in dit deel van de fiche.

- Het feit dat de werknemer symptomen of fysieke klachten vermeldt, is op zich niet voldoende als reden om de fiche in te vullen; de fysieke klachten moeten passen in een psychosomatisch kader en dus in verband staan met bij voorbeeld klachten over stress, een gevoel van onwelbevinden, of tekenen van een depressie.
- Het voorkomen van een conflict op het werk verrechtvaardigt het invullen van een fiche enkel als dit conflict een aantal symptomen teweeg lijkt te brengen bij de werknemer, zoals bij voorbeeld asthenie, een gevoel van uitputting, etc.
- Naar analogie hiermee vormt het vermelden van overbelasting op het werk slechts een reden voor selectie, als die overbelasting volgens de werknemer de oorzaak is van bepaalde andere symptomen.

➤ Symptomen

Hier wordt u gevraagd de verschillende symptomen waarmee de werknemer zich presenteert aan te kruisen in het kader. U hebt de mogelijkheid om nog andere symptomen toe te voegen in het daartoe voorziene kader. Daarnaast vragen we u of het gaat om de eerste consultatie voor dergelijke symptomen, sinds wanneer de symptomen zich manifesteren en of de werknemer al een huisarts, een adviserend geneesheer of een andere gezondheidswerker zoals bij voorbeeld een psycholoog, psychiater of preventieadviseur psychosociale aspecten, heeft geraadpleegd.

➤ Werk

Dit luik laat ons toe het verband tussen de klachten van de werknemer en bepaalde elementen van de arbeidssituatie te onderzoeken. We vragen u in de eerste plaats of de klachten verband houden met het werk.

Als de klachten geen verband lijken te houden met het werk, dan hoeft u enkel de socio-demografische kenmerken van de werknemer aan te duiden en de conclusie van de consultatie te vermelden.

Als daarentegen, het verband tussen de klachten en het werk waarschijnlijk of zeker is, dan vragen we u de arbeidsfactoren te preciseren die tijdens het gesprek met de werknemer ter sprake werden gebracht.

➤ Socio-demografische kenmerken

Hier wordt u gevraagd de socio-demografische kenmerken van de werknemer (geslacht, leeftijd, familiale situatie, statuut, ...) aan te duiden. Deze informatie zal ons toelaten de populatie te beschrijven die het slachtoffer is van burnout of onwelzijn op het werk.

➤ Burnout of niet ?

Deze vraag laat ons toe een onderscheid te maken tussen personen met een burn-out en personen die zich ziek voelen door het werk.

➤ Conclusie van de consultatie

Dit luik zal ons toelaten de relaties te bestuderen tussen de factoren die tijdens de consultatie aangebracht worden en de beslissing genomen door de arbeidsgeneesheer.

➤ Andere commentaar

Hier hebt u de mogelijkheid om andere opmerkingen over de werknemer toe te voegen, of om speciale omstandigheden i.v.m. het bedrijf of de werknemer te beschrijven, of nog om informatie te geven die nog niet op de fiche voorkomt.

Indien U koos voor de elektronische versie wordt gevraagd om telkens onmiddellijk een ingevuld formulier terug te sturen naar: [Luc.Cobbaut@UGent](mailto:Luc.Cobbaut@UGent) .

Indien U koos voor de papieren versie zal U elke maand een email ontvangen met de vraag de fiches terug te sturen. U kan ons de fiches bezorgen op volgend adres (port betaald door de geadresseerde):

Luc Cobbaut UZ Gent 2K3 De Pintelaan 185 9000 Gent.

Als u meer fiches nodig zou hebben, dan kan u ons contacteren op het volgende adres : [Luc.Cobbaut@UGent](mailto:Luc.Cobbaut@UGent) .

- **Drie maandelijksse fiches** (1 pagina):

Op deze fiche kan u het aantal raadplegingen van de afgelopen maand en het aantal contacten met werknemers aangeven. Deze gegevens zullen ons toelaten een inschatting te maken van de verhouding van de gevallen van burnout ten opzichte van het totaal aantal consultaties.

Deze fiche moet één keer per maand worden ingevuld en teruggestuurd, ofwel per post (port betaald door de geadresseerde), ofwel via email: [Luc.Cobbaut@UGent](mailto:Luc.Cobbaut@UGent).



**Als u nog vragen mocht hebben, aarzel dan niet om mij te contacteren:**

[Luc.Cobbaut@UGent](mailto:Luc.Cobbaut@UGent) ; 09/332.2932

## **ANNEXE 8 : Documents explicatifs du déroulement de l'enquête (SEPPT)**

### **Étude de prévalence de l'épuisement professionnel en Belgique**

#### Objectif de l'étude

---

L'objectif de cette étude est de recenser non seulement **les cas de burnout** ou syndrome d'épuisement professionnel, mais également les cas de travailleurs qui présentent, selon le médecin, **un mal-être au travail susceptible d'évoluer vers cet état**.

Le **burnout** est défini comme un état d'esprit négatif persistant lié au travail, chez des individus "normaux", qui se caractérise par de l'épuisement, un sentiment d'inefficacité, une démotivation et des comportements dysfonctionnels au travail.

#### Que devez-vous faire concrètement ?

---

1) Chaque médecin participant reçoit par courrier électronique :

- **Une fiche « médecin »** (1 page recto):

Cette fiche compile des informations vous concernant (service, genre, années d'expérience en médecine du travail,...). Ces informations permettront d'identifier les éventuels biais de l'échantillon par rapport à la population globale des médecins du travail.

Vous ne recevez cette fiche qu'une seule fois.

Dès que vous avez complété cette fiche, vous pouvez la renvoyer soit par mail ; [n.schippers@ulg.ac.be](mailto:n.schippers@ulg.ac.be) , soit par courrier ; Nathalie Schippers, STES, Sart Tilman B23, 4000 Liège.

2) Chaque médecin reçoit soit directement (par e-mail), soit via la personne-relais désignée dans le SEPPT:

- **45 fiches « travailleur »** (1 page recto-verso)

Cette fiche doit être remplie à chaque fois que vous rencontrez un cas de burnout ou de mal-être au travail susceptible d'évoluer vers cet état. Elle comprend plusieurs volets :

➤ Nom du médecin du travail

Nous vous demandons de noter votre nom sur chaque fiche que vous remplirez. Avec les informations reprises sur les fiches mensuelles (voir plus bas), ceci nous permettra d'évaluer la proportion de cas de burnout par rapport au nombre total de consultations. Nous vous demandons donc votre nom pour l'analyse des données

statistiques mais nous nous engageons à garder strictement confidentielles les données vous concernant.

➤ Définition des cas que nous voulons recenser ainsi qu'une définition théorique du burnout

➤ Type d'évaluation de santé

➤ Thématique(s) abordée(s) spontanément lors de la consultation

Vous pouvez bien sûr exercer votre jugement médical pour effectuer la sélection des travailleurs pour lesquels vous pensez qu'il est justifié de remplir une fiche. Néanmoins, il nous semble utile de commenter les thématiques listées dans cette partie de la fiche.

- Le fait que le patient évoque des symptômes ou plaintes physiques n'est pas suffisant en soi ; ces plaintes physiques doivent rentrer dans un cadre psychosomatique et donc être associées, par exemple, à des plaintes de stress, à une sensation de mal-être ou à des signes de dépression.
- De même, l'existence d'un conflit au travail ne justifiera qu'une fiche soit complétée que si ce conflit semble entraîner chez le travailleur une série de symptômes : mal-être, asthénie, une sensation d'épuisement etc.
- Par analogie, la surcharge de travail ne sera un motif de sélection du cas que si celle-ci est, aux yeux du travailleur, la cause de certains des autres symptômes listés.

➤ Symptômes

Il s'agit de cocher dans le tableau les différents symptômes que présente le travailleur. Vous avez la possibilité d'ajouter d'autres symptômes dans l'encadré réservé à cet effet.

Nous vous demandons ensuite, s'il s'agit de la première visite du travailleur pour ce type de symptômes, depuis combien de temps ceux-ci se manifestent et si la personne a déjà rencontré un médecin généraliste, un médecin conseil ou un autre professionnel de la santé à ce sujet tel qu'un psychologue, un psychiatre ou un conseiller en prévention psychosocial.

➤ Travail

Ce volet permet d'explorer le lien entre les plaintes du travailleur (atteint de burnout ou de mal-être lié au travail selon les cas) et certains éléments de la situation de travail. Nous vous demandons d'abord d'évaluer dans quelle mesure les plaintes sont en lien avec le travail.

S'il apparaît que les plaintes n'ont pas de lien avec le travail, vous pouvez vous contenter alors de compléter les caractéristiques socio-démographiques du travailleur et la conclusion de l'évaluation de santé.

Si, par contre, un lien paraît probable ou certain, il vous est demandé de préciser les facteurs professionnels (et ressources) abordés durant l'entretien avec le travailleur.

- Caractéristiques socio-démographiques  
Il s'agit d'indiquer les caractéristiques socio-démographiques du travailleur (genre, âge, situation familiale, le statut,...). Ces informations nous permettront de décrire la population touchée par le burnout et par le mal-être au travail.
- Burnout ou non ?  
Cette question nous permettra de distinguer les personnes en burnout avéré des personnes qui montrent un mal-être lié au travail.
- Conclusion de l'évaluation de santé  
Ce volet nous permettra d'étudier les relations entre les facteurs abordés durant la consultation et la décision prise par le médecin du travail.
- Autres commentaires  
Cette partie vous donne la possibilité d'ajouter des commentaires sur le travailleur, ou de mettre en évidence une circonstance exceptionnelle liée à l'entreprise ou au travailleur, ou enfin d'ajouter des informations qui ne se trouveraient pas dans la fiche.

Chaque mois, vous recevrez un mail vous rappelant de renvoyer à l'équipe de recherche les fiches complétées, avec en pièce jointe un exemplaire des différentes fiches. Vous pourrez les renvoyer soit par courrier postal (port payé par le destinataire), soit via la personne-relais. Si vous avez besoin de fiches supplémentaires, vous pourrez nous contacter à l'adresse suivante : [n.schippers@ulg.ac.be](mailto:n.schippers@ulg.ac.be) ou vous pourrez vous adresser à votre personne-relais.

- **Trois fiches mensuelles (1 page recto):**

Cette fiche vous permet de préciser le nombre de consultations effectuées ainsi que le nombre de «contacts-travailleurs» durant le mois écoulé. Elle nous permettra d'évaluer la proportion de cas de burnout ou mal-être au travail par rapport au nombre total de consultations.

Cette fiche doit être complétée une fois par mois et renvoyée avec les fiches « travailleur », soit par courrier postal (port payé par le destinataire), soit via la personne-relais au sein de votre SEPPT.



**Si vous avez des questions complémentaires, n'hésitez pas à solliciter la personne-relais de votre SEPPT ou à nous contacter :**

**Nathalie Schippers : (lun, mar, mer) ; [n.schippers@ulg.ac.be](mailto:n.schippers@ulg.ac.be) ; 04 366 24 94**

**Julie De Cia : [julie.decia@ulg.ac.be](mailto:julie.decia@ulg.ac.be) ; 04 366 29 49**

## Prevalentie-studie professionele uitputting in België

### Doelstelling van de studie

---

De doelstelling van deze studie is het opsporen van **gevallen van burnout of van het syndroom professionele uitputting**, en van gevallen waarin werknemers zich, volgens de arts, **ziek voelen door het werk en naar een toestand van burnout zouden kunnen evolueren**.

Burnout wordt gedefinieerd als een negatieve aanhoudende gemoedstoestand die verband houdt met het werk, die voorkomt bij “normale” individuen, en die gekarakteriseerd wordt door uitputting, een gevoel van onbekwaamheid, demotivatie en disfunctioneel gedrag op het werk.

### Wat wordt concreet van u gevraagd?

---

1) Elke arts ontvangt via mail :

- **Een fiche « geneesheer »** (1 pagina):

Deze fiche verzamelt gegevens over u als arts (dienst, geslacht, aantal jaren ervaring als arbeidsgeneesheer,...). Deze informatie zal ons toelaten om een eventuele bias in de steekproef ten opzichte van de gehele populatie arbeidsgeneesheren te identificeren.

U hoeft deze fiche slechts één keer in te vullen.

U kan de ingevulde fiche opsturen, via mail naar [n.schippers@ulg.ac.be](mailto:n.schippers@ulg.ac.be) , of per post naar Nathalie Schippers, STES, Sart Tilman B23, 4000 Liège.

2) Elke arts ontvangt ofwel via mail ofwel via de contactpersoon aangeduid binnen de EDPB:

- **45 fiches « werknemer »** (1 pagina recto-verso)

Deze fiche moet ingevuld worden telkens u een geval tegenkomt van burnout of van een toestand die naar burnout zou kunnen evolueren. De fiche bestaat uit verschillende onderdelen :

➤ Naam van de arbeidsgeneesheer

U wordt gevraagd uw naam te noteren op elke fiche die u invult. Samen met de informatie die voorkomt op de maandelijkse fiches (zie verder) zal dit ons toelaten een inschatting te maken van de verhouding van de gevallen van burnout ten opzichte van het totaal aantal consultaties. Uw naam wordt dus gevraagd in het



kader van de statische analyses, maar deze gegevens blijven uiteraard strikt vertrouwelijk.

➤ Bepaling van de gevallen die we willen opsporen en een theoretische definitie van burnout

➤ Type medisch onderzoek

➤ Thematiek in verband met het werk aangebracht door de werknemer tijdens de consultatie

We laten het aan uw medisch oordeel over om de werknemers te selecteren voor wie u de fiche wenst in te vullen. Niettemin lijkt het ons nuttig een woordje uitleg te geven bij de thematieken die aangebracht worden in dit deel van de fiche.

- Het feit dat de werknemer symptomen of fysieke klachten vermeldt, is op zich niet voldoende als reden om de fiche in te vullen; de fysieke klachten moeten passen in een psychosomatisch kader en dus in verband staan met bijvoorbeeld klachten over stress, een gevoel van onwelbevinden, of tekenen van een depressie.
- Het voorkomen van een conflict op het werk verrechtvaardigt het invullen van een fiche enkel als dit conflict een aantal symptomen teweeg lijkt te brengen bij de werknemer, zoals bij voorbeeld asthenie, een gevoel van uitputting, etc.
- Naar analogie hiermee vormt het vermelden van overbelasting op het werk slechts een reden voor selectie, als die overbelasting volgens de werknemer de oorzaak is van bepaalde andere symptomen.

➤ Symptomen

Hier wordt u gevraagd de verschillende symptomen waarmee de werknemer zich presenteert aan te kruisen in het kader. U hebt de mogelijkheid om nog andere symptomen toe te voegen in het daartoe voorziene kader. Daarnaast vragen we u of het gaat om de eerste consultatie voor dergelijke symptomen, sinds wanneer de symptomen zich manifesteren en of de werknemer al een huisarts, een adviserend geneesheer of een andere gezondheidswerker zoals bij voorbeeld een psycholoog, psychiater of preventieadviseur psychosociale aspecten, heeft geraadpleegd.

➤ Werk

Dit luik laat ons toe het verband tussen de klachten van de werknemer en bepaalde elementen van de arbeidssituatie te onderzoeken. We vragen u in de eerste plaats of de klachten verband houden met het werk.

Als de klachten geen verband lijken te houden met het werk, dan hoeft u enkel de socio-demografische kenmerken van de werknemer aan te duiden en de conclusie van de consultatie te vermelden.

Als daarentegen, het verband tussen de klachten en het werk waarschijnlijk of zeker is, dan vragen we u de arbeidsfactoren te preciseren die tijdens het gesprek met de werknemer ter sprake werden gebracht.

➤ Socio-demografische kenmerken

Hier wordt u gevraagd de socio-demografische kenmerken van de werknemer (geslacht, leeftijd, familiale situatie, statuut, ...) aan te duiden. Deze informatie zal ons toelaten de populatie te beschrijven die het slachtoffer is van burnout of onwelzijn op het werk.

➤ Burnout of niet ?

Deze vraag laat ons toe een onderscheid te maken tussen personen met een burnout en personen die zich ziek voelen door het werk.

➤ Conclusie van de consultatie

Dit luik zal ons toelaten de relaties te bestuderen tussen de factoren die tijdens de consultatie aangebracht worden en de beslissing genomen door de arbeidsgeneesheer.

➤ Andere commentaar

Hier hebt u de mogelijkheid om andere opmerkingen over de werknemer toe te voegen, of om speciale omstandigheden i.v.m. het bedrijf of de werknemer te beschrijven, of nog om informatie te geven die nog niet op de fiche voorkomt.

Elke maand zal u een mail ontvangen met de vraag de fiches terug te sturen, met als bijlage een exemplaar van de verschillende fiches. U kan ons de fiches bezorgen via de post (port betaald door de geadresseerde), of via de contactpersoon aangeduid door de EDPB. Als u meer fiches nodig zou hebben, dan kan u ons contacteren op het volgende adres : [n.schippers@ulg.ac.be](mailto:n.schippers@ulg.ac.be) , of u kan uw contactpersoon aanspreken.

- **Drie maandelijksse fiches** (1 pagina):

Op deze fiche kan u het aantal raadplegingen van de afgelopen maand en het aantal contacten met werknemers aangeven. Deze gegevens zullen ons toelaten een inschatting te maken van de verhouding van de gevallen van burnout ten opzichte van het totaal aantal consultaties.

Deze fiche moet één keer per maand worden ingevuld en teruggestuurd samen met de fiches « werknemer », ofwel per post (port betaald door de geadresseerde), ofwel via de contactpersoon aangeduid door de EDPB.



**Als u nog vragen mocht hebben, aarzel dan niet om de contactpersoon binnen de EDPB aan te spreken of om ons te contacteren:**

**Nathalie Schippers : (lun, mar, mer) ; [n.schippers@ulg.ac.be](mailto:n.schippers@ulg.ac.be) ; 04 366 24 94**

## ANNEXE 9 : Résultats pour les médecins généralistes et les médecins du travail

### 1) Analyses des cas rencontrés par les généralistes

#### a. Thématique(s) abordée(s) spontanément lors de la consultation

		Burnout		Mal - être		Total	Chi <sup>2</sup>	Test exact de Fisher p
		N	%	N	%			
Mal dans sa peau	Oui	255	51,62	24	24,49	279	24,155	,000
	Non	239	48,38	74	75,51	313		
	Total	494	100	98	100	592		
Stress	Oui	274	55,47	35	35,71	309	12,786	,000
	Non	220	44,53	63	64,29	283		
	Total	494	100	98	100	592		
Asthénie	Oui	212	42,91	22	22,45	234	14,330	,000
	Non	282	57,09	76	77,55	358		
	Total	494	100	98	100	592		
Épuisement	Oui	267	54,05	26	26,53	293	24,772	,000
	Non	227	45,95	72	73,47	299		
	Total	494	100	98	100	592		
Surcharge de travail	Oui	200	40,49	27	27,55	227	5,787	,017
	Non	294	59,51	71	72,45	365		
	Total	494	100	98	100	592		
Symptômes physiques	Oui	251	50,91	57	58,16	308	1,722	,223
	Non	242	49,09	41	41,84	283		
	Total	493	100	98	100	591		
Dépression	Oui	164	33,20	14	14,29	178	13,911	,000
	Non	330	66,80	84	85,71	414		
	Total	494	100	98	100	592		
Conflit au travail	Oui	164	33,20	28	28,57	192	,799	,410
	Non	330	66,80	70	71,43	400		
	Total	494	100	98	100	592		

#### b. Symptômes

	burnout	%	mal- être	%	total	%
Troubles du sommeil	328	66,4	44	44,9	372	62,8
↓ énergie	312	63,2	38	38,8	350	59,1
Plaintes neurovégétatives/ fonctionnelles	280	56,7	56	57,1	336	56,8
Asthénie	272	55,1	35	35,7	307	51,9
↓ motivation	267	54,0	29	29,6	296	50,0
Irritabilité	243	49,2	28	28,6	271	45,8
Dualité : quitter le travail ou rester ?	223	45,1	30	30,6	253	42,7
Frustration	219	44,3	33	33,7	252	42,6
Anxiété	215	43,5	25	25,5	240	40,5

Humeur depressive	215	43,5	23	23,5	238	40,2
Tendance à s'isoler	194	39,3	22	22,4	216	36,5
↓ estime de soi	188	38,1	18	18,4	206	34,8
↓ concentration	182	36,8	16	16,3	198	33,4
Changement d'attitude envers autrui	174	35,2	14	14,3	188	31,8
↓ performance	168	34,0	19	19,4	187	31,6
↓ sentiment de compétence	155	31,4	17	17,3	172	29,1
↓ sentiment de contrôle	149	30,2	17	17,3	166	28,0
Absentéisme dans l'année écoulée	144	29,1	19	19,4	163	27,5
↓ mémoire	131	26,5	15	15,3	146	24,7
Agressivité	118	23,9	12	12,2	130	22,0
↓ idéalisme	106	21,5	6	6,1	112	18,9
Fréquent, de courte durée	88	17,8	9	9,2	97	16,4
De longue durée (1 mois ou plus)	68	13,8	10	10,2	78	13,2
Nombre de fiches totales	494	100	98	100	592	100

c. Première visite du travailleur pour ce type de symptômes

	Burnout		Mal - être		Total	Chi <sup>2</sup>	Test exact de Fisher p
	N	%	N	%			
Première visite	214	43,4	47	48	261	0,687	,436
Visite de suivi	279	56,6	51	52	330		
Total	493	100	98	100	591		

d. Durée de manifestation des symptômes

	Burnout		Mal - être		Total	Chi <sup>2</sup>	p
	N	%	N	%			
Moins de 3 mois	169	34,77	43	44,33	212	3,389	,335
Entre 3 mois et 6 mois	128	26,34	20	20,62	148		
Entre 7 mois et 12 mois	68	13,99	12	12,37	80		
Plus de 12 mois	121	24,90	22	22,68	143		
Total	486	100	97	100	583		

e. Consultation d'un autre médecin ou d'un professionnel de la santé

		Burnout		Mal - être		Total	Chi <sup>2</sup>	Test exact de Fisher p
		N	%	N	%			
Un autre professionnel de la santé	Oui	155	31,50	25	26,04	180	1,128	,333
	Non	337	68,50	71	73,96	408		
	Total	492	100	96	100	588		
Un médecin du travail	Oui	68	13,82	8	8,33	76	2,149	,183
	Non	424	86,18	88	91,67	512		
	Total	492	100	96	100	588		

Un médecin conseil	Oui	51	10,37	5	5,21	56	2,448	,131
	Non	441	89,63	91	94,79	532		
	Total	492	100	96	100	588		

f. Les plaintes en lien avec le travail

	Burnout		Mal - être		Total	Chi <sup>2</sup>	p
	N	%	N	%			
Lien évoqué spontanément par le patient	428	87,53	69	70,41	497	33,151	<b>,000</b>
Lien supposé par le médecin	51	10,43	16	16,33	67		
Pas de lien direct	8	1,64	8	8,16	16		
Autre	2	0,41	5	5,10	7		
Total	489	100	98	100	587		

g. Contraintes liées au travail abordées en consultation

	burnout	%	mal- être	%	total	%
Charge de travail	303	61,5	43	43,9	346	58,5
Pression temporelle	235	47,7	32	32,7	267	45,2
Conflit au travail	196	39,8	39	39,8	235	39,8
Changements organisationnels	182	36,9	27	27,6	209	35,4
Conciliation vie privée/professionnelle	177	35,9	29	29,6	206	34,9
Charge physique	103	20,9	16	16,3	119	20,1
Contacts avec le client/patient/...	96	19,5	14	14,3	110	18,6
Incertitude liée à l'emploi	73	14,8	14	14,3	87	14,7
Environnement physique (bruit,...)	64	13,0	16	16,3	80	13,5
Problème d'équipement/matériel	58	11,8	6	6,1	64	10,8
Nombres de fiches totales	493	100	98	100	591	100

h. Ressources dont manque le travailleur au travail

	burnout	%	mal- être	%	total	%
Soutien de la hiérarchie	311	63,1	46	46,9	357	60,4
Reconnaissance	249	50,5	36	36,7	285	48,2
Soutien des collègues	186	37,7	20	20,4	206	34,9
Possibilités d'épanouissement au travail	147	29,8	20	20,4	167	28,3
Définition des tâches	122	24,7	9	9,2	131	22,2
Participation aux décisions	108	21,9	11	11,2	119	20,1
Retour sur le travail effectué (feedback)	99	20,1	10	10,2	109	18,4
Autonomie	71	14,4	11	11,2	82	13,9
Sécurité liée à l'emploi	66	13,4	11	11,2	77	13,0
Variété dans les compétences, les tâches à effectuer	61	12,4	6	6,1	67	11,3
Formation continue	30	6,1	2	2,0	32	5,4
Nombres de fiches totales	493	100	98	100	591	100

i. Caractéristiques socio-démographiques

		Burnout		Mal - être		Total	Chi <sup>2</sup>	Test exact de Fisher p
		N	%	N	%			
Genre	Hommes	185	37,53	28	28,57	213	2,843	,107
	Femmes	308	62,47	70	71,43	378		
	Total	493	100	98	100	591		
Situation familiale	Seul	363	74,85	66	70,21	429	,880	,369
	En couple	122	25,15	28	29,79	150		
	Total	485	100	94	100	579		
Secteur d'activité	Public	317	65,09	61	64,21	378	,027	,907
	Privé	170	34,91	34	35,79	204		
	Total	487	100	95	100	582		
Langue maternelle	Français	336	70,59	63	71,59	399	,036	,899
	Néerlandais	140	29,41	25	28,41	165		
	Total	476	100	88	100	564		
Statut	Employé	110	22,82	26	26,80	136	,731	,866
	Ouvrier	276	57,26	53	54,64	329		
	Cadre	60	12,45	11	11,34	71		
	Autre	36	7,47	7	7,22	43		
	Total	482	100	97	100	579		
Antécédents médicaux	Oui	244	50,62	57	58,16	301	1,855	,185
	Non	238	49,38	41	41,84	279		
	Total	482	100	98	100	580		
Antécédents somatiques	Oui	205	42,53	43	43,88	248	0,060	,823
	Non	277	57,47	55	56,12	332		
	Total	482	100	98	100	580		
Antécédents psychologiques	Oui	148	30,71	44	44,90	192	7,408	<b>,009</b>
	Non	334	69,29	54	55,10	388		
	Total	482	100	98	100	580		
Consommation alcool/ médicaments	Oui	41	8,51	8	8,16	49	0,012	1,000
	Non	441	91,49	90	91,84	531		
	Total	482	100	98	100	580		

âge	Moyenne Burnout		Moyenne Mal-être		Valeur t	p		
	42,1		40,8				-1,02114	0,307618
	Ecart-type Burnout		Ecart-type Mal-être					
10,1		12,3						

## 2) Analyses des cas rencontrés par les médecins du travail

### a. Type d'examen médical

		Burnout		Mal - être		Total	Chi <sup>2</sup>	Test exact de Fisher p
		N	%	N	%			
Périodique	Oui	149	48,38	52	53,06	201	0,652	,486
	Non	159	51,62	46	46,94	205		
	Total	308	100	98	100	406		
De pré-reprise du travail durant l'absence maladie	Oui	35	11,36	8	8,16	43	0,804	,453
	Non	273	88,64	90	91,84	363		
	Total	308	100	98	100	406		
De reprise du travail	Oui	68	22,08	15	15,31	83	2,096	,195
	Non	240	77,92	83	84,69	323		
	Total	308	100	98	100	406		
Consultation spontanée du travailleur	Oui	47	15,26	21	21,43	68	2,029	,163
	Non	261	84,74	77	78,57	338		
	Total	308	100	98	100	406		
Préalable à une mutation	Oui	1	0,32	1	1,02	2	0,734	,424
	Non	307	99,68	97	98,98	404		
	Total	308	100	98	100	406		
D'un travailleur en ITT définitive en vue d'un reclassement	Oui	14	4,55	2	2,04	16	1,231	,377
	Non	294	95,45	96	97,96	390		
	Total	308	100	98	100	406		

### b. Thématique(s) abordée(s) spontanément lors de la consultation

		Burnout		Mal - être		Total	Chi <sup>2</sup>	Test exact de Fisher p
		N	%	N	%			
Mal dans sa peau	Oui	120	38,96	36	36,73	156	0,155	,721
	Non	188	61,04	62	63,27	250		
	Total	308	100	98	100	406		
Stress	Oui	166	53,90	49	50,00	215	0,452	,561
	Non	42	46,10	49	50,00	191		
	Total	308	100	98	100	406		
Asthénie	Oui	73	23,70	21	21,43	94	0,215	,682
	Non	235	76,30	77	78,57	312		
	Total	308	100	98	100	406		
Épuisement	Oui	140	45,45	25	25,51	165	12,258	<b>,000</b>
	Non	168	54,55	73	74,49	241		
	Total	308	100	98	100	406		
Surcharge de travail	Oui	124	40,26	36	36,73	160	0,386	,555
	Non	184	59,74	62	63,27	246		
	Total	308	100	98	100	406		
Symptômes physiques	Oui	112	36,36	34	34,69	146	0,090	,809
	Non	196	63,64	64	65,31	260		
	Total	308	100	98	100	406		

Dépression	Oui	106	34,42	27	27,55	133	1,590	,219
	Non	202	65,58	71	72,45	273		
	Total	308	100	98	100	406		
Conflit au travail	Oui	95	30,84	26	26,53	121	0,661	,448
	Non	213	69,16	72	73,47	285		
	Total	308	100	98	100	406		

### c. Symptômes

	burnout	%	mal- être	%	total	%
Troubles du sommeil	193	62,7	42	42,9	235	57,9
Frustration	152	49,4	39	39,8	191	47,0
Plaintes neurovégétatives/ fonctionnelles	157	51,0	32	32,7	189	46,6
↓ mémoire	61	19,8	11	11,2	187	46,1
↓ motivation	153	49,7	34	34,7	179	44,1
Humeur depressive	131	42,5	36	36,7	167	41,1
Asthénie	123	39,9	26	26,5	149	36,7
Dualité : quitter le travail ou rester ?	115	37,3	27	27,6	142	35,0
Absentéisme dans l'année écoulée	104	33,8	35	35,7	139	34,2
Irritabilité	109	35,4	29	29,6	138	34,0
Anxiété	102	33,1	33	33,7	135	33,3
Changement d'attitude envers autrui	104	33,8	25	25,5	129	31,8
↓ sentiment de contrôle	89	28,9	16	16,3	105	25,9
↓ concentration	80	26,0	23	23,5	103	25,4
De longue durée (1 mois ou plus)	81	26,3	21	21,4	102	25,1
↓ énergie	141	45,8	38	38,8	100	24,6
↓ sentiment de compétence	87	28,2	11	11,2	98	24,1
Tendance à s'isoler	72	23,4	15	15,3	87	21,4
↓ performance	64	20,8	15	15,3	79	19,5
↓ idéalisme	58	18,8	10	10,2	72	17,7
↓ estime de soi	79	25,6	21	21,4	68	16,7
Agressivité	53	17,2	14	14,3	67	16,5
Fréquent, de courte durée	32	10,4	17	17,3	49	12,1
Nombre de fiches total	308	100	98	100	406	100

### d. Première visite du travailleur pour ce type de symptômes

	Burnout		Mal - être		Total	Chi <sup>2</sup>	p
	N	%	N	%			
Première visite	183	59,80	53	54,08	236	1,000	,346
Visite de suivi	123	40,20	45	45,92	168		
Total	306	100	98	100	404		



e. Durée de manifestation des symptômes

	Burnout		Mal - être		Total	Chi <sup>2</sup>	p
	N	%	N	%			
Moins de 3 mois	27	8,77	20	20,62	47	15,534	<b>,001</b>
Entre 3 mois et 6 mois	84	27,27	27	27,84	111		
Entre 7 mois et 12 mois	95	30,84	15	15,46	110		
Plus de 12 mois	102	33,12	35	36,08	137		
Total	308	100	97	100	405		

f. Consultation d'un autre médecin ou d'un professionnel de la santé

		Burnout		Mal - être		Total	Chi <sup>2</sup>	Test exact de Fisher p
		N	%	N	%			
Un autre professionnel de la santé	Oui	113	36,81	18	18,75	131	10,869	<b>,001</b>
	Non	194	63,19	78	81,25	272		
	Total	307	100	96	100	403		
Un médecin généraliste	Oui	207	67,21	67	69,07	274	0,117	,803
	Non	101	32,79	30	30,93	131		
	Total	308	100	97	100	405		
Un médecin conseil	Oui	36	11,69	3	3,09	39	6,262	<b>,009</b>
	Non	272	88,31	94	96,91	366		
	Total	308	100	97	100	405		

g. Les plaintes en lien avec le travail

	Burnout		Mal - être		Total	Chi <sup>2</sup>	p
	N	%	N	%			
Lien évoqué spontanément par le patient	289	94,14	74	77,89	363	32,682	<b>,000</b>
Lien supposé par le médecin	7	2,28	3	3,16	10		
Pas de lien direct	1	0,33	9	9,47	10		
Autre	10	3,26	9	9,47	19		
Total	307	100	95	100	402		

h. Contraintes liées au travail abordées en consultation

	burnout	%	mal-être	%	total	%
Charge de travail	191	62,0	40	41,2	231	57,0
Changements organisationnels	141	45,8	32	33,0	173	42,7
Pression temporelle	118	38,3	26	26,8	144	35,6
Conflit au travail	114	37,0	24	24,7	138	34,1
Conciliation vie privée/professionnelle	77	25,0	22	22,7	99	24,4

Contacts avec le client/patient/...	59	19,2	17	17,5	76	18,8
Charge physique	52	16,9	16	16,5	68	16,8
Problème d'équipement/matériel	28	9,1	7	7,2	35	8,6
Incertitude liée à l'emploi	25	8,1	3	3,1	28	6,9
Environnement physique (bruit,...)	17	5,5	9	9,3	26	6,4
Nombres de fiches totales	308	100	97	100	405	100

i. Ressources dont manquent le travailleur au travail

	burnout	%	mal- être	%	total	%
Soutien de la hiérarchie	225	73,1	47	48,5	272	67,2
Reconnaissance	161	52,3	27	27,8	188	46,4
Soutien des collègues	74	24,0	13	13,4	87	21,5
Possibilités d'épanouissement au travail	55	17,9	11	11,3	75	18,5
Autonomie	38	12,3	8	8,2	66	16,3
Formation continue	12	3,9	4	4,1	64	15,8
Retour sur le travail effectué (feedback)	40	13,0	11	11,3	51	12,6
Définition des tâches	48	15,6	16	16,5	46	11,4
Variété dans les compétences, les tâches à effectuer	25	8,1	9	9,3	34	8,4
Sécurité liée à l'emploi	25	8,1	7	7,2	32	7,9
Participation aux décisions	68	22,1	7	7,2	16	4,0
Nombres de fiches totales	308	100	97	100	405	100

j. Caractéristiques socio-démographiques

		Burnout		Mal - être		Total	Chi <sup>2</sup>	Test exact de Fisher p
		N	%	N	%			
Genre	Hommes	121	39,29	47	47,96	168	2,305	,157
	Femmes	187	60,71	51	52,04	238		
	Total	308	100	98	100	406		
Situation familiale	Seul	67	22,41	22	23,16	89	0,023	,888
	En couple	232	77,59	73	76,84	305		
	Total	299	100	95	100	394		
Secteur d'activité	Public	281	26,56	33	34,02	114	2,017	,157
	Privé	224	73,44	64	65,98	288		
	Total	305	100	97	100	402		
Langue maternelle	Français	187	62,33	49	51,04	236	3,850	,056
	Néerlandais	113	37,67	47	48,96	160		
	Total	300	100	96	100	396		
Statut	Employé	181	60,33	54	55,67	235	15,373	,001
	Ouvrier	70	23,33	32	32,99	102		
	Cadre	48	16,00	7	7,22	55		
	Autre	1	0,33	4	4,12	5		
	Total	300	100	97	100	397		

Antécédents médicaux	Oui	133	44,63	56	59,57	189	6,391	<b>,012</b>
	Non	165	55,37	38	40,43	203		
	Total	298	100	94	100	392		
Antécédents somatiques	Oui	89	29,87	43	45,74	132	8,067	<b>,005</b>
	Non	209	70,13	51	54,26	260		
	Total	298	100	94	100	392		
Antécédents psychologiques	Oui	64	21,48	17	18,09	81	0,501	,559
	Non	234	78,52	77	81,91	311		
	Total	298	100	94	100	392		
Consommation alcool/ médicaments	Oui	10	3,36	5	5,32	15	0,748	,367
	Non	288	96,64	89	94,68	377		
	Total	298	100	94	100	392		
Contrat	CDD	14	4,61	4	4,12	18	0,796	,671
	CDI	245	80,59	75	77,32	320		
	Nommé	45	14,80	18	18,56	63		
	Total	304	100	97	100	401		

âge	Moyenne Burnout		Moyenne Mal-être		Valeur t	p
	44,4		43,5			
	Ecart-type Burnout		Ecart-type Mal-être			
	9,086		8,175			

k. Conclusion de l'évaluation de santé

	Burnout		Mal - être		Total	Chi <sup>2</sup>	p
	N	%	N	%			
Apte	196	65,77	67	70,53	263	8,420	<b>,038</b>
Inapte temporairement et mutation temporaire à un autre poste	18	6,04	6	6,32	24		
Inapte définitivement et mutation définitive à un autre poste	40	13,42	3	3,16	43		
Mise en congé maladie	44	14,77	19	20,00	63		
Total	298	100	95	100	393		