



Service public fédéral
**Emploi, Travail
et Concertation sociale**

Direction générale Humanisation du travail
Division de la promotion du bien-être au travail

rue Ernest Blerot 1
1070 BRUXELLES
tél. 02 233 41 11 - fax 02 233 42 52
e-mail hut@emploi.belgique.be

Recherche sur le Burnout au sein de la population active belge

Période:

Octobre 2009-octobre 2010

Partenaires

Prof. Isabelle Hansez, ULG (ValoRH)

Prof. Philippe Mairiaux, ULG (STES)

Prof. Pierre Firket, Clinique du stress

Prof. Lutgart Braeckman, UGent

**Avec le soutien du Fonds social européen
L'Europe investit dans votre avenir**

Table des matières

Introduction.....	1
1. Revue de la littérature internationale.....	2
1.1 Définitions.....	2
1.2 Causes et origines du Burnout.....	2
1.2.1 Facteurs situationnels	2
1.2.2 Facteurs individuels.....	3
1.2.3 Intégration des facteurs situationnels et individuels.....	3
1.3 Les manifestations du burnout.....	4
1.4 Prévalence du burnout	4
1.5 Distinction entre le burnout et d'autres concepts proches	5
1.6 Traitements et prévention.....	6
2. Étude du burnout au sein de la population active belge	8
2.1 Objectifs de l'étude	8
2.2 Méthodologie	8
2.3 Résultats de l'étude	9
2.3.1 Estimation de la prévalence en Belgique	9
2.3.2 Profils cliniques en lien avec le burnout	10
2.3.3 Quels sont les professionnels de la santé concernés par la problématique du burnout ?.....	12
2.3.4 Le burnout en lien avec le travail.....	12
2.4 Limites de l'études.....	14
3. Conclusion	15
4. Bibliographie	16
ANNEXE 1 : Fiches médecins	17
ANNEXE 2 : Fiches mensuelles	19
ANNEXE 3 : Fiche patient pour les médecins généralistes.....	20
ANNEXE 4 : Fiche travailleur pour les médecins du travail.....	22

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 la demande 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 a mis en place le projet suivant qui 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 cette synthèse présentera la revue de littérature sur la thématique du burnout. Ensuite, la deuxième partie sera consacrée aux résultats de cette étude.

1. Revue de la littérature internationale

1.1 Définitions

En étudiant la littérature, nous avons pu répertorier une dizaine de définitions du burnout, certaines le considérant tantôt comme un phénomène statique ou dynamique, d'autres comme un concept unidimensionnel ou multidimensionnel. Malgré la diversité des définitions identifiées dans la littérature, certaines semblent recevoir plus d'unanimité et sont considérées comme des définitions "synthétiques" du burnout. L'équipe de recherche a fait le choix de baser cette étude sur la définition suivante :

- ✓ "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". (Schaufeli & Enzmann, 1998, p.36 cités dans Schaufeli & Buunk, 2003).

Un point important de cette définition est que le burnout résulte d'une différence entre les intentions et la réalité du travail vécue par les travailleurs. Ceux-ci ont un «idéal», des attentes qui ne correspondent pas à leur réalité quotidienne au travail et qui les mènent au burnout (Maslach, et al., 2001).

Cette définition révèle toute son importance pour diagnostiquer un burnout au niveau individuel. Cependant, il est important également de définir le burnout en tant que processus.

- ✓ Selon Maslach et Leiter (1997), lorsqu'une personne développe un burnout, trois choses se produisent. Cette personne commence à être épuisé de manière chronique, devient cynique, et ensuite, se sent de plus en plus inefficace au travail.

1.2 Causes et origines du Burnout

Les causes et origines du burnout sont à la fois des facteurs situationnels et des facteurs individuels.

1.2.1 Facteurs situationnels

Le travail prend place dans un contexte organisationnel qui a une forte influence sur le vécu des travailleurs et donc sur le burnout qu'ils ressentent. Certaines caractéristiques propres au travail comme les contraintes de l'environnement de travail (charge de travail, conflits de rôles,...) influencent directement le burnout généré par le travail.

Les études sur le *Job Demands-Resources Model* montrent l'effet bénéfique des ressources qui peuvent être données aux travailleurs (le support social, le sentiment de contrôle sur le travail, l'autonomie,...) afin de faire face à ces contraintes et de diminuer le burnout vécu par les travailleurs (Bakker & Demerouti, 2007; Xanthopoulou et al., 2007).

A priori, le burnout était associé aux professions liées aux secteurs du service aux personnes et de l'éducation (Maslach, Schaufeli, & Leiter, 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. Selon Schaufeli et Taris (2005), il n'y a pas de raison que le burnout soit limité au secteur des services humains.

1.2.2 Facteurs individuels

La plupart des recherches suggère que les caractéristiques de l'environnement de travail sont des déterminants plus importants du 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.

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 au fait que 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).

Il existe un profil de personnalité plus susceptible d'être confronté au burnout. Ce sont des personnes ayant des stratégies d'adaptation aux situations stressantes évitantes ou passives plutôt que combatives ou actives et une faible estime d'elles-mêmes (Maslach, et al., 2001; Schaufeli & Buunk, 2003). Le burnout est lié également à certaines dimensions de différents modèles de personnalité comme le neuroticisme qui correspond à une personnalité anxieuse, hostile et dépressive (Swider & Zimmerman, 2010).

D'autre part, certaines personnes ont des attentes importantes envers leur travail, concernant aussi bien la nature du travail que la performance au travail. Certaines études ont montré que si ces attentes étaient peu réalistes, elles pouvaient mener au burnout (Maslach, et al., 2001).

1.2.3 Intégration des facteurs situationnels et individuels

Pour expliquer ce phénomène de burnout, 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 différents domaines de son environnement de travail. Plus cette correspondance est faible, plus il y a de probabilité que la personne soit en burnout. Selon les auteurs, cela s'apparente à un « contrat psychologique » entre la personne et son travail.

1.3 Les manifestations du burnout

De nombreux 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.

Le tableau 1 reprend les différentes manifestations du burnout sur le plan physique, cognitif/affectif et comportemental. Toutes ces manifestations ont été mises en lien clairement avec le burnout dans la littérature scientifique.

Tableau 1 - Manifestations du burnout

<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"> <input type="checkbox"/> Fréquent, de courte durée <input type="checkbox"/> De longue durée (1 mois ou plus) <input type="checkbox"/> Agressivité

1.4 Prévalence du burnout

La revue de la littérature amène à constater la difficulté de trouver des chiffres de prévalence (1 à 48% selon les études). Ceci s'explique par l'absence actuelle de définition officiellement reconnue du burnout et de normes de critères diagnostiques. Les méthodologies diverses utilisées et les différences culturelles rendent difficilement comparables les résultats trouvés dans la littérature.

1.5 Distinction entre le burnout et d'autres concepts proches

Un des apports de la revue de littérature réalisée par l'équipe de recherche se situe au niveau du diagnostic différentiel du burnout. Le tableau 2 comprend une synthèse des différences et similitudes mais aussi des relations entre le burnout et d'autres concepts proches comme le stress, la dépression, la fatigue chronique, la fibromyalgie, le workaholisme et la charge psychosociale.

Tableau 2 - Diagnostic différentiel du burnout

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

Fatigue chronique	Burnout
<p>Fatigue générale</p> <p>Apparaît suite à une tension psychique ou un stress de longue durée</p> <p>Pas d'origine systématique dans le travail</p>	<p>La fatigue émotionnelle est associée aux deux autres composantes (dépersonnalisation et perte d'accomplissement)</p> <p>Apparaît suite à une tension psychique ou un stress de longue durée</p> <p>Lié au travail</p>
Workaholisme	Burnout
<p>Les « 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)</p> <p>Importance du travail et du sens donné au travail pour la personne</p> <p>Peut conduire au burnout car l'implication excessive dans le travail peut épuiser les ressources.</p> <p>Peut être un facteur de risque du burnout</p>	<p>Le burnout touche les personnes qui ont de fortes attentes envers leur travail.</p> <p>Importance du travail et du sens donné au travail pour la personne</p> <p>L'épuisement propre au burnout est incompatible avec une forte implication dans le travail (workaholisme). Pas forcément de lien entre les deux phénomènes</p>

1.6 Traitements et 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*.

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

Les interventions de **prévention primaire** dans le milieu de travail sont de type « collectives » et touchent l'ensemble des travailleurs. Selon le Job Demands-Resources Model (Bakker & Demerouti, 2007), les demandes, c'est-à-dire les exigences au travail, épuisent les ressources des travailleurs et donc augmentent le burnout, tandis que les ressources allouées aux travailleurs peuvent diminuer le sentiment d'épuisement. En se basant sur ce modèle, les interventions peuvent viser soit à diminuer les exigences professionnelles comme réduire la charge de travail, instaurer des changements dans les procédures de travail, 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, Plaumann, & Walter, 2010).

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. Elles peuvent revêtir de nombreux aspects comme les formations continues ou les groupes de soutien composés de pairs (Laugaa, Rasclea, & Bruchon-Schweitzer, 2008; Spickard, Gabbe, & Christensen, 2002; Tabary, Callanquin, & Marinelli, 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 ils sont dirigés vers le ressenti des individus plutôt que sur l'organisation du travail.

Au niveau individuel, les actions visant à prévenir ou réduire le burnout ont pour objectif de développer les capacités d'adaptation des individus 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 prendre la forme de thérapies cognitivo-comportementales, de formations à la communication ou encore de l'apprentissage de la relaxation. Ces techniques montrent un impact positif mais limité sur le burnout (Schaufeli & Buunk, 2003).

Pour obtenir des effets à long terme de la prévention et de la prise en charge, il est important de **combiner des approches centrées sur l'organisation du travail** en s'attaquant aux origines du burnout (prévention primaire) **et des approches centrées sur l'individu** au niveau de la prise en charge afin de faciliter le retour au travail (prévention secondaire et tertiaire). Une approche prônant une démarche participative des travailleurs concernés est essentielle pour mettre en place des modules de prévention et de prise en charge.

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 aboutir à une sous-estimation du burnout. De plus, les travailleurs atteints ont tendance à continuer à travailler 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 », telle que celle développée dans le cadre de l'étude, représente une aide sérieuse et précieuse à ce sujet.

2. Étude du burnout au sein de la population active belge

2.1 Objectifs de l'étude

L'objectif de cette étude était d'objectiver le phénomène de burnout et d'en mesurer l'ampleur en Belgique. Nous avons fait le choix de réaliser une estimation de la prévalence de burnout à travers son expression au niveau du système de santé. Nous avons donc choisi de recenser les cas de burnout rencontrés par les médecins généralistes d'une part et les médecins du travail d'autre part, lors de leurs contacts avec des travailleurs.

2.2 Méthodologie

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

Concrètement, chaque médecin ayant accepté de participer à l'étude 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 participant afin d'ainsi identifier les biais éventuels de notre échantillon par rapport à la population des médecins dont il est issu (annexe1).
- *Une fiche mensuelle* : cette fiche permet de connaître le nombre total de « contacts patients » du médecin participant durant le mois écoulé (annexe 2).
- *Une fiche « patient »/fiche « travailleur »* : cette fiche est complétée pour tout patient/travailleur que le médecin estime souffrir de mal-être ou de burnout ; elle comprend des informations sur le patient et les symptômes observés (annexes 3 et 4)

La méthodologie de l'étude comportait différentes étapes :

- ✓ La construction des différentes fiches basée sur la revue de littérature et les différents outils existants pour évaluer le burnout.
- ✓ La réalisation de focus-groupes d'experts afin de valider ces fiches.
- ✓ La création de l'échantillon de médecins participants. Grâce à une collaboration étroite avec des associations de médecine générale (SSMG et DOMUS Medica) et de nombreux services externes et internes de prévention et de protection au travail (SEPPT et SIPPT), 178 médecins généralistes et 168 médecins du travail ont accepté de collaborer à l'étude.
- ✓ L'enquête de prévalence qui s'est déroulée du mois d'avril au mois d'août 2010.

2.3 Résultats de l'étude

Cette synthèse comprend un résumé des résultats importants de l'étude. Pour prendre connaissance des résultats complets, le lecteur est invité à consulter le rapport complet de la recherche.

Avant de présenter les résultats, notons 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, 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.

2.3.1 Estimation de la prévalence en Belgique

Durant les trois mois d'enquête, 1089 cas de burnout ont été enregistrés parmi les 135131 contacts patients déclarés par les médecins participants. De manière globale, la prévalence du burnout dans l'échantillon est donc de 0,8%.

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 (taux de burnout atteignant 30% à 40%). L'approche originale choisie pour la présente étude a consisté à s'appuyer sur le diagnostic des médecins 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 partie des patients déclarant souffrir de la pathologie.

La validité de ce taux de burnout devra être vérifiée dans une étude de plus grande ampleur mais il faut souligner la cohérence des données obtenues. 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 également souligner que le taux de fiches complétées pour un mal-être ou un burnout est strictement similaire parmi les médecins francophones (0,81 %) et parmi les médecins néerlandophones (0,87 %).

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% 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 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 faisant l'objet d'une surveillance de santé régulière par le médecin du travail à un total d'environ 19.000 travailleurs souffrant d'un burnout ou d'un mal-être susceptible d'évoluer vers le burnout.

2.3.2 Profils cliniques en lien avec le burnout

2.3.2.1 Le genre et l'âge

De manière globale, notre échantillon de cas comprend davantage de femmes touchées par le burnout (62% des cas). 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.

Certains symptômes évoqués lors de la consultation sont liés au genre. Les hommes se plaignent, dans une plus grande proportion, d'une diminution de la motivation, d'un changement d'attitudes et d'une certaine agressivité. Les femmes mentionnent plus souvent une diminution de la mémoire et un absentéisme de plus longue durée. Nous constatons, de manière générale, peu de différences dans les symptômes manifestés en fonction du genre, en particulier pour les symptômes fréquents tels que les troubles du sommeil, le manque d'énergie et la fatigue.

En termes de contraintes au travail et de ressources manquantes, les hommes se plaignent davantage de problèmes d'équipements, de changements organisationnels, de ne pas pouvoir participer aux décisions, ainsi que d'un manque de sécurité de l'emploi. Tandis que les femmes vivent plus difficilement la charge de travail (ainsi que la charge physique) et ont plus de difficultés à concilier leur vie professionnelle avec leur vie privée.

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 (32% des cas). 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 rencontrés les médecins participants à l'étude. Il serait donc imprudent de tirer des conclusions sur base de ces résultats.

2.3.2.2 Les motifs de consultations et les symptômes

A travers une analyse approfondie des cas que nous avons récoltés, nous avons pu identifier certains symptômes clés associés à un burnout. Le tableau 3 reprend les symptômes les plus fréquents parmi les cas récoltés durant l'étude.

Tableau 3 - Fréquence 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 voir 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 (45,7%) et de la frustration (44,4%). Ces symptômes sont les plus fréquents que ce soit pour les cas de mal-être au travail ou pour les formes les plus avancées de burnout. Cependant, pour les cas de mal-être ce sont les plaintes neurovégétatives et fonctionnelles qui sont les plus fréquentes tandis que pour les cas de burnout ce sont plutôt les troubles du sommeil.

Nous constatons 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 lentement et qui peut perdurer dans le temps. La durée de manifestation des symptômes est importante pour distinguer les cas de mal-être au travail et les formes plus avancées 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 donc difficilement diagnostiqués au cours des premiers mois.

Les motifs de consultation les plus fréquents lorsque les travailleurs rencontrent leur médecin traitant ou le médecin du travail sont le stress et l'épuisement (abordés dans plus de 50% des cas). 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 de ce phénomène. Ces motifs de consultations sont d'autant plus présents lorsque la personne se situe à un stade avancé du processus de burnout. La combinaison du stress et de l'épuisement constitue bien une porte d'entrée dans le processus de burnout.

2.3.3 Quels sont les professionnels de la santé concernés par la problématique du burnout ?

Les médecins généralistes sont les professionnels les plus souvent 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 dans 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 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 l'importance des prises en charge individuelles.

Les médecins conseils n'interviennent que dans les cas d'incapacité de longue durée, 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 pour les formes plus avancées de burnout que dans les cas de mal-être ressenti au travail.

2.3.4 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 qui confirme la perception du phénomène de burnout comme restreint au domaine professionnel est utile également pour différencier le burnout de la dépression qui s'étend plus largement dans la vie privée mais aussi de différencier le burnout de la fibromyalgie et la fatigue chronique dont l'origine ne se trouve pas forcément dans le travail.

L'analyse des cas récoltés a également permis d'identifier les caractéristiques de l'environnement de travail qui sont en lien avec le burnout.

Les contraintes liées au travail les plus fréquemment rapportées sont reprises dans le tableau 4. La contrainte qui est le plus souvent mise en lien avec le burnout est la charge de travail (58% des cas). Les autres contraintes les plus fréquentes sont la pression temporelle (41%), les changements organisationnels (38%), les conflits au travail (37%) et les difficultés au niveau de la conciliation vie privée et vie professionnelle (30%).

Tableau 4 - Fréquence des contraintes liées au travail en lien avec le burnout (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

Certaines ressources de l'environnement de travail sont importantes pour pouvoir faire face aux contraintes qui peuvent amener 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 (tableau 5). Il s'agit du soutien de la hiérarchie (63,2%), de la reconnaissance du travail accompli (47%), du soutien des collègues (29%), de la possibilité d'épanouissement au travail (23%) et d'une bonne définition des tâches (19,6%).

Tableau 5 - Fréquence des ressources dont manque le travailleur (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

Ces résultats confirment les études sur le JD-R Model qui montrent l'importance des contraintes de travail, notamment la charge de travail, pour prédire le burnout et de l'importance de fournir des ressources aux travailleurs en terme de soutien de la ligne hiérarchique et des collègues mais aussi de la 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.

2.4 Limites de l'étude

Certaines limites de l'étude sont importantes à mentionner pour interpréter les résultats présentés ci-dessus et éviter toute généralisation abusive.

La définition des « cas » de burnout repose sur les symptômes et plaintes exprimés par le travailleur et sur la conclusion diagnostique formulée par le médecin. La validité des résultats obtenus dépend donc de la représentativité des deux échantillons de médecins participant à l'étude. Les médecins du travail participants représentent environ 12,5% de l'effectif total des médecins du travail actifs en Belgique ; ce taux est relativement acceptable puisque l'objectif avait été fixé à 20%. L'échantillon obtenu de médecins généralistes ne peut lui être qualifié de satisfaisant : les médecins participants représentent seulement 1,3% des médecins réellement actifs en Belgique. Cet échantillon est comme celui des médecins du travail caractérisé par une surreprésentation des médecins francophones.

L'approche originale choisie pour cette étude, qui a consisté à s'appuyer sur le diagnostic des médecins (et non pas sur un auto-diagnostic par le travailleur), présente l'inconvénient d'une démarche ouverte à la variabilité des évaluations médicales.

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. Il est cependant probable que le biais ainsi introduit dans l'estimation soit lié 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).

Le nombre de cas cliniques récoltés constitue, cependant, 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.

3. 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 tels 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 genre ne semble pas avoir un rôle important dans l'explication du burnout, bien que certains symptômes et conditions de travail puissent être plus fréquents pour les femmes ou pour les hommes.

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 montre certains signes précoces de burnout sans pour autant consulter un professionnel de la santé. Ils luttent pour pouvoir rester actif 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.

4. Bibliographie

- Awa, W. L., Plaumann, M., & Walter, U. (2010). Burnout prevention: A review of intervention programs. *Patient Education and Counseling, 78*(2), 184-192.
- Bakker, A. B., & Demerouti, E. (2007). The Job Demands-Resources model: state of the art. *Journal of Managerial Psychology, 22*(3), 309-328.
- Halbesleben, J. R. B., & Buckley, M. R. (2004). Burnout in organizational life. *Journal of Management, 30*(6), 859-879.
- 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.
- Maslach, C. (2010). Burnout in the workplace. [Audio Recording]. Lyon.
- Maslach, C. & Leiter, M.P. (1997) The truth about burnout: How organizations cause personal stress and what to do about it, Jossey-Bass, Palo Alto, CA.
- Maslach, C., Schaufeli, W. B., & Leiter, M. P. (2001). Job burnout. *Annual Review of Psychology, 52*, 397-422.
- 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., & Taris, T. W. (2005). The conceptualization and measurement of burnout: Common ground and worlds apart. *Work & Stress, 19*(3), 256-262.
- Shah, D. (2009). Healthy worker effect phenomenon. *Indian journal of industrial medicine, 13*(2), 77-79.
- Shirom, A. (2005). Reflections on the study of burnout. *Work & Stress, 19*(3), 263-270.
- Spickard, A., Gabbe, S. G., & Christensen, J. F. (2002). Mid-career burnout in generalist and specialist physicians. *JAMA, 288*(12), 1447-1450.
- 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
- 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.

ANNEXE 1 : 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!

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^{ième} 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

ANNEXE 2 : 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!

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!

ANNEXE 3 : 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"/> Tendence à s'isoler <input type="checkbox"/> ↓ performance <input type="checkbox"/> Absentéisme dans l'année écoulée <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Fréquent, de courte durée <input type="checkbox"/> De longue durée (1 mois ou plus) <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

ANNEXE 4 : 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"> <input type="checkbox"/> Fréquent, de courte durée <input type="checkbox"/> De longue durée (1 mois ou plus) <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