
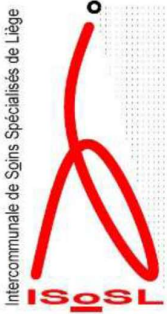




Evolution 2010-2018 du burnout en Belgique et intérêt de l'utilisation conjointe de deux outils de diagnostic

Rapport de recherche

PARTENAIRES

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

Mars 2019

FINANCEMENT



Service public fédéral
Emploi, Travail et
Concertation sociale

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

Table des matières

1. INTRODUCTION	1
2. LE BURNOUT	3
2.1. QUE RECOUVRE LE TERME « BURNOUT » ?	3
2.1.1. <i>Le burnout en tant qu'état</i>	3
2.1.2. <i>Le burnout en tant que processus</i>	5
2.2. QUELS SONT LES FACTEURS QUI INFLUENT LE BURNOUT ?	7
2.2.1. <i>Le burnout d'un point de vue sociétal</i>	7
2.2.2. <i>Le burnout d'un point de vue organisationnel</i>	9
2.2.3. <i>Le burnout d'un point de vue interpersonnel</i>	10
2.2.4. <i>Le burnout d'un point de vue individuel</i>	11
2.2.5. <i>Le burnout vu comme un déséquilibre individu/environnement</i>	15
2.3. MODÈLES THÉORIQUES DU BURNOUT : FOCUS SUR LE MODÈLE JD-R	17
2.4. COMMENT LE BURNOUT SE MANIFESTE-T-IL ?	20
2.4.1. <i>Manifestations physiques</i>	20
2.4.2. <i>Manifestations cognitives et affectives</i>	21
2.4.3. <i>Manifestations comportementales</i>	22
2.5. QUELLES CONSÉQUENCES PEUVENT DÉCOULER DU BURNOUT ?	22
2.6. COMMENT MESURER LE BURNOUT ?	23
2.6.1. <i>Conception du burnout en 4 dimensions</i>	23
2.6.2. <i>Conception du burnout en trois dimensions</i>	23
2.6.3. <i>Conception du burnout en deux dimensions</i>	24
2.6.4. <i>Conception du burnout en une seule dimension</i>	25
2.6.5. <i>Différents types de burnout</i>	25
2.6.6. <i>Autres types d'échelles</i>	26
2.6.7. <i>Synthèse</i>	26
2.7. QUELLES SONT LES INTERVENTIONS ENVISAGÉES FACE AU BURNOUT ?	27
2.7.1. <i>Une première classification : le moment de l'intervention</i>	27
2.7.2. <i>Une deuxième classification : la cible de l'intervention</i>	28
2.7.3. <i>Une troisième classification : selon le modèle de référence</i>	30
2.8. PRÉVALENCE DU BURNOUT DANS LA POPULATION	31
3. BURNOUT ET AUTRES TROUBLES MENTAUX	34
3.1. INTRODUCTION	34
3.2. BURNOUT ET STRESS	34
3.2.1. <i>Mieux comprendre le stress</i>	34
3.2.2. <i>Prévalence du stress</i>	35
3.2.3. <i>Qu'est-ce qui distingue le burnout du stress ?</i>	36
3.3. BURNOUT ET DÉPRESSION	37
3.3.1. <i>Mieux comprendre la dépression</i>	37
3.3.2. <i>Différents types de dépression</i>	39

3.3.3.	<i>Prévalence de la dépression</i>	41
3.3.4.	<i>Qu'est-ce qui distingue le burnout de la dépression ?</i>	41
3.4.	BURNOUT ET WORKAHOLISME	44
3.4.1.	<i>Mieux comprendre le workaholisme</i>	44
3.4.2.	<i>Prévalence du workaholisme</i>	45
3.4.3.	<i>Qu'est-ce qui distingue le burnout du workaholisme ?</i>	46
3.5.	BURNOUT ET FATIGUE CHRONIQUE	48
3.5.1.	<i>Mieux comprendre la fatigue chronique</i>	48
3.5.2.	<i>Prévalence de la fatigue chronique</i>	50
3.5.3.	<i>Qu'est-ce qui distingue le burnout du syndrome de fatigue chronique ?</i>	50
3.5.4.	<i>Existe-t-il des symptômes différents entre le burnout et la fatigue chronique ?</i>	51
3.6.	BURNOUT ET FIBROMYALGIE	52
3.6.1.	<i>Mieux comprendre la fibromyalgie</i>	52
3.6.2.	<i>Prévalence de la fibromyalgie</i>	53
3.6.3.	<i>Qu'est-ce qui distingue le burnout de la fibromyalgie ?</i>	54
3.6.4.	<i>Existe-t-il des symptômes différents entre le burnout et la fibromyalgie ?</i>	55
3.7.	SYNTHÈSE.....	55
4.	BURNOUT ET CONCEPTS FORTEMENT MÉDIATISÉS	58
4.1.	BURNOUT ET BORE-OUT	58
4.1.1.	<i>Mieux comprendre le bore-out</i>	58
4.1.2.	<i>Qu'est-ce qui distingue le burnout du bore-out ?</i>	59
4.2.	BURNOUT ET BROWN-OUT.....	60
4.2.1.	<i>Qu'est-ce qui distingue le burnout du brown-out ?</i>	60
4.3.	SYNTHÈSE.....	61
5.	MÉTHODOLOGIE	62
5.1.	CONTACT AVEC LES MÉDECINS	62
5.1.1.	<i>Médecins du travail</i>	62
5.1.2.	<i>Médecins généralistes</i>	62
5.2.	DÉROULEMENT DE L'ENQUÊTE.....	63
5.3.	FICHE MÉDECIN ET FORMULAIRE DE CONSENTEMENT.....	63
5.4.	OUTIL DE DÉTECTION PRÉCOCE DU BURNOUT.....	64
5.4.1.	<i>Modification de l'outil de détection précoce du burnout</i>	64
5.5.	QUESTIONNAIRES OLBI ET OUTIL DE DÉTECTION PRÉCOCE DU BURNOUT	68
5.5.1.	<i>Lien entre questionnaire OLBI et outil de détection précoce : confidentialité</i>	68
5.6.	FICHES MENSUELLES	69
5.6.1.	<i>Temps disponible pour l'étude</i>	69
5.7.	RETOUR EFFECTUÉ AUX PARTICIPANTS.....	69
5.7.1.	<i>Version PDF de l'outil de détection précoce du burnout</i>	69
5.7.2.	<i>Un feedback sur les questionnaires OLBI</i>	69
5.7.3.	<i>Un outil d'interprétation de l'OLBI</i>	69

6. RÉSULTATS.....	70
6.1. STATISTIQUES DESCRIPTIVES DE NOTRE ÉCHANTILLON DE MÉDECINS	70
6.2. STATISTIQUES DESCRIPTIVES DES FICHES MENSUELLES.....	71
6.3. STATISTIQUES DESCRIPTIVES DE L'OUTIL DE DÉTECTION PRÉCOCE	72
6.3.1. <i>Statistiques démographiques des patients</i>	72
6.3.2. <i>Type d'examen médical</i>	75
6.3.3. <i>Plaintes des patients lors des entretiens</i>	75
6.3.4. <i>Symptômes manifestés</i>	76
6.3.5. <i>Lien avec le travail</i>	79
6.3.6. <i>Incapacité de travail</i>	81
6.3.7. <i>Diagnostic</i>	82
6.3.8. <i>Conclusion de l'examen de santé</i>	82
6.4. COMPARAISON DES RÉSULTATS EN FONCTION DU DIAGNOSTIC BURNOUT OU NON.....	83
6.5. COMPARAISON ENTRE LES MÉDECINS DU TRAVAIL (MT) ET LES MÉDECINS GÉNÉRALISTES (MG)	83
6.5.2. <i>Symptômes manifestés par les travailleurs</i>	84
6.5.3. <i>Consultations précédentes</i>	86
6.5.4. <i>Lien avec le travail</i>	87
6.5.5. <i>Incapacité de travail</i>	89
6.5.6. <i>Diagnostic</i>	90
6.5.7. <i>Synthèse des résultats observés</i>	90
6.6. DIAGNOSTIC FICHE DE DÉTECTION/QUESTIONNAIRE AUTO-RAPPORTÉ	92
6.6.1. <i>Description de la population étudiée</i>	92
6.6.2. <i>Méthode d'analyse</i>	92
6.6.3. <i>Comparaison des groupes</i>	93
6.7. EFFICACITÉ DE LA COMBINAISON 'QUESTIONNAIRE AUTO-RAPPORTÉ' ET 'OUTIL DE DÉTECTION PRÉCOCE DE BURNOUT'	102
6.7.1. <i>Un diagnostic de burnout est réalisé si le score obtenu au questionnaire auto-rapporté est moyen ou élevé</i>	103
6.7.2. <i>Un diagnostic de burnout est réalisé si le score obtenu au questionnaire auto-rapporté est élevé</i>	105
7. DISCUSSION.....	108
7.1. CONSTATS ISSUS DE L'OUTIL DE DÉTECTION PRÉCOCE DU BURNOUT.....	108
7.2. DIAGNOSTIC DU BURNOUT.....	111
7.3. INCAPACITÉ DE TRAVAIL ET CONCLUSION DE L'EXAMEN DE SANTÉ.....	113
7.4. LIMITES.....	114
7.4.1. <i>Participation à l'enquête</i>	114
7.4.2. <i>Utilisation de deux questionnaires</i>	115
7.4.3. <i>Répartition des cas sur trois mois</i>	115
7.5. PERSPECTIVES POUR LA SUITE DU PROJET	115
7.5.1. <i>Rapidité d'utilisation</i>	115
7.5.2. <i>Le suivi du patient</i>	116
7.5.3. <i>Le maintien et le retour au travail</i>	116
8. BIBLIOGRAPHIE.....	117

1. Introduction

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

Le projet se structure en différentes étapes :

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

Au niveau de la revue de la littérature scientifique, le présent rapport comprend (1) une actualisation de la définition du burnout, (2) une synthèse des causes, manifestations et conséquences du burnout, avec un focus sur le modèle théorique du burnout, le 'Job Demands-Resources Model' (modèle JD-R), (3) les différentes outils auto-rapportés permettant de mesurer du burnout, (4) une revue des possibilités de prévention et d'intervention face au burnout, (5) une actualisation des éléments permettant le diagnostic différentiel du burnout par rapport à d'autres troubles de psychopathologie générale ou de psychopathologie du travail. La partie empirique du rapport comprend (6) une description de la méthodologie permettant (7) une analyse comparative 2010-2018 des cas de burnout récoltés en consultation de médecine

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

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

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

générale et de médecine du travail et (8) une analyse de l'intérêt d'une utilisation conjointe de deux outils de diagnostic de burnout, i.e. le jugement clinique des médecins et l'évaluation auto-rapportée par les travailleurs, et enfin (7) une courte discussion. Les versions actualisées de l'outil de détection précoce ainsi que du guide d'utilisation sont annexées à cette synthèse.

2. Le burnout

2.1. Que recouvre le terme « burnout » ?

Il n'existe pas encore de consensus au niveau de la définition du burnout (Manzano-García & Ayala-Calvos, 2013). En effet, le débat est toujours ouvert sur la question suivante : ce syndrome doit-il être considéré comme un état (évalué à un instant donné selon différents symptômes) ou comme un processus (s'étalant dans le temps) ? S'il est perçu comme un état, doit-on conceptualiser le burnout en une seule dimension (Shirom, 2005) ou peut-il être considéré comme un concept multidimensionnel (Maslach & Leiter, 2016) ? S'il est étudié dans le temps, comment faut-il déterminer les étapes et l'ordre de ces dernières ?

2.1.1. Le burnout en tant qu'état

2.1.1.1. Les dimensions du burnout

La majorité des recherches analysent le burnout selon deux, voire trois continuums :

- L'énergie : le continuum va de l'épuisement à la vigueur (Mäkigangas & Kinnunen, 2016).
- L'identification : le continuum va du cynisme à l'implication (Mäkigangas & Kinnunen, 2016).
- L'efficacité : le continuum va de l'inefficacité à l'efficacité (Maslach & Leiter, 2008).

L'épuisement représente la dimension de base du burnout. Il se rapporte au sentiment d'être surchargé et d'avoir perdu ses ressources physiques et émotionnelles (Maslach & Leiter, 2008).

Le cynisme ou le détachement représente une dimension interpersonnelle du burnout et se rapporte aux réponses négatives, insensibles et exagérément détachées face aux événements vécus au travail (Maslach & Leiter, 2008). La place centrale du contexte interpersonnel (relations entre les clients, les collègues ou les superviseurs) dans le burnout permet de distinguer des concepts apparentés (Maslach & Leiter, 2016). Par exemple, le fait d'ajouter le cynisme à l'épuisement permet de distinguer clairement le burnout de la fatigue chronique (Maslach & Leiter, 2016). Souffrir de burnout ne se limite pas à être fatigué ou envahi par son travail. Le burnout implique également la perte d'une connexion avec son travail. Cette perte de connexion a un effet sur la motivation et l'identité du travailleur (Maslach & Leiter, 2016).

Le manque d'accomplissement personnel ou l'inefficacité mesure le sentiment d'incompétence, de manque d'accomplissement et de baisse de productivité au travail (Maslach & Leiter, 2008). Cette dimension n'est pas toujours prise en compte dans les recherches scientifiques.

Guidetti, Viotti, Gil-Monte et Converso (2017) ajoutent une quatrième dimension au burnout : la culpabilité qui se développe envers les collègues.

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

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

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

2.1.1.2. Peut-on distinguer différents types de burnout ?

Partant du constat que les troubles mentaux sont spécifiés par des sous-catégories, Farber (2000) distingue trois sous-types du burnout :

- Le burnout frénétique correspond au burnout tel que nous le connaissons classiquement. Face à la quantité de travail, les travailleurs investissent de plus en plus d'efforts. Le burnout frénétique se retrouve fréquemment chez les individus hautement impliqués, ambitieux et surchargés. Le burnout frénétique se développe plus particulièrement chez les personnes qui montrent leurs émotions, se centrent sur la résolution de problèmes (Montero-Marín, Prado-Abril, Demarzo, Gascon & García-Campayo, 2014) et s'auto-jugent (Montero-Marín & al., 2016).
- Le burnout « underchallenged » se manifeste par un manque d'intérêt et d'enthousiasme pour le travail. Le manque d'opportunité de développement conduit le travailleur à ressentir de l'indifférence par rapport à son travail. Cette dimension

est influencée positivement par l'évitement cognitif, le désengagement dans les comportements et l'expression de ses émotions (Montero-Marín & al, 2014). Elle est associée avec l'augmentation du sentiment d'isolation (Montero-Marín & al., 2016).

- Le burnout « worn-out » survient lorsque, face à la quantité de travail, le travailleur considère la tâche comme impossible et se retire peu à peu du travail. Le manque de contrôle sur les résultats et le manque de reconnaissance des efforts déployés peuvent mener au burnout « worn-out ». Cette dimension est principalement influencée par le désengagement dans les comportements (Montero-Marín & al., 2014). Le burnout « worn-out » est plus relié à l'identification excessive des événements négatifs (Montero-Marín & al., 2016).

Les facteurs de risque et de protection différeront en fonction des profils. Ainsi, la pleine conscience (prêter intentionnellement attention au moment présent) ne réduit que le burnout frénétique alors que la résilience (capacité d'adaptation et de flexibilité face aux changements de la vie) influence tous les types de burnout (Montero-Marín & al., 2015). Les affects négatifs influencent plus particulièrement le burnout frénétique alors que les affects positifs ne réduisent que le burnout « underchallenged ».

2.1.2. Le burnout en tant que processus

2.1.2.1. Les étapes qui conduisent au burnout

La définition proposée par le Conseil Supérieur de la santé en Belgique (2017) met l'accent sur le processus qui conduit au burnout qu'il définit comme :

« Un processus multifactoriel qui résulte de l'exposition prolongée (plus de 6 mois) en situation de travail à un stress persistant, à un manque de réciprocité entre l'investissement (exigences du travail, demandes) et ce qui est reçu en retour (ressources), ou à un déséquilibre entre des attentes et la réalité du travail vécue, qui provoque un épuisement professionnel (à la fois émotionnel, physique et psychique), une fatigue extrême que les temps de repos habituels ne suffisent plus à soulager et qui devient chronique ainsi qu'un sentiment d'être totalement vidé de ses ressources. Cet épuisement peut aussi avoir un impact sur le contrôle de ses émotions (irritabilité, colère, pleurs...) et de ses cognitions (attention, mémoire, concentration) et peut à son tour provoquer des changements dans les comportements et les attitudes. La personne se détache et devient cynique (distanciation mentale). Il s'agirait en fait d'une mesure d'adaptation (inefficace) face aux exigences auxquelles la personne ne sait plus faire

face. Progressivement, elle se désengage de son travail, diminue son investissement et met son entourage à distance, voire développe des conceptions péjoratives à propos des personnes avec qui elle travaille. Ce qui résulte en un sentiment d'inefficacité professionnelle (diminution de l'accomplissement au travail, dévalorisation de soi, la personne ne se sent plus efficace dans son travail). Cet état d'esprit n'est par ailleurs souvent pas remarqué par le travailleur pendant un long moment ».

Le processus qui conduit au burnout a conduit à déterminer quatre étapes principales qui mènent au burnout. Cette approche distingue :

- 1) Un enthousiasme idéaliste envers le travail : Le travail est perçu comme un moyen privilégié de s'accomplir (Delbrouck, Vénara, Goulet et Ladouceur, 2011). Ce qui apporte au travailleur beaucoup d'énergie (Commission des affaires sociales, 2017).
- 2) Une fissure dans l'idéal : Face aux contradictions présentes dans les milieux professionnels (conflit de valeurs, dilemmes moraux), le doute quant à la véracité de l'idéal s'installe (Périlleux et Vendramin, 2017). Or la fin de l'idéalisation est angoissante (Daloz, 2007). Pour ne plus y penser le travailleur s'investit dans un rythme de travail excessif (Périlleux et Vendramin, 2017).
- 3) Un retrait protecteur : Face aux idéaux qui se fragilisent, le travailleur ressent une nécessité grandissante de se protéger. Il préfère devenir cynique. Le détachement permet de tenir pendant un temps, automatisant et anesthésiant la pensée et les sentiments (Périlleux et Vendramin, 2017). Les atteintes se généralisent à la vie privée (Daloz, Balas & Bénony, 2007).
- 4) Le burnout : Si la situation perdure, l'idéal d'un travail épanouissant disparaît totalement (Daloz, 2007). Un épisode critique marque souvent le passage au burnout avéré (Périlleux et Vendramin, 2007).

Certaines études se sont penchées sur l'évolution du burnout au cours du temps. Parmi les trajectoires rapportées, on peut trouver des trajectoires dont un symptôme ou le syndrome de burnout obtient un score faible, moyen et élevé et demeure stable dans le temps ; des trajectoires linéaires (diminution ou augmentation des symptômes de burnout) ou encore curvilinéaires sous forme de U ou de U inversé (Mäkikangas & Kinnunen, 2016). Les trajectoires trouvées varient fortement entre les différentes études (Mäkikangas & Kinnunen, 2016). Ainsi, en 2017, Mäkikangas, Hyvonen et Feldt étudient pendant 8 ans l'évolution des symptômes de burnout (épuisement, désengagement) et d'engagement (vigueur et dévouement) de 168 travailleurs. Ils obtiennent ainsi six trajectoires différentes. Trois sous-groupes de travailleurs sont identifiés

pour l'axe épuisement-vigueur (continuum de l'énergie) et trois sous-groupes selon l'axe cynisme-dévouement (continuum de l'identification) :

- 1) Épuisement faible et stable – vigueur élevée et stable : il s'agit du profil le plus large qui contient 84 % des participants de l'étude. Comme son nom l'indique, ce profil contient des personnes qui ont un épuisement faible et une vigueur élevée. Pour ces participants, un tel résultat demeure stable dans le temps.
 - 2) Épuisement et vigueur fluctuant : il compte 11 % des individus. Dans ce profil, l'épuisement est faible alors que la vigueur est moyenne (ni très élevée, ni très faible). Par ailleurs, les scores en épuisement et vigueur fluctuent en fonction des temps de mesures.
 - 3) Épuisement stable et vigueur diminuée : il compte 5 % des individus. La vigueur diminue considérablement au cours du temps tandis que les niveaux d'épuisement, même s'ils sont plus élevés que dans les deux premiers profils, ne changent pas.
-
- 1) Cynisme stable et faible – dévouement élevé et stable : il contient 74 % des participants et se caractérise par de faibles niveaux de cynisme et des niveaux élevés de dévouement qui perdurent dans le temps.
 - 2) Augmentation du cynisme et diminution du dévouement : il contient 16 % des participants et se caractérise par une augmentation du cynisme parallèle à la diminution du dévouement.
 - 3) Diminution du cynisme et augmentation du dévouement : il comprend 10 % des participants et se caractérise par une diminution du cynisme parallèle à l'augmentation du dévouement.

2.2. Quels sont les facteurs qui influencent le burnout ?

Le burnout peut être engendré par des facteurs sociétaux, organisationnels, relationnels ou individuels.

2.2.1. Le burnout d'un point de vue sociétal

Le burnout a d'abord été observé dans les métiers de services. Schaufeli (2017) cite trois raisons expliquant l'émergence du burnout dans le secteur des services :

- 1) En 1950, les entreprises de services jusqu'alors plus petites et propices aux vocations se transforment en plus larges organisations. Les fonctions se formalisent et le travail

devient plus bureaucratique (Schaufeli, 2017). Cette formalisation augmente le risque de burnout (Bilal & Ahmed, 2017).

- 2) En 1960, une campagne de pauvreté aux Etats-Unis a conduit les jeunes à se motiver pour les professions humanitaires. Après des années à tenter d'éradiquer la pauvreté sans y parvenir, ils se trouvent frustrés et désillusionnés (Schaufeli, 2017).
- 3) L'autorité des médecins, infirmières, enseignants, travailleurs sociaux et officiers de police diminue (Schaufeli, 2017).

Progressivement, ces changements ont permis aux premiers cas de burnout d'apparaître dans les métiers relationnels. Cependant, d'autres facteurs plus larges expliquent la naissance du burnout dans d'autres professions (Schaufeli, 2017).

- 1) La diminution de l'importance des rôles et des communautés : après la seconde guerre mondiale, l'importance des rôles, des communautés et des réseaux traditionnels tels que l'Eglise, le voisinage et la famille diminue (Schaufeli, 2017).
- 2) Le développement d'une culture narcissique : une nouvelle culture caractérisée par l'absence de récompenses et des relations sociales compétitives est apparue (Schaufeli, 2017). De cette culture, naissent des individus préoccupés par eux-mêmes, exigeant une gratification immédiate de leurs désirs mais restant perpétuellement insatisfaits (Schaufeli, 2017). Cette insatisfaction amène de nouvelles exigences. Par exemple, les attentes des parents, de la politique et des experts par rapport à l'éducation mettent les enseignants en difficulté (Van Droogenbroeck, Spruyt & Vanroelen, 2014). L'éducation est de plus en plus vue comme un moyen de répondre aux problèmes sociaux (consommation de drogue, éducation sur la santé et comportements inciviques).
- 3) L'augmentation du travail d'équipe et de l'anonymat : à l'époque postindustrielle, l'essor d'une économie basée sur le service accroît le travail réalisé en collaboration avec d'autres personnes. Si travailler en équipe amène son lot de stimulations, la collaboration peut également causer du stress (Leiter, Bakker & Maslach, 2014). Il suffit qu'un dossier arrive en retard ou soit de mauvaise qualité pour créer des tensions. Puisque la participation de plusieurs individus est requise pour arriver à un travail final, la contribution spécifique du travailleur devient plus floue (Leiter & al., 2014).
- 4) L'apport des technologies de la communication : l'utilisation des technologies n'est pas entièrement négative. Elle augmente l'accessibilité et l'efficacité des

communications. Les travailleurs peuvent adopter plus facilement un style de travail qui leur convient (Ter Hoeven, Van Zoonen & Fonner, 2016). Toutefois, l'utilisation des technologies entraîne de nouvelles sources de stress, par l'accumulation d'interruptions dans le travail et de situations imprévues (Ter Hoeven & al., 2016). Grâce aux technologies, les travailleurs peuvent avancer dans leurs projets après les heures traditionnellement dédiées au travail alors même qu'il serait préférable de profiter de la coupure pour récupérer de l'énergie (Leiter & al., 2014).

- 5) L'apparition d'un sentiment d'insécurité : suite à la crise financière de 2008, le sentiment d'insécurité financière sur le court terme (sécurité d'emploi) ou sur le long terme (obtention de la pension) s'accroît (Leiter & al., 2014).
- 6) L'intensification de la compétition : les entreprises exposées à une compétition et à des besoins à satisfaire croissants doivent chercher sans cesse de nouvelles solutions à leurs problèmes (Dai, Chen, Arnulf & Dai, 2014). Ces changements et la complexité grandissante qui en résulte affectent les travailleurs (Jensen, 2016).
- 7) Une modification des façons de travailler : dans le but de satisfaire des besoins du marché toujours plus grands, certains travailleurs doivent travailler de nuit ou selon des horaires atypiques (Dai & al., 2014). Or le travail par roulement favorise l'apparition du burnout (Wisetborisut, Angkurawaranon, Jirapoincharoen, Uaphanthasath & Wiwatanadate, 2014).

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

2.2.2. Le burnout d'un point de vue organisationnel

Pour rappel, les *facteurs situationnels* font référence aux *caractéristiques organisationnelles* (e.g. les règles organisationnelles, les changements organisationnels et les pratiques de flexibilité, le manque de sécurité d'emploi), aux *caractéristiques propres au travail*, plus spécifiquement les demandes (e.g. charge de travail, pression du temps, conflit de rôle) et le manque de ressources au travail (e.g. support social, feedback, autonomie) et enfin aux *caractéristiques de la profession*, dont notamment l'importance du travail émotionnel (Mojsa-Kaja et al., 2015). Ces facteurs sont confirmés par la revue de littérature 2013-2017.

Plus précisément, la littérature récente permet les constats suivants, constats le plus souvent basés sur des études empiriques auprès d'échantillons de travailleurs diversifiés :

- a. Les demandes quantitatives : la charge de travail est la cause principale du burnout dans certaines professions, notamment chez les médecins (Amofo, Hanbali, Patel & Singh, 2015). Travailler plus de 60 heures par semaine augmente le risque d'un épuisement émotionnel (Koh & al., 2015).
 - b. Les demandes qualitatives : l'augmentation des conflits de rôles (incompatibilité de la réalité d'un rôle par rapport aux attentes du travailleur) et l'ambiguïté de rôle (le manque de clarté dans les informations et les exigences d'un rôle) s'accompagnent d'un accroissement du burnout (Ambrose, Rutherford, Sheperd & Tashchian, 2014 ; Jensen, 2016).
 - c. Le manque de ressources au travail : Selon Salami et Ajitoni (2016), la variété des tâches (est-ce que le travail requiert des compétences différentes ?), l'identité des tâches (est-ce que le travailleur peut suivre la tâche du début jusqu'à la fin ?), le sens de la tâche (est-ce que la tâche influence la vie ou le travail d'autres personnes dans l'organisation ou dans le monde ?) et l'autonomie de la tâche (est-ce que le travailleur peut librement organiser ses tâches ?) sont quatre variables corrélées négativement aux trois dimensions du burnout (épuisement, dépersonnalisation et manque d'accomplissement personnel). A l'inverse, les contraintes organisationnelles (situations empêchant les travailleurs d'être performant au travail, e.g. équipements en mauvais état, manque d'information, interruptions dans le travail) peuvent conduire au burnout (Baka, 2015).
- 2) Les caractéristiques du métier, dont l'importance du travail émotionnel : l'obligation de cacher ou de supprimer ses émotions dans son métier peut favoriser l'apparition du burnout (Kenworthy, Fay, Frame & Petree, 2014).
 - 3) Les caractéristiques de l'organisation : une culture favorisant le travail d'équipe (Ginossar & al., 2014), promouvant des comportements éthiques (Huhtala, Tolvanen, Mauno & Feldt, 2015) ou visant l'amélioration des compétences, de l'implication et de la productivité des individus (Fan & al., 2014) réduira la probabilité de développer un burnout.

2.2.3. Le burnout d'un point de vue interpersonnel

Les relations interpersonnelles peuvent freiner ou au contraire favoriser l'apparition du burnout.

Différents aspects peuvent être pris en compte :

- 1) Les collègues : la cohésion d'une équipe peut protéger les infirmières face au développement du burnout (Li, Early, Mahrer, Klaristenfeld & Gold, 2014). Cependant, les problèmes de communication dans l'équipe sont les facteurs de stress les plus cités dans les équipes d'industrie Hi-tech (Pinez & Zaidman, 2014) et le harcèlement est positivement corrélé avec les dimensions du burnout (Allen, Holland & Reynold, 2014).
- 2) Le leadership : La littérature récente insiste cependant davantage sur *l'importance du leadership*. Par exemple, Laschinger et Fida (2014, échantillon d'infirmières) mettent en évidence que la perception d'un leadership authentique (style de leadership caractérisé par l'honnêteté, la transparence, l'intégrité et la consistance) diminue le risque de burnout. Dans la même idée, Son, Kim & Kim (2014 dans un échantillon tout-venant) mettent en évidence que la bonne qualité de l'échange entre le leader et les membres d'une équipe diminue le risque de burnout. Le support de la part de son superviseur peut atténuer l'impact du stress sur le burnout (Saijo & al., 2014). Enfin, Huang, Wang, Wu et You (2016), dans une étude dans trois entreprises de plus de 2000 personnes du secteur privé, montrent que le burnout d'un leader peut se transmettre aux autres membres de l'équipe, notamment par une diminution des ressources disponibles. Ceci confirme l'importance de considérer les questions du leadership et du management de proximité dans la problématique du burnout.
- 3) Les clients : les agressions répétitives (Winstanley & Hales, 2015 ; Karsavuran & Kaya, 2017) sont positivement corrélées avec le burnout. A l'inverse, une bonne relation avec les étudiants permettra d'atténuer l'impact de la charge de travail sur le burnout chez les enseignants (Van Droogenbroeck & al., 2014).

2.2.4. Le burnout d'un point de vue individuel

Des facteurs individuels peuvent fragiliser un travailleur, le rendant plus vulnérable au burnout. Toutefois, certaines caractéristiques personnelles peuvent également renforcer le travailleur, le protégeant du burnout. Du côté des *facteurs individuels*, étaient ainsi répertoriées, dans le rapport de Hansez et al. (2010) les *caractéristiques démographiques*, la personnalité et les attitudes envers le travail.

1) Les variables démographiques : Les recherches récentes confirment l'impact des variables démographiques comme par exemple la protection contre le burnout si le salaire (le statut socio-économique) augmente ou si la personne est en couple (respectivement Salami & Ajitoni, 2016, dans le secteur bancaire et Koh & al., 2015, dans le secteur des soins de santé). Dans une étude récente dans le secteur hospitalier, l'âge a un faible effet sur le burnout (Gómez, Vargas, De la Fuente, Fernández-Castillo & Cañadas-De la Fuente, 2017). Par contre, une autre étude montre que les médecins plus jeunes ont une probabilité plus élevée de développer un burnout (Amofo & al., 2015). On n'obtient donc difficilement un consensus concernant lien âge-burnout. Koch et al. (2015) constatent par ailleurs dans leur étude que les femmes ont un niveau d'accomplissement personnel plus faible. Par contre, le nombre d'enfants ne semble pas influencer l'apparition du burnout (Koh & al., 2015).

2) Les attitudes liées au travail :

- a. Les affects : La tendance à ressentir des émotions (affects) négatives influence positivement les dimensions du burnout (Rouxel, Michinov & Dodeler, 2016). Le sentiment d'accomplissement personnel augmente chez les personnes qui éprouvent plus d'émotions (affects) positives (Mojsa-Kaja & al., 2015).
- b. L'identification : L'identification à l'organisation permet au travailleur de percevoir un plus grand support social, réduisant ainsi le score de burnout (Avanzi, Schuh, Fraccaroli & van Dick, 2015).
- c. La satisfaction au travail : Une faible satisfaction au travail est associée à un plus haut risque de burnout (Amofo & al., 2015).
- d. L'engagement : Dans le modèle circulaire du bien-être au travail, le burnout apparaît à l'opposé de l'engagement (Mäkikangas & al., 2015). Alors que l'engagement se caractérise par une activation élevée et une sensation de plaisir, le burnout se définit par une désactivation et une sensation de mal-être. Toutefois, la question de savoir si le burnout et l'engagement sont deux pôles d'un même continuum ou deux concepts distincts n'a pas encore été tranchée (Goering, Shimazu, Shou, Wada & Sakai, 2017). En effet, chez la majorité des personnes, l'augmentation des dimensions du burnout va de pair avec la diminution des dimensions de l'engagement (Mäkikangas, Hyvonen & Feldt, 2017). Pour sa part, Sonnentag (2017) suggère une première distinction : l'engagement est un état qui ne peut être observé que dans l'accomplissement

d'une tâche même si ses conséquences peuvent résonner dans la vie privée alors que le burnout et particulièrement l'épuisement demeureront après la réalisation d'une tâche, même en dehors du travail.

- e. L'implication : Si l'implication affective (attachement psychologique de par un sentiment de loyauté et de fierté envers l'organisation) diminue le burnout, l'implication de continuité (rester dans l'organisation en raison du coût élevé d'un départ) en augmenterait la probabilité (Garland, Lambert, Hogan, Kim & Kelley, 2014). Toutefois, selon Li (2014), l'implication devrait plutôt être étudiée comme conséquence du burnout.
- f. La passion : Fernet, Lavigne, Vallerand et Austin (2014) se sont intéressés à la passion chez les enseignants. Les personnes passionnées par leur travail sont souvent perçues comme étant vulnérables au burnout. Pourtant, lorsque le travailleur a un impact sur l'activité pour laquelle il est passionné, la passion devient un facteur protecteur du burnout (Fernet & al., 2014). Si le travailleur n'a pas d'impact sur cette activité, la passion favorisera le burnout.

3) Les caractéristiques de la personnalité

- a. Le perfectionnisme : Il existerait deux dimensions du perfectionnisme dont les effets sont opposés. Le perfectionnisme positif (avoir des objectifs élevés en termes de performance) a un impact négatif sur le cynisme et le sentiment d'inefficacité. À l'inverse, le perfectionnisme négatif (autocritique sur ses performances et peur de faire des erreurs) augmentera la probabilité d'un burnout (Gnilka, McLaulin, Ashby & Allen, 2017 ; Mahmoodi-Sharhebabaki, 2017).
- b. L'efficacité perçue : La croyance qu'un individu possède quant à sa capacité à gérer une situation influence toutes les dimensions du burnout (Shoji & al., 2016) mais plus particulièrement le sentiment de diminution d'accomplissement personnel. Une plus grande efficacité perçue préservera du burnout. Cette relation peut varier en fonction du métier exercé et de l'âge. Ainsi, cette relation sera plus forte pour les personnes âgées ou avec plus d'expériences (Shoji & al., 2016). Enfin, l'efficacité peut être émotionnelle (la croyance de pouvoir percevoir, utiliser, comprendre et gérer ses émotions et celles des autres) et diminuera alors le burnout (Deschênes, Dussault & Frenette, 2014).

- c. La pleine conscience : La tendance à porter une attention totale au moment présent avec une attitude d'acceptation a été décrite comme un trait de personnalité réduisant la probabilité d'un burnout (Taylor & Millier, 2016). Toutefois, la pleine conscience peut aussi être vue comme une compétence à acquérir et sa formation, un moyen de prévention (Yang, Meredith & Kan, 2017).
- d. L'intelligence émotionnelle : La capacité de comprendre, de reconnaître et de réguler ses émotions s'accompagne d'une baisse de l'épuisement, de la dépersonnalisation et du sentiment de manque d'accomplissement personnel (Salami & Ajitoni, 2016).
- e. Le lieu de contrôle : Les personnes qui situent la cause des événements à l'extérieur ou qui ont une attribution externe (par comparaison aux personnes qui s'attribuent une influence sur les événements) ont une plus grande probabilité de mettre en place des mécanismes de coping émotionnel et d'évitement et sont donc plus sujettes au burnout (Wilski, Chmielewski & Tomczak, 2015).
- f. L'estime de soi : Le modèle du burnout basé sur l'estime de soi part du principe que le burnout affecte des personnes qui définissent leur propre valeur à travers la réussite dans des domaines exigeant des investissements (Svedberg, Hallsten, Narusyte, Bodin & Blom, 2016). En effet, les personnes qui définissent l'estime de soi sur base de leurs performances ressentent plus les effets de l'insécurité au travail sur le burnout (Blom, Richter, Hallsten & Svedberg, 2015).

4) Les stratégies d'adaptation ou coping :

- a. La littérature confirme que les stratégies actives, centrées sur le problème ou la recherche de support social protègent du burnout (méta-analyse de Shin et al., 2014 ; Tikkanen & al., 2017), mais principalement indirectement à travers l'engagement au travail que ces stratégies suscitent (Bermejo-Toro, Prieto-Ursúa et Hernández, 2016, échantillon d'enseignants).
- b. Concernant le coping centré sur les émotions, les efforts pour déplacer son attention de la situation émotionnelle (Li, Hou, Chi, Liu & Hager, 2014) ou pour supprimer ses émotions (Andela, Truchot & Ponz, 2014) faciliteront l'apparition du burnout. Par contre, la réinterprétation des événements

émotifs, une autre stratégie, s'accompagnera d'une diminution du burnout (Andela & al., 2014).

- c. Enfin, la rumination affective (pensées à propos des problèmes rencontrés au travail) prédit un plus haut niveau d'épuisement, de cynisme et de dépression (Vandevala & al., 2017, échantillon de professionnels de la santé).

2.2.5. Le burnout vu comme un déséquilibre individu/environnement

En se basant sur le modèle des « aires de la vie au travail » (Area of Worklife), Maslach et Leiter (2017) reprennent six domaines dans lesquels un déséquilibre entre le travailleur et l'organisation peut influencer le burnout.

- 1) La surcharge au travail : La surcharge au travail est principalement liée à la dimension d'épuisement dans le burnout (Maslach & Leiter, 2017).
- 2) Le contrôle : le modèle des demandes et du contrôle (JDC model) de Karasek (1979) souligne l'importance du contrôle personnel au travail (Maslach & Leiter, 2017). Le contrôle est important pour les femmes non-managers (Blom, Bodin, Bergström & Svedberg, 2015). Le contrôle au travail peut se présenter de deux manières : le contrôle objectif (la quantité de contrôle que l'individu possède réellement) et le contrôle perçu (la quantité de choix que l'individu croit avoir) (Park, Jacob, Wagner & Baiden, 2014). Pour les personnes qui ressentent plus le besoin d'obtenir des réponses afin d'éviter l'anxiété, un leadership plus autoritaire aidera face au burnout alors que pour celles qui ressentent moins ce besoin, un leadership plus souple sera meilleur (Bélanger, Pierro, Barbieri, De Carlo, Falco & Kruglanski, 2016).
- 3) Les récompenses : Le modèle des efforts et des récompenses (ERI Model) de Siegrist (1996) met l'accent sur le manque de récompenses qu'elles soient financières, institutionnelles ou sociales dans l'explication du burnout (Maslach & Leiter, 2017). Les opportunités de donner de la reconnaissance pour le manager sont pourtant réduites en raison, notamment, de la pression temporelle (Leiter, 2015).
- 4) La communauté (ensemble des interactions sociales comme les conflits, le support mutuel, la proximité et la capacité de travailler en équipe) (Maslach & Leiter, 2017). Avec un besoin élevé d'affiliation, un travailleur dans un environnement où le travail est majoritairement solitaire sera plus à risque de développer un burnout. A l'inverse, ce même travailleur dans un travail collectif aura moins de chances d'être en burnout (Brandstätter, Job & Schulze, 2016).

- 5) L'équité : Est-ce que les décisions au travail sont perçues comme justes et équitables (Maslach & Leiter, 2017) ? Plus le sentiment de justice par rapport aux procédures, au respect interpersonnel et aux informations reçues est élevé, plus l'épuisement émotionnel et la dépersonnalisation diminuent (Bouterfas, Desrumaux, Leroy-Fremont & Boudenghan, 2016). Toutefois, l'effet des justices procédurale et informationnelle passerait à travers un meilleur soutien social (Leroy-Fremont, Desmuraux & Moundjigout, 2014). Campana et Hammoud (2015) obtiennent quant à eux des résultats mitigés. Si la justice informationnelle prédit un plus faible score de burnout, la perception d'une justice interpersonnelle augmenterait l'impact des incivilités sur l'augmentation du burnout.
- 6) Les valeurs : Les valeurs personnelles des travailleurs sociaux influencent les trois dimensions du burnout (Tartakovsky, 2016). Des valeurs plus orientées vers les autres, plus compatibles avec les professions sociales diminuent la probabilité de développer un burnout. A l'inverse, des valeurs orientées vers soi, moins compatibles avec ce métier augmenteront le risque d'un burnout (Tartakovsky, 2016). Une meilleure congruence entre les valeurs personnelles et les valeurs du travail prédit un meilleur sentiment d'accomplissement personnel (Veage & al., 2014). Des motivations en inadéquation pourront conduire au burnout (Rawolle, Wallis, Badham & Kehr, 2016).

Les six domaines de la vie au travail auraient un impact différent sur les dimensions du burnout. Ainsi, la surcharge au travail influence principalement l'épuisement alors que les récompenses ont un effet plus grand sur le cynisme (Jimenez & Dunki, 2017). Le contrôle prédit plus la dépersonnalisation et le manque d'accomplissement personnel (Park & al., 2014).

La théorie de l'autodétermination permet également de comparer la congruence entre les individus et leur environnement. Selon cette, théorie, les humains sont motivés à satisfaire des besoins psychologiques d'autonomie (être responsable et prendre l'initiative de ses propres actions), de compétence (pouvoir interagir efficacement avec son environnement) et d'affiliation (pouvoir se sentir significativement lié à d'autres personnes) (Deci & Ryan, 2008). Albrecht (2015) ajoute également le besoin de réussite. La satisfaction de ces besoins diminue les symptômes du burnout (Gillet, Fouquereau, Huyhebaert & Colombat, 2016). Bouterfas et al. (2016) obtiennent quant-à-eux des résultats mitigés. Si la satisfaction des besoins diminue le sentiment de dépersonnalisation, elle n'a pas d'effet sur l'épuisement.

Le conflit travail-vie privée est souvent repris comme prédicteur du burnout. Un conflit entre le travail et la famille augmente la probabilité d'un burnout (Amofo & al., 2015). Le conflit entre le travail et les activités de détente augmente aussi le risque de développer un burnout (Lin, Huang, Yang & Chiang, 2014).

2.3. Modèles théoriques du burnout : focus sur le modèle JD-R

Au-delà des variables pouvant influencer l'apparition du burnout, le Modèle JD-R (Bakker & Schaufeli, 2017) représente depuis les années 2000 le modèle permettant d'expliquer les processus de la performance au travail à travers la burnout et l'engagement au travail. Ce modèle a été actualisé tout récemment en 2017.

Le modèle JD-R de Schaufeli et Bakker (2004) postule l'existence de deux processus agissant en parallèle pour prédire les conséquences des conditions de travail sur la santé du travailleur (voir schéma 1). En premier lieu, le processus énergétique se centre sur les contraintes du travail qui vont amener le travailleur à dépenser de l'énergie et à s'épuiser. Ensuite, le processus motivationnel postule que les ressources du travailleur vont lui permettre de s'engager dans son travail (Bakker & Demerouti, 2017).

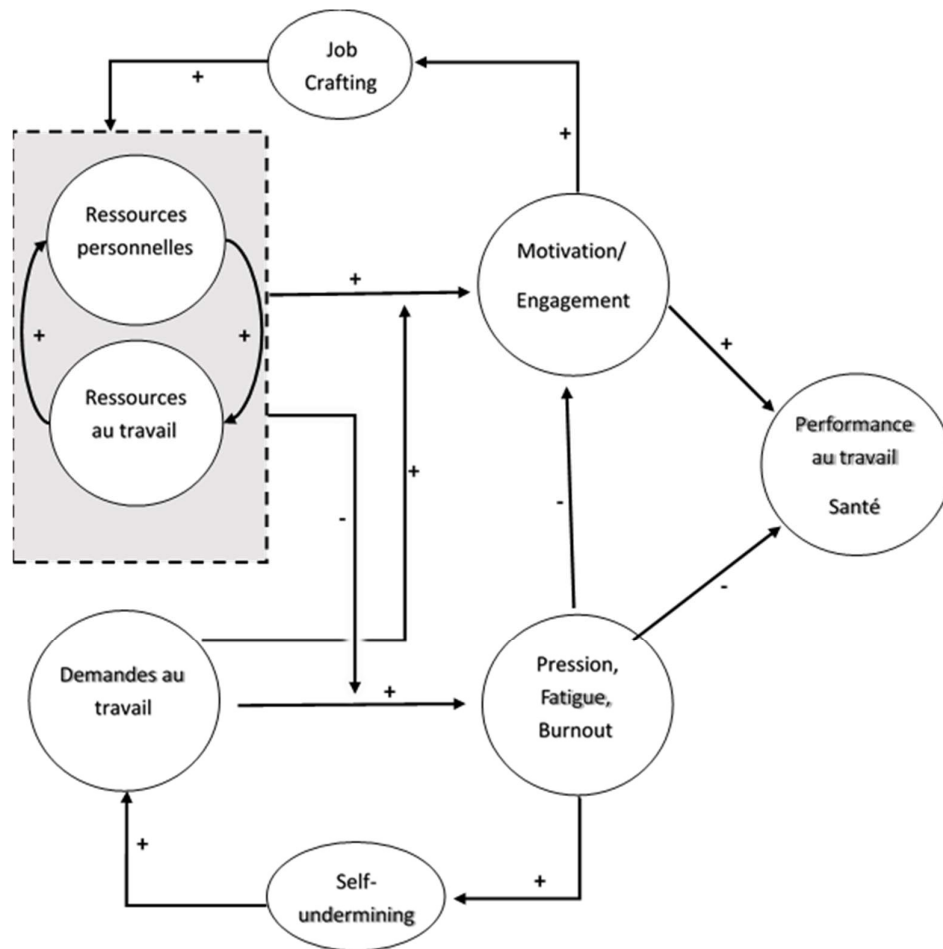


Schéma 1 : Traduction du modèle JD-R de Bakker et Demerouti (2017)

2.3.1.1. Le processus énergétique

Le processus énergétique met l'accent sur les demandes. Les demandes au travail sont définies comme « les aspects physiques, psychologiques, sociaux et organisationnels du travail qui requièrent des efforts physiques et/ou psychologiques et sont donc associés avec des coûts physiques et psychologiques » (Demerouti, Bakker, Nachreiner & Schaufeli, 2001, p.501). Les demandes ne sont pas toujours négatives. Elles peuvent se transformer en obstacles lorsqu'elles demandent des efforts élevés de la part d'un travailleur mais elles peuvent aussi se changer en défis (Bakker & Demerouti, 2014). Récemment, les demandes personnelles ont été introduites dans le JD-R. Elles sont définies comme « les exigences d'un individu par rapport à ses propres performances et comportements qui le forcent à investir des efforts dans son travail et sont donc associées avec des coûts physiques et psychologiques » (Barbier, Hansez, Chmiel, Demerouti, 2013, p. 751). Cependant, l'impact des demandes personnelles a encore peu été étudié.

2.3.1.2. Le processus motivationnel

Dans le processus motivationnel, les ressources se rapportent « aux aspects physiques, psychologiques, sociaux et organisationnels qui sont fonctionnels dans l'atteinte des objectifs, qui réduisent les demandes et les coûts physiologiques et psychologiques ou qui stimulent l'apprentissage, le développement et la croissance personnelle » (Bakker & Demerouti, 2007, p.312). A l'origine, les ressources se rapportaient uniquement aux conditions de travail. Toutefois, les ressources personnelles ont été ajoutées au modèle (Bakker & Demerouti, 2017). Les ressources personnelles sont les aspects de l'individu qui sont généralement liés à la résilience (Hobfoll, Johnson, Ennis & Jackson, 2003). Les ressources familiales ont également été étudiées comme le support de la famille (Hakanen, Schaufeli & Ahola, 2008). Traditionnellement, les ressources sont toutefois divisées en deux catégories : les ressources liées au travail et les ressources personnelles. Les ressources ont un impact positif sur la performance du travailleur à travers leur impact positif sur l'engagement au travail.

2.3.1.3. Interactions entre les deux processus

Les processus énergétique et motivationnel ont d'abord été conçus comme deux processus indépendants. Toutefois, les recherches montrent que les demandes et les ressources interagissent entre elles (Bakker & Demerouti, 2017). Les ressources protègent l'individu contre les effets des demandes. Les ressources ont également un effet plus important sur l'engagement lorsque les demandes, et plus particulièrement les demandes perçues comme des défis, sont élevées.

2.3.1.4. Rétroactions positives et négatives

Si les ressources augmentent l'engagement, ce dernier va, à son tour, augmenter les ressources. Ce phénomène est expliqué par un processus de job crafting, défini comme les changements que les travailleurs réalisent concernant les demandes au travail et les ressources (Tims, Bakker & Derks, 2012). Le job crafting peut prendre quatre formes différentes : augmenter les ressources liées au fonctionnement du travail, augmenter les ressources sociales, augmenter les demandes perçues comme des défis et diminuer les demandes perçues comme un obstacle (Tims & al., 2012).

Une spirale de perte se produit également puisque lorsque l'épuisement augmente, la perception des demandes aussi. Bakker et Costa (2014) proposent d'expliquer ce processus par des comportements de « self-undermining », comportements créés par les travailleurs qui

pourraient diminuer, déstabiliser et miner leurs performances. Par exemple, ils communiquent moins, font plus d'erreurs et créent plus de conflits.

Par rapport au burnout, on peut conclure que celui-ci se situe au niveau du processus énergétique, avec une rétroaction négative possible sur les demandes via les comportements de self-undermining, qui amplifie alors davantage le processus menant au burnout. Dans la mesure où le modèle postule des interactions entre les deux processus proposés, le processus motivationnel reste aussi important dans l'apparition du burnout, dans le sens où plus de ressources peut protéger le travailleur du burnout. Ce modèle permet de souligner l'intérêt d'agir sur les contraintes dans le travail mais aussi d'offrir aux travailleurs suffisamment de ressources pour y faire face.

2.4. Comment le burnout se manifeste-t-il ?

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

2.4.1. Manifestations physiques

- 1) La fréquence cardiaque : le burnout est associé à une fréquence cardiaque plus faible (Lennartson, Jonsdottir & Sjörs, 2016).
- 2) Le niveau de prolactine : le *niveau de prolactine* chez les hommes (mais pas chez les femmes) souffrant de burnout serait plus élevé, or la prolactine aurait un rôle protecteur contre les conséquences négatives du stress (Lennartsson, Billig & Jonsdottir, 2014).
- 3) Le niveau de cortisol : Le niveau de cortisol peu de temps après le réveil est plus faible chez les patients qui souffrent de burnout (Oosterholt et al., 2015). Ce niveau rejoint celui des sujets contrôles une heure après le réveil. Selon une étude de Marchand et al. (2014), le niveau de cortisol varie en fonction des dimensions du burnout : l'épuisement émotionnel se caractérisera plus par un niveau de cortisol faible en début de journée alors que la diminution du sentiment d'accomplissement se caractérisera par un taux de cortisol plus faible en fin de journée. Le score obtenu au cynisme n'influence par le niveau de cortisol.
- 4) La production de DHEA-s : les personnes souffrant de burnout ont un niveau de DHEA-s plus faible (Lennartson, Sjörs & Jonsdottir, 2015).
- 5) Les troubles du sommeil : les personnes souffrant de burnout rapportent plus de difficultés de sommeil (de Beer, Pienaar & Rothmann, 2014). Grossi, Perki, Osika et

Savic (2015), dans leur méta-analyse, caractérisent le sommeil chez les patients en burnout comme composé de plus de micro-éveils et de fragmentations du sommeil, plus de temps éveillé, ainsi qu'un sommeil moins efficace et de moins bonne qualité. En plus, les patients en burnout éprouvent des difficultés à s'endormir.

- 6) La baisse d'énergie : le lien entre le burnout et la baisse d'énergie semble évident (Shirom, 2005). Toutefois, il ne faut pas limiter le burnout à ce symptôme (Maslach & Leiter, 2016).

2.4.2. Manifestations cognitives et affectives

- 1) La littérature récente insiste sur la perturbation du fonctionnement cognitif avec notamment des *problèmes de mémoire* à court et long terme (respectivement Kleinsorge, Diestel, Scheil & Niven, 2014 et Deligkaris, Panagopoulou, Montgomery & Masoura, 2014). Il faut toutefois noter que les études sur le dysfonctionnement de la mémoire exécutive demeurent contradictoires. Les plaintes liées à une capacité cognitive diminuée ne se confirment pas, dans toutes les études, avec les résultats à des tâches de performance cognitive (e.g. Oosterholt, Maes, Van der Linden, Verbraak & Kompier, 2014). Si le dysfonctionnement de la mémoire exécutive ne fait pas l'objet de consensus, *l'apprentissage de tâches est difficile* pour les sujets en burnout, suggérant tout de même un fonctionnement cognitif diminué (Oosterholt, Maes, Van der Linden, Verbraak & Kompier, 2016). Sokka et al. (2017) constate également des *difficultés à passer d'une tâche à l'autre* et un taux d'erreurs plus important chez les personnes qui ont un niveau de burnout élevé. Ce résultat est toutefois en contradiction avec Oosterholt et al. (2014) qui ne trouvent pas de diminution de la capacité de changer de tâche chez les personnes en burnout. Par contre, on trouve plus de consensus dans les études concernant la diminution de la performance aux tâches de mise à jour chez les personnes en burnout (Deligkaris & al., 2014 ; Oosterholt, Van der Linden, Maes, Verbraak & Kompier, 2012 ; Oosterholt & al. ; 2014). On constate globalement moins de flexibilité cognitive chez les personnes en burnout. Au niveau cognitif, on observe aussi une *diminution de l'attention* (Kleinsorge, Diestel, Scheil & Niven, 2014), une *diminution de la performance à la tâche* (Demerouti, Bakker & Leiter, 2014) et une *diminution de l'adaptabilité face aux changements* (Demerouti & al., 2014).
- 2) Au niveau plus affectif, on confirme une *diminution de la motivation* pour les tâches à accomplir au travail (Fernet, Chanal & Guay, 2017), une *augmentation de la culpabilité*

(Olivarez-Faundez, Gil-Monte & Figueiredo-Ferraz, 2014), une *augmentation de la rumination, des attributions pessimistes et des symptômes dépressifs* (Bianchi & Schonfeld, 2016). Lheureux, Truchot et Borteyrou (2016) constatent que l'épuisement émotionnel est associé chez les médecins à une *tendance suicidaire* plus élevée.

2.4.3. Manifestations comportementales

- 1) La littérature met en évidence une augmentation des erreurs chez les personnes en burnout, par exemple lorsqu'il s'agit de passer d'une tâche à l'autre (Sokka & al., 2017). Un autre exemple concerne les chauffeurs de bus dont la conduite devient plus dangereuse (violations avec une intention agressive envers d'autres conducteurs, erreurs dues à une diminution de l'attention) au fur et à mesure que le burnout augmente (Shi & Zhang, 2017).
- 2) Une autre étude récente montre également que les travailleurs qui ont un score d'épuisement professionnel plus élevé prennent moins de décisions éthiquement correctes en milieu de travail (e.g. accepter des bénéfices illégaux, dénoncer les vols, commettre un vol de propriété intellectuelle), l'épuisement émotionnel jouant un effet médiateur entre l'attachement-évitant et les décisions non éthiques (Chopik, 2015).
- 3) L'hygiène de vie est aussi perturbée chez les personnes en burnout avec une *augmentation de la consommation de tabac et d'alcool* (Olivarez-Faundez & al., 2014) et des *antidouleurs* (Alexandrova-Karamova & al., 2016, échantillon de professionnels de la santé) mais aussi une *augmentation de la consommation de nourriture « fast food »* (Alexandrova- Karamanova & al., 2016) et la *diminution des activités physiques* (Alexandrova & al., 2016).
- 4) Absentéisme. Les personnes souffrant d'une maladie mentale (dépression, burnout, anxiété) s'absentent plus longtemps de leur travail. Elles ont une moyenne d'incapacité de travail trois fois plus élevée que celle liée aux maladies gastro-intestinales ainsi que cardiovasculaires et quatre fois plus élevée que celle liée aux maladies respiratoires et aux infections (Schneider & al., 2017). Schouteten (2017) ajoute que si la fréquence de l'absentéisme augmente avec la dépersonnalisation, la longueur de l'absentéisme augmente avec la dimension d'épuisement.

2.5. Quelles conséquences peuvent découler du burnout ?

La littérature récente confirme l'augmentation de l'absentéisme et le coût qui s'y rapporte. Ainsi, le nombre de malades de longue durée (avec un arrêt de travail d'au moins un an) s'est

étendu en raison, notamment, du stress chronique (Securex, 2015). Le taux d'absentéisme s'est ainsi accru de 3.27% entre 2010 et 2015 alors que l'incapacité de plus de 28 jours a augmenté de 7.23% (INAMI, 2017). Les sorties d'incapacité de travail en raison de la reprise du travail diminuent entre 2010 et 2015 de 3.14% (Securex, 2015). Les problèmes psychiques et les troubles musculo-squelettiques sont les principales causes d'incapacité de travail.

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

2.6. [Comment mesurer le burnout ?](#)

Il n'existe pas une mesure unique pour étudier le burnout. De fait, comme aucune définition ne fait l'objet d'un consensus, plusieurs mesures ont été développées, le plus souvent selon le nombre de dimensions privilégiées dans les différentes conceptions du burnout.

2.6.1. Conception du burnout en 4 dimensions

Le burnout est composé de quatre dimensions : le manque d'enthousiasme envers le travail, l'épuisement physique ou émotionnel, l'indolence et la culpabilité.

2.6.1.1. [Le Spanish Burnout Inventory \(SBI\)](#)

Le SBI contient 20 items allant de 0 (jamais) à 4 (tous les jours) et comprend quatre sous-échelles (l'enthousiasme envers le travail, l'épuisement émotionnel, l'indolence et la culpabilité) (Guidetti & al., 2017).

2.6.2. Conception du burnout en trois dimensions

Le burnout est composé de trois dimensions : l'épuisement, le cynisme et le manque d'accomplissement personnel.

2.6.2.1. [Le Maslach Burnout Inventory \(MBI\)](#)

Se basant sur la définition la plus utilisée, le MBI a longtemps été considéré comme la mesure standard du burnout, jusqu'au point où 90% des études sur le burnout ont utilisé le MBI (Reis, Xanthopoulou & Tsaousis, 2015). Le MBI englobe trois dimensions du burnout (épuisement,

cynisme et manque d'accomplissement personnel). Trois versions différentes du MBI sont utilisées (Bria, Spânu, Baban & Dumitrascu, 2014) :

- 1) Le MBI-HSS s'adresse plus particulièrement aux professionnels de soins de santé.
- 2) Le MBI-ES s'adresse aux enseignants.
- 3) Le MBI-GS répond à une demande d'étudier des professions n'impliquant pas nécessairement d'interactions sociales. Cette dernière version est souvent choisie car elle peut s'appliquer à un public plus large (Bria & al., 2014).

2.6.2.2. L'Utrechtse Burnout Schaal (UBOS)

L'UBOS est la version néerlandaise du MBI. Elle possède un item de moins que le MBI avec 15 items, mesurant les trois dimensions du burnout : l'épuisement (5 items), la distance (4 items) et le manque d'accomplissement personnel (6 items) (Vanheule, Rosseel, Vlerick, Van de Ven & Declercq, 2012 ; Conseil Supérieur de la Santé, 2019). Elle comprend trois versions :

- 1) L'UBOS-C s'adresse aux professions contractuelles.
- 2) L'UBOS-L s'adresse aux enseignants.
- 3) L'UBOS-A est une version générale.

L'échelle de réponses va de 0 (jamais) à 6 (chaque jour). Il n'existe, à notre connaissance, pas de normes belges de l'UBOS.

2.6.3. Conception du burnout en deux dimensions

Le burnout englobe deux dimensions : l'épuisement et le désengagement.

2.6.3.1. L'Oldenburg Burnout Inventory (OLBI)

Basé sur le modèle JD-R, le OLBI distingue l'épuisement (physique, affectif et cognitif) et le désengagement (Reis & al., 2015). Le OLBI comprend 16 items positivement et négativement formulés, supposant que les deux dimensions du burnout peuvent être interprétées sur un continuum allant de l'épuisement à la vigueur (continuum de l'énergie) et sur un continuum allant du désengagement à l'implication (continuum de l'identification) (Reis & al., 2015). Le OLBI peut être utilisé pour tous les travailleurs quel que soit leur métier (Reis & al., 2015). Une version du OLBI a été adaptée pour les étudiants, le OLBI-S (Reis & al., 2015).

Dans le cadre de différents projets de recherche et enquêtes, dont les projets sur le burnout financés par le SPF Emploi, Travail et Concertation Sociale, l'unité de recherche VALORH (Valorisation des Ressources Humaines) de l'Université de Liège a récolté un total de 10.779

données à travers l'utilisation de l'outil de mesure OLBI. Ces données, récoltées exclusivement auprès de travailleurs belges, sont issues de secteurs d'activités variés. Le secteur public était cependant surreprésenté dans cet échantillon initial, et principalement la Défense qui en représentait (plus de 6000 données). Dès lors, afin de faire correspondre au mieux notre échantillon à la population belge générale (sur base des estimations de l'OCDE pour 2016), nous en avons extrait un échantillon 'équilibré' en termes de représentation des différents secteurs d'activité, mais aussi du genre. Cet échantillon représentatif, composé de 3.300 données, a permis la création de normes visant à faciliter l'interprétation des scores obtenus (Hansez et Laurent, 2018).

2.6.4. Conception du burnout en une seule dimension

L'épuisement est vu comme la caractéristique centrale du burnout.

2.6.4.1. Le Shirom-Melamed Burnout Measure (SMBM)

Le SMBM se centre uniquement sur l'épuisement en distinguant la fatigue physique, l'épuisement émotionnel et la lassitude cognitive. Le SMBM s'inscrit dans le prolongement de la théorie de la Conservation des Ressources (Reis & al., 2015). Une version française a été créée par Sassi et Neveu (2010). Considérer l'épuisement comme unique dimension du burnout a été critiqué (Reis & al., 2015).

2.6.4.2. Le Copenhagen Burnout Inventory (CBI)

Partant du principe que les dimensions du burnout doivent être étudiées séparément, le CBI se centre uniquement sur l'épuisement en différenciant la fatigue personnelle (6 items), la fatigue liée au travail (7 items) et la fatigue liée aux clients (6 items) (Kristensen, Borritz, Villadsen & Christensen, 2005).

2.6.4.3. La mesure du burnout (BM)

Moins utilisé de nos jours, le BM évalue uniquement la dimension de l'épuisement. Toutefois, il n'est pas évident de déterminer si le BM est constitué d'une seule dimension ou de trois dimensions (Schaufeli & Dierendonck, 1993) à savoir l'épuisement physique, émotionnel et mental.

2.6.5. Différents types de burnout

Si nous reprenons Farber (2000), il existe différentes catégories du burnout : le burnout frénétique, le burnout « underchallenged », le burnout « worn-out ».

2.6.5.1. Le Burnout Clinical Subtypes Questionnaire (BCSQ-36)

Sur base des dimensions du burnout de Farber (2000), Montero-Marín et García-Campayo (2010) créent un questionnaire comprenant 36 items recouvrant les trois types de burnout :

- 1) Le burnout frénétique est mesuré à l'aide de 3 sous-catégories (ambition, surcharge et implication) comprenant 4 items.
- 2) Le burnout underchallenged est étudié par 3 sous-échelles (indifférence, manque de développement et ennui) comprenant chacune 4 items.
- 3) Le burnout « worn-out » est évalué avec 3 sous-catégories (manque de connaissance, négligence et manque de contrôle) comprenant chacune 4 items.

2.6.6. Autres types d'échelles

2.6.6.1. Le Burnout Assesment Tool (BAT)

Il s'agit d'une échelle en cours d'élaboration à la KUL. Elle comprend quatre dimensions de base : (1) l'épuisement physique et psychologique; (2) la distanciation mentale du travail caractérisée par un retrait mental/physique; (3) la perte de contrôle cognitif caractérisée par des problèmes de mémoire, d'attention, de concentration et de performance qui sont dus à une perturbation du fonctionnement cognitif; et (4) la perte de contrôle émotionnel caractérisée par des réactions émotionnelles exacerbées et une faible tolérance. Deux symptômes secondaires sont également mesurés : les symptômes de stress comportementaux et symptômes de stress psychosomatique. Ces items sont évalués sur une échelle de fréquence allant de 1 (jamais) à 5 (toujours) (Desart, Schaufeli & De Witte, 2017). Cette échelle a été communiquée officiellement par l'Université de Leuven le 20 mars 2019. Les informations complètes se trouvent sur le site internet <https://burnoutassessmenttool.be/>

2.6.7. Synthèse

Les échelles du burnout varient en fonction de la conception du burnout :

- 1) Si le burnout est vu comme un processus unidimensionnel comprenant l'épuisement, les échelles utilisées seront plus souvent le Shirom-Melamed Burnout Measure (SMBM) ou le Copenhagen Burnout Inventory (CBI).
- 2) Si le burnout est vu comme un processus bidimensionnel comprenant l'épuisement et le désengagement, l'échelle utilisée sera plus souvent l'Oldenburg Burnout Inventory (OLBI).

- 3) Si le burnout est vu comme un processus tridimensionnel comprenant l'épuisement, le cynisme et le manque d'accomplissement personnel, les échelles utilisées seront plus souvent le Maslach Burnout Inventory (MBI) ou l'Utrechtse Burnout Schaal (UBOS).
- 4) Si le burnout est vu comme un processus tétra dimensionnel comprenant l'épuisement, l'indolence, l'enthousiasme envers le travail et la culpabilité, l'échelle utilisée sera plus souvent le Spanish Burnout Inventory (SBI).
- 5) Si le burnout peut être classé selon les dimensions de Farber (2000) (frénétique, underchallenged et worn-out), l'échelle utilisée sera plus souvent le Burnout Clinical Subtypes Questionnaire (BCSQ-36).
- 6) Une autre échelle est en cours de développement, le Burnout Assesment Tool (BAT).

En conclusion, à l'heure actuelle, l'équipe de recherche privilégie l'utilisation du OLBI pour deux raisons principalement. La première est liée à l'équilibre de la valence des items. Le fait que le questionnaire comprenne à la fois des items formulés positivement et négativement permet de réduire le biais de transparence ou de désirabilité sociale. La seconde raison est liée au fait que nous disposons de normes belges pour interpréter les scores du OLBI, ce qui facilite son utilisation. Toutefois, le BAT par sa conception en quatre dimensions nous semble pertinent. La nouvelle dimension liée à une perte du contrôle cognitif nous semble effectivement pertinente car ces symptômes sont souvent pointés au niveau du jugement clinique des médecins lors de leur utilisation de la fiche de détection précoce du burnout (Hansez et al., 2010).

2.7. Quelles sont les interventions envisagées face au burnout ?

2.7.1. Une première classification : le moment de l'intervention

Les interventions visant à réduire les problèmes liés au stress sont traditionnellement classifiées en trois catégories (Ahola, Toppinen-Tanner & Seppänen, 2017) :

- 1) Les interventions primaires visent à réduire les facteurs de risque dans le but de prévenir le développement du burnout.
- 2) Les interventions secondaires visent un groupe de travailleurs qui manifestent des premiers signes de souffrance et qui ont une grande probabilité de développer un burnout. On parle aussi de maintien dans l'emploi.

- 3) Les interventions tertiaires visent des travailleurs qui souffrent déjà d'un burnout. Ces interventions sont souvent associées à la nécessité de mettre en place un accompagnement pour le retour au travail.

2.7.2. Une deuxième classification : la cible de l'intervention

Les interventions peuvent aussi être classées en fonction de leur cible (Ahola & al., 2017) : l'individu ou l'environnement.

2.7.2.1. Interventions sur les individus

Parmi les interventions testées, la majorité se centre sur l'individu (Ahola & al., 2017). Les méthodes les plus utilisées proviennent des techniques cognitivo-comportementales (Ahola & al., 2017). D'autres méthodes ont montré une efficacité dans la diminution du burnout comme les thérapies de groupe basée sur la méthode du psychodrame (Ahola & al., 2017), le développement des compétences comme l'empathie (Wagaman, Geiger, Shockley & Segal, 2015), les stratégies de relaxation (Maslach, 2017), une meilleure connaissance de ses forces et de ses faiblesses (Maslach, 2017) ou encore l'augmentation du support social (Maslach, 2017). Les exercices physiques peuvent également diminuer le burnout (Ahola & al., 2017 ; Maslach, 2017), même si Freitas, Carnesecca, Paiva et Paiva (2014) ne trouvent pas d'effet de l'activité physique sur la diminution du burnout. Par ailleurs, si les interventions testées ont un impact sur l'épuisement, leurs influences sur le cynisme et le manque d'accomplissement personnel semblent ténues voire inexistantes (Maricuțoiu, Sava & Butta, 2016).

La manière dont un travailleur guérit quotidiennement du stress a également été étudiée. Toutefois, peu d'attention a été portée sur les processus physiologiques et psychologiques impliqués au jour le jour dans le développement du burnout (Oerlemans & Bakker, 2014). Le temps passé dans des activités de socialisation augmente la santé physique chez les personnes qui ont un score de burnout élevé (Oerlemans & Bakker, 2014).

2.7.2.2. Interventions sur les organisations

Classiquement, ce type d'intervention inclut des actions visant à améliorer les conditions de travail et le fonctionnement des équipes. Dans les entreprises, on trouve beaucoup d'initiatives relatives notamment à une meilleure définition des rôles, à la clarification des responsabilités, à l'amélioration de la communication, à une meilleure répartition du travail et des ressources en personnel, à une amélioration dans la gestion des équipes (soutien du superviseur, respect, justice, équité...) et ce, en veillant à restaurer un management de proximité ou encore

l'augmentation des ressources au travail (information pertinente à disposition, matériel ou équipement adéquat ou soutien administratif).

En comparaison des stratégies centrées sur la personne, il existe peu d'études sur l'évaluation des solutions pour améliorer l'environnement de travail (Ahola & al., 2017 ; Maslach, 2017). Pourtant, les interventions centrées sur l'environnement seraient plus efficaces que les interventions basées sur les individus. Selon Montgomery, Georganta, Doulougeri et Panagopoulo (2015), les contraintes du travail en font un milieu difficile à changer. Récemment, Montgomery et al. (2015) ont décrit l'approche participative 'bottom-up' comme étant une des meilleures perspectives possibles en la matière. Ce processus peut être basé sur la recherche-action. La recherche-action est un processus réflexif de résolution de problèmes mené par les individus appartenant à la même équipe ou à une communauté de pratique afin d'améliorer la façon de poser les problèmes et de les résoudre (Montgomery & al., 2015).

2.7.2.3. Interventions sur l'adéquation entre l'individu et son environnement

La théorie des aires de la vie au travail postule que le burnout naît d'une inadéquation ou incongruence entre l'environnement et l'individu dans un des six domaines (charge de travail, contrôle, récompenses, communauté, équité, valeurs). En fonction du domaine qui pose problème, l'intervention sera différente. A titre d'exemple dans un domaine particulier, Henry (2014) décrit des interventions développées dans le milieu des soins infirmiers chez les infirmières.

- 1) Charge de travail : aller marcher cinq minutes, augmenter la délégation et le travail d'équipe, proposer une avancée technologique pour réduire la surcharge.
- 2) Contrôle (pour remédier au fait de se sentir impuissant face à la souffrance des patients ou le deuil des familles): offrir du soutien au personnel, organiser des groupes de soutien par les pairs face aux situations de deuil, concevoir un lieu pour partager les cartes de sympathie, funérailles et remerciements des patients.
- 3) Récompenses : augmenter le salaire, offrir des récompenses, chercher un autre travail impliquant des bénéfices.
- 4) Communauté : encourager le personnel à exprimer ses sentiments, augmenter les interactions quotidiennes, les routines, les rencontres du personnel ou les activités en dehors du travail.

- 5) Équité : désigner un leader de l'équipe pour les projets, travailler avec les managers, offrir aux travailleurs les récompenses du mois, inclure des auto-évaluations dans les évaluations des performances annuelles.
- 6) Valeurs : trouver un terrain d'entente entre les comportements de l'organisation et les valeurs des travailleurs.

2.7.3. Une troisième classification : selon le modèle de référence

2.7.3.1. Les interventions selon le modèle JD-R

Le JD-R propose quatre types d'interventions en fonction de la cible (demandes/ressources au travail ou ressources personnelles) et du niveau de l'intervention (individu ou son environnement) (Bakker & Demerouti, 2014).

- 1) Le 'job redesign' fait référence à la clarification des rôles et à l'aménagement des conditions de travail (Grant & Parker, 2009 as cited in Bakker & Demerouti 2014). Plus spécifiquement, les organisations doivent offrir à leurs travailleurs suffisamment de défis dans leur travail, suffisamment de ressources au travail, comme par exemple un feedback régulier ou un bon soutien social.
- 2) Le job crafting, intervention habituellement initiée par le travailleur. Pour rappel, nous avons défini plus haut le job crafting comme étant les changements que les travailleurs réalisent concernant les demandes au travail et les ressources (Tims, Bakker & Derks, 2012). Le job crafting peut prendre quatre formes différentes : augmenter les ressources liées au fonctionnement du travail, augmenter les ressources sociales, augmenter les demandes perçues comme des défis et diminuer les demandes perçues comme un obstacle (Tims & al., 2012).
- 3) Les formations et le développement des travailleurs pour acquérir de nouvelles compétences, de nouvelles techniques et de nouvelles capacités.
- 4) Les interventions basées sur les forces : les forces individuelles peuvent être définies comme des traits positifs reflétant des pensées, sentiments et comportements. Ces interventions permettent aux travailleurs d'utiliser leurs forces au travail et donc d'augmenter leurs ressources personnelles. Van Woerkom, Nishii & Bakker (2015)

montrent ainsi que le soutien de l'utilisation des forces de chacun permet de résister aux conséquences négatives de la charge de travail.

Le schéma 2 synthétise ces interventions.

		Cible de l'intervention	
		Demandes/ressources au travail	Demandes personnelles
Niveau de l'intervention	Organisation	1. Job redesign	3. Formation
	Individu	2. Job crafting	4. Interventions basées sur les forces

Schéma 2 : *Types d'intervention possibles selon le modèle JD-R en prenant en compte le niveau de l'intervention et la cible de l'intervention*

Le modèle JD-R nous invite également à faire la différence entre les demandes « Challenge » qui vont avoir un impact positif sur l'individu et les demandes « Hindrance » qui auront un impact négatif (Ruper, Miller & Dorociak, 2015). Si diminuer ces dernières est important dans la prévention, il n'est pas nécessaire de supprimer les demandes « Challenge ». Au contraire, les demandes « Challenge » augmenteront la motivation des travailleurs.

2.8. Prévalence du burnout dans la population

En 2010, Hansez, Mairiaux, Firket & Braeckman ont réalisé une étude de prévalence du burnout au sein de la population belge grâce au soutien du SPF Emploi, Travail et Concertation Sociale. 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. 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.

En 2014, une étude en Flandre réalisée sur une population de médecins, de psychologues, de travailleurs sociaux et d'infirmières rapporte que 2% de la population présente un haut niveau pour tous les symptômes de burnout (épuisement, cynisme, manque d'accomplissement personnel). 38.9% des médecins, 13.8% des psychologues, 20.9% des travailleurs sociaux et 20.8% des infirmières ont un niveau d'épuisement élevé. 27.6% des médecins, 21.5% des infirmières, 16.4% des travailleurs sociaux et 11.6% des psychologues rapportent des niveaux élevés de dépersonnalisation. Enfin, 17.6% des infirmières, 14.9% des travailleurs sociaux, 9.6% des psychologues, 6.7% des médecins rapportent un faible niveau d'accomplissement personnel (Eelen & al., 2014).

Dans une étude de Aiken et al. (2012) sur le bien-être des travailleurs européens et américains, 25% des infirmières belges se déclarent en burnout. Les chiffres de prévalence du burnout au sein des infirmières varient en fonction des pays : Grèce (78%), l'Angleterre (42%), l'Irlande (41%), la Pologne (40%), les Etats-Unis (34%), l'Allemagne (30%), la Suède (29%), l'Espagne (29%), la Finlande (22% et la Suisse (15%).

En 2017, Banerjee et al. évaluent la prévalence du burnout dans les services d'oncologie en Europe. Sur la Belgique, la France, le Luxembourg et les Pays-Bas, 32.3% des médecins en oncologie souffrent d'épuisement émotionnel, 36.6% de dépersonnalisation et 35.5% de manque d'accomplissement personnel.

Au Danemark, le burnout est reconnu depuis 2005 comme une maladie professionnelle et 738 patients ont été reconnus comme ayant le syndrome du burnout sur base d'une demande de reconnaissance adressée à un comité d'évaluation (via le système ouvert, un système qui permet de nommer une maladie non reprise dans la liste). L'Estonie, la France, la Hongrie, la Lettonie, les Pays-Bas, le Portugal, la Slovaquie, et la Suède ont également introduit quoique de manière

plus récente le burnout comme une maladie professionnelle (Lastovkova & al., 2018). Toutefois, le syndrome de burnout n'est explicitement listé sur les listes des maladies professionnelles qu'en Lettonie. Le Danemark, l'Estonie, la Hongrie, la Slovaquie et le Portugal acceptent les maladies liées au stress chronique comme maladie professionnelle à travers le système ouvert. Au Pays-Bas est en Suède, n'importe quelle maladie peut être reconnue comme liée au travail pour autant que suffisamment de preuves de causalité soient données. En France, le système de reconnaissance de maladies occupationnelles additionnelles (système ouvert) peut être utilisé. Au Danemark, le burnout ne peut être diagnostiqué que si d'autres critères psychiatriques sont présents (dépression, trouble de l'ajustement, anxiété) (Lastovkova & al., 2018).

Néanmoins, la prudence s'impose pour ces résultats car la prévalence du burnout dépendra de la conception du burnout et de l'outil utilisé.

3. Burnout et autres troubles mentaux

3.1. [Introduction](#)

L'actualisation de la revue de littérature en 2018 nous a amené à affiner le diagnostic différentiel pour la fatigue et le workaholisme et à ajouter le diagnostic différentiel avec les difficultés causées par des événements de vie. Le chapitre 3 propose de différencier le burnout des concepts suivants : stress, dépression, fibromyalgie, fatigue chronique, workaholisme et les difficultés causées par des événements de vie. Le chapitre 4 proposera également une réflexion sur le diagnostic différentiel avec des concepts fortement médiatisés ces dernières années, à savoir le bore-out et le brown-out.

3.2. [Burnout et Stress](#)

3.2.1. Mieux comprendre le stress

L'origine du concept de stress est souvent associée aux recherches de Cannon en 1915 (Bliese, Edwards & Sonnentag, 2017). Cette première approche du stress est caractérisée par les concepts « d'homéostasie » et de « processus physiologique ».

En 1960, un premier tournant se produit. Le stress est alors principalement étudié en relation avec les événements de vie (Bliese & al., 2017). Apparaît alors la théorie transactionnelle du stress (Lazarus 1966 ; Lazarus & Folkman, 1984 as cited in Bliese & al., 2017) selon laquelle le stress prend naissance lorsqu'un individu juge une situation menaçante et contre laquelle il estime ne pas pouvoir lutter. Cette théorie a encore une influence de nos jours. Kirkegaard et Brinkmann (2015) étudient l'importance du contexte social dans l'évaluation du stress. L'attitude des autres face à une situation peut modifier la perception de cette situation (Kirkegaard & Brinkmann, 2015). Plusieurs personnes peuvent également se réunir pour faire face à une situation (Kirkegaard & Brinkmann, 2015). Par ailleurs, la théorie du COR part de cette évaluation cognitive de l'environnement (Bliese & al., 2017).

De 1967 à 1996, les mots utilisés dans les articles sur le stress sont liés au monde professionnel montrant par-là l'émergence du travail dans les études sur le stress (Blies & al., 2017). Ainsi le modèle « Job Demands-Control » (JDC) (Karasek, 1979) étudie le stress comme la combinaison d'une faible autonomie de décision et des demandes importantes. Si le JDC met l'accent sur les caractéristiques de la tâche pour expliquer le stress, le modèle ERI (Siegrist,

1996) se centrera plus particulièrement sur le contrat passé avec le travailleur (Siegrist, 2016). Bliese et al. (2017) associent cette période à l'émergence du travail pour les femmes, à l'augmentation de l'incertitude économique et à l'apparition de grandes tragédies suite à des erreurs au travail (Bhopal, Chernobyl, USS Stark). « *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* » (De Keyser & Hansez, 1996 p.2).

Après 1996, le terme « stress » est moins cité dans la littérature soulignant peut-être une meilleure précision du terme (Bliese & al., 2017). En effet, jusque-là utilisé pour désigner indifféremment la cause et sa conséquence, la notion de « stress » est remplacée par deux termes distincts : « stressueur » pour désigner une cause et « pression » pour désigner une conséquence. Parallèlement à cette précision, deux concepts émergent à partir de 1996 (Bliese & al., 2017). D'une part, les recherches sur le burnout et l'épuisement s'intensifient. De cela, témoigne l'apparition du modèle « Job Demands-Resources » (JDR) (Demerouti & al., 2001) expliquant comment des stressueurs peuvent favoriser le burnout. D'autre part, les mots « famille » et « conflit » apparaissent plus souvent, soulignant l'importance du conflit travail-famille. Bliese et al. (2017) associent cette période à la difficulté de maintenir une frontière claire entre le travail et le non-travail, notamment en raison des nouvelles technologies.

Le stress, concept large, englobe aussi bien les causes d'un mal-être que les conséquences. Les années ont amené à détailler des catégories de causes et de conséquences. Ainsi les stressueurs peuvent être quantitatifs (pression temporelle), cognitifs (difficulté d'un travail), affectifs (empathie, conflit) ou physiques (Lal & Singh, 2015). De même, les réactions au stress peuvent être approchées aux niveaux cognitif (ex. une situation est évaluée selon le degré de menace ou de douleur), affectif (réponses affectives à la situation qu'elles soient positives ou négatives), physiologique (le stress active le système sympathique et certains axes liés au stress comme l'axe hypothalamique-pituitaire-adrénaline) ou encore comportemental (le stress provoque des comportements de fuite ou de combat) (Siegrist, 2016). Le stress peut également être évalué selon sa durée ou sous l'angle d'une succession de stressueurs (Wahrendorf & Chandola, 2016).

3.2.2. Prévalence du stress

Aux Etats-Unis, en moyenne 31% des travailleurs ressentent du stress. Ce niveau est plus important pour les travailleurs temporaires (33%), les travailleurs dans un emploi traditionnel (32%) et les travailleurs sous contrat (34%) comparativement aux travailleurs indépendants

(26%) ou aux travailleurs qui œuvrent en fonction des demandes (20%). Entre 2006 et 2010, les travailleurs temporaires sous stress sont passés de 11% à 56% avant de diminuer en 2014 à 45% (Ray, Kenigsberg, Pana-Cryan, 2017).

En Australie, 45% des infirmières et 35% des médecins rapportent un stress élevé. Seulement 4% des infirmières et 14% des médecins rapportent un stress faible (Kwiatosz-Muc, Fijalkowska-Nestorowicz, Fijalkowska, Aftyka & Kowalczyk, 2017).

En 2012, Solidaris obtient des résultats similaires dans la population belge francophone (900 travailleurs). 32% des belges ressentiraient un stress élevé alors que seulement 18% manifesterait peu voire aucun stress (Solidaris, 2012). 40% des femmes et 26% des hommes rapporteraient un stress élevé.

3.2.3. Qu'est-ce qui distingue le burnout du stress ?

3.2.3.1. Existe-t-il des éléments spécifiquement liés au burnout ou au stress ?

Si distinguer des causes différentes entre le burnout et le stress au travail s'avère difficile, il est toutefois possible d'apporter une première différence lorsque le stress dépasse le cadre du travail. Ainsi Au (2017) distingue deux catégories de stressés qui peuvent tout aussi bien avoir lieu dans le monde professionnel qu'en dehors :

- 1) Les stressés discrets ou les événements de courte durée :
 - a. Les événements de vie (ex. divorce)
 - b. Les événements traumatiques (ex. accident, agression, catastrophe naturelle)
- 2) Les stressés chroniques ou les événements de longue durée
 - a. La perception d'une menace
 - b. Le manque d'accès à des opportunités
 - c. La privation
 - d. L'incertitude
 - e. Le conflit

3.2.3.2. Quelle relation entre le burnout et le stress ?

Le stress au travail comme précurseur du burnout a été bien établi (Gluschkoff & al., 2016). Le stress au travail diminue la capacité de récupération et augmente la fatigue ressentie ainsi que la probabilité de burnout (Gluschkoff & al., 2016). Ainsi, les demandes importantes prédisent un score plus élevé en épuisement alors que le cynisme et le manque d'accomplissement

personnel augmentent au fur-et-à-mesure que les récompenses diminuent (Gluschkoff & al., 2016).

3.3. Burnout et dépression

3.3.1. Mieux comprendre la dépression

L'étude de la dépression remonte à la Grèce Antique où Hippocrate postulait déjà l'existence de l'humeur mélancolique (Paykel, 2008). Il faudra toutefois attendre le XIXe siècle et le développement de la psychiatrie pour qu'apparaisse le concept de dépression tel que nous le connaissons.

La dépression est caractérisée par deux grands symptômes :

- 1) Une humeur négative
- 2) Une perte de plaisir ou anhédonie : de plus hauts niveaux d'anhédonie ont été associés avec des dépressions plus sévères et des conséquences plus importantes (Szcepanik & al., 2017). L'anhédonie se manifeste la plupart du temps par un retrait des relations sociales (Cruwys, Haslam, Dingle, Haslam & Jetten, 2014).

Selon le DSM-5, pour parler de dépression, il faut au moins cinq symptômes suivants dont une humeur dépressive ou une anhédonie pendant deux semaines :

- 1) Une humeur dépressive
- 2) Une perte de plaisir ou une anhédonie
- 3) L'augmentation ou la diminution de l'appétit et/ou du poids
- 4) L'insomnie et l'hypersomnie
- 5) Agitation ou retardement psychomoteur
- 6) Fatigue ou perte d'énergie
- 7) Sentiment d'inutilité et/ou de culpabilité
- 8) Diminution de la concentration ou de la capacité à prendre des décisions
- 9) Idées suicidaires

Toutefois, certains symptômes non inclus dans le DSM 5 ont été associés à la dépression.

Le fonctionnement cognitif est amoindri dans la dépression :

- Diminution de l'attention (Lee, Hermens, Porter, Redoblado-Hodge, 2012)

- Diminution de la performance de la mémoire prospective : la formation, la maintenance et l'exécution d'intentions futures est plus difficile chez les sujets déprimés (Zhou & al., 2017)
- Ralentissement de la mémoire exécutive : la dépression s'accompagne d'erreurs et un temps de réaction plus long lors des changements des tâches (Hoffman, Ettinger, Reyes del Paso, Duschek, 2017).

La dépression entraîne également un changement dans les affects :

- La motivation : les personnes avec des symptômes dépressifs plus élevés montreront plus d'engagement lorsque la tâche sera facile. Par contre, ils abandonneront plus vite lorsque la difficulté de la tâche augmentera (Silvia & al., 2016).
- L'irritabilité et les emportements face à des situations stressantes augmentent (McCraw & Parker, 2017).
- La surprise et la peur face à des situations stressantes augmentent (McCraw & Parker, 2017).

La dépression entraîne des changements dans les comportements :

- La tendance à éviter les situations peu appréciées et les comportements de fuite augmentent chez les déprimés (Quigley, Wen & Dobson, 2017).
- Les personnes déprimées mettent plus de temps à éviter un stimulus négatif lorsque celui-ci est déjà présent (Szczepanik & al., 2017).

Selon l'ICD-10, on peut parler de dépression lorsqu'il y a pendant aux moins deux semaines :

- 1) Une humeur faible
- 2) Une anhédonie
- 3) Une énergie réduite
- 4) Une diminution de la concentration
- 5) Des troubles du sommeil
- 6) Une diminution de l'appétit
- 7) Une diminution de la confiance en soi
- 8) Un sentiment de culpabilité ou d'insignifiance
- 9) Une agitation ou un ralentissement psychomoteur
- 10) Une perte de la libido

L'épisode dépressif est alors considéré (Friedman, 2011) comme :

- Léger : si quatre symptômes sont inclus dont au moins deux symptômes typiques de la dépression et certaines difficultés de continuer avec les activités habituelles.
- Modéré : si 5 ou 6 symptômes sont inclus avec au moins deux symptômes typiques de la dépression et souvent des difficultés considérables à continuer les activités habituelles.
- Sévère : si au moins 7 symptômes sont inclus avec les trois symptômes typiques de la dépression et il est invraisemblable que l'individu puisse continuer les activités habituelles
- Sévère avec des caractéristiques psychotiques
- Autres tels que les dépressions atypiques
- Non spécifié

Si nous venons de déterminer les symptômes de la dépression, il est également possible d'avoir des dépressions récurrentes lorsque plusieurs épisodes dépressifs se produisent dans la vie de l'individu.

Ainsi selon le DSM IV et ICD-10 (Friedman, 2011), la dépression récurrente peut se caractériser comme :

- Légère : si au moins un des épisodes précédents était léger
- Modérée si au moins un des épisodes précédents était modéré
- Sévère si un des épisodes précédents était sévère
- Sévère avec des caractéristiques psychotiques si un des épisodes précédents contenait des caractéristiques psychotiques.

3.3.2. Différents types de dépression

Plusieurs types de dépression sont décrits dans le DSM-IV :

- 1) La dysthymie : trouble moins sévère, chronique et persistant : l'humeur dépressive doit être présente la plupart du temps, presque tous les jours pendant une période de plus de deux ans. La dysthymie diffère de l'épisode dépressif majeur par un début plus lent, une plus longue durée et une sévérité plus faible.
- 2) La dépression peut être chronique si les symptômes dépressifs persistent pendant 2 ans ou plus longtemps. La dépression chronique est associée avec un début plus précoce, une origine familiale plus importante, un moins bon fonctionnement

social, une plus grande probabilité de suicide et une réponse aux traitements plus faible (Guhn, Sterzer, Haack, Köhler, 2018).

- 3) Avec des caractéristiques mélancoliques qui décrivent une forme extrêmement sévère d'anhédonie : avec une perte d'intérêt et un manque de réactivité presque complet pour les activités de plaisir. Cette dépression est souvent considérée comme une dépression endogène car elle ne provient pas d'un événement extérieur (Rush, 2007) et des facteurs génétiques peuvent en expliquer la cause. En outre, au moins trois des critères suivant doivent être répertoriés :
 - a. Une humeur dépressive
 - b. Dépression plus sévère au matin
 - c. Éveil matinal précoce
 - d. Agitation ou retardement psychomoteur marqué
 - e. Perte significative de l'appétit ou du poids
 - f. Culpabilité inappropriée ou excessive
- 4) Avec des caractéristiques catatoniques qui contient au moins deux des symptômes suivant :
 - a. Catalepsie ou stupeur
 - b. Activité motrice sans but et excessive
 - c. Mutisme ou posture rigide
 - d. Mouvements posturaux, stéréotypés, grimaces, maniérisme
 - e. Echolalie et écho-praxie
- 5) Avec des caractéristiques atypiques qui marquent la présence d'une réactivité de l'humeur (capacité de l'humeur de l'individu à s'éclaircir en réponse à un événement positif) avec deux symptômes ou plus parmi les suivants :
 - a. Hyperphagie
 - b. Hypersomnie
 - c. Paralysie de plomb
 - d. Sensibilité au rejet qui résulte en un dysfonctionnement social et occupationnel
- 6) Avec des caractéristiques psychotiques
- 7) La dépression peut être dite atypique telles que :
 - a. La dépression saisonnière : elle est associée à un moment de l'année, le plus fréquemment en automne et/ou en hiver et une guérison spontanée au printemps ou en été.

- b. La dépression post-partum : elle survient après un accouchement sur huit et peut être différenciée du baby blues (limité à 10 jours après l'accouchement) a une durée et une sévérité plus importante qui a un impact sur le fonctionnement maternel (Denko & Friedman, 2011).
- c. La dépression du début et fin de vie (Rush, 2007).

3.3.3. Prévalence de la dépression

En 2017, l'organisation mondiale de la santé relève 322 millions de personnes dans le monde souffrant d'une dépression. Presque la moitié des personnes proviennent d'Asie. Toutefois, la population sur ces régions (notamment en Inde et en Chine) pourrait expliquer l'importance des cas trouvés en Asie. Les femmes sont plus touchées que les hommes par la dépression (5.1% pour les femmes et 3.6% pour les hommes). Le pic de dépression survient entre 55 et 74 ans (7.5% pour les femmes et 5.5% pour les hommes). Le nombre estimé de personnes dépressives a augmenté de 18.4% entre 2005 et 2015. Plus particulièrement en Europe, 5.2% des femmes et 3.8% des hommes sont diagnostiqués dépressifs. En Belgique, 502 075 cas ont été rapportés, soit 4.8% de la population.

3.3.4. Qu'est-ce qui distingue le burnout de la dépression ?

Le chevauchement entre le burnout et la dépression a été débattu depuis la naissance des recherches sur le burnout en 1970 (Bianchi, Schonfeld & Laurent, 2015). Distinguer la dépression des autres troubles mentaux a toujours été difficile (Moritz, Göritz, McLean, Westermann & Brodbeck, 2017). Par exemple, la dépression et la paranoïa ont longtemps été considérées comme une seule et même maladie (Moritz & al., 2017). Si la dépression et la paranoïa sont maintenant étudiées comme deux troubles distincts, distinguer le burnout de la dépression n'est pas chose aisée. Celui qui s'y attèle se retrouvera vite confronté à plusieurs problématiques :

- 1) La définition du burnout n'est pas encore unanimement établie.
- 2) Les symptômes de la dépression sont hétérogènes et varient d'un patient déprimé à l'autre.
- 3) Les outils utilisés pour étudier la dépression ne mènent pas toujours aux mêmes relations. Ainsi, la relation entre la fatigue et la dépression dépend de l'outil utilisé pour évaluer la dépression (Greeke & al., 2017).
- 4) Les personnes qui ont un burnout présentent des symptômes similaires à ceux retrouvés dans la dépression. Par exemple, Bianchi, Schonfeld, Mayor et Laurent

(2016) trouvent que la totalité des enseignants qui ont développé un burnout peuvent aussi être diagnostiqués en dépression majeure.

Malgré ces difficultés, pouvoir situer le burnout par rapport à la dépression est nécessaire, non seulement en termes de compréhension du syndrome mais également en termes d'accompagnement et de prise en charge. Afin d'y parvenir, les études tentant de comprendre la relation entre le burnout et la dépression se sont répandues.

3.3.4.1. Le burnout est-il plus spécifiquement lié au travail ?

Les auteurs s'accordent pour dire que si des causes personnelles peuvent influencer le burnout, il est en général provoqué par des problématiques liées au travail. Ainsi, un infime changement dans la motivation au travail peut impacter le burnout alors qu'il faudra un changement plus important pour influencer la dépression (Björklund, Jensen & Lohela-Kalsson, 2013).

A l'inverse, la dépression serait provoquée par une large gamme de facteurs dont la majorité n'est pas liée au travail. En effet, parmi les facteurs les plus souvent étudiés dans l'explication de la dépression, nous pouvons trouver les activités mentales répétitives, négatives et auto-rapportées comme la rumination et l'inquiétude (Connolly & Alloy, 2017 ; Stange, Hamilton, Fresco & Alloy, 2017), les problèmes de santé physique (Read, Sharpe, Mordini & Dear, 2017) et psychologiques (paranoïa (Moritz & al., 2017), l'anxiété (Winer & al., 2017) ou encore la fibromyalgie (Ghiggia & al., 2017)) ainsi que les événements de vie stressants ou traumatisants (Alloy, Stalk, Stange & Abramson, 2017) comme l'abus sexuel pendant l'enfance (Berzins & al., 2017), l'implication dans une dispute avec un proche (McCraw & Parker, 2017) ou encore une crise financière importante (McCraw & Parker, 2017).

Toutefois, distinguer le burnout de la dépression sur base des facteurs y menant n'est pas si simple. Certains facteurs mènent aussi bien à la dépression qu'au burnout. En effet, si la diminution de l'estime de soi et de l'efficacité perçue s'accompagne d'une hausse du burnout (Svedberg & al., 2016 ; Shoji & al., 2016), elle augmente aussi la probabilité d'une dépression (Berzins & al., 2017). Les stratégies de coping sont également désignées comme facteurs protecteurs ou à risque de la dépression et du burnout (Berzins & al., 2017 ; Koh & al., 2015). L'environnement de travail peut aussi favoriser l'apparition d'une dépression. Par exemple, le contrôle sur le temps de travail réduit significativement la dépression (Albrecht, Kecklund, Rajaleid & Leineweber, 2017).

Remarquons également que dans la psychopathologie, l'origine d'un trouble donné ne permet pas un diagnostic différentiel. Ainsi une dépression liée au travail reste une dépression (Bianchi,

Schonfeld & Laurent, 2016). Enfin, si on admet que l'ensemble des expériences de l'individu vont l'influencer, des causes extra-professionnelles vont forcément être impliquées dans le burnout (Bianchi, Schonfeld & Laurent, 2016).

Lorsqu'on parle de l'aspect central du travail, une autre possibilité est de considérer que dans ses stades précoces, le burnout n'est limité qu'au travail (Bianchi, Schonfeld & Laurent, 2016). Pourtant, on peut encore douter du caractère limité de l'épuisement (Bianchi, Schonfeld & Laurent, 2016). Si un travailleur est épuisé au travail ne risque-t-il pas d'en ressentir les effets une fois de retour chez lui pour autant que le travail et la vie privée soient séparés (Bianchi, Schonfeld & Laurent, 2016). Afin de pouvoir comparer la dépression du burnout, il est important de se souvenir qu'on peut comparer aussi bien le processus menant au burnout et le processus menant à la dépression que l'état de burnout et l'état de dépression. Toutefois, comparer le processus menant au burnout à l'état de dépression ne permettrait pas d'aboutir à des résultats congruents en terme de distinction (Bianchi, Schonfeld & Laurent, 2016).

3.3.4.2. Comment les dimensions du burnout sont-elles corrélées avec la dépression ?

La plupart des études qui analysent les dimensions du burnout et de la dépression concluent qu'il existe une différence entre les deux concepts (Bianchi & al., 2015). Il est ainsi préférable de distinguer la dépression du burnout que de les considérer comme une seule dimension (Thuynsma & de Beer, 2017).

3.3.4.3. Existe-t-il des symptômes différents entre le burnout et la dépression ?

Certaines distinctions peuvent être réalisées entre les symptômes rencontrés chez un patient déprimé et ceux présents chez un patient en burnout :

- 1) Même si les humeurs dépressives et la perte d'intérêts peuvent être présents dans le burnout, ils s'inscrivent comme symptômes caractéristiques de la dépression (Kakiashvili, Lesezk & Rutkowski, 2013).
- 2) Le sentiment d'incompétence subjective est une caractéristique importante pour le burnout mais n'apparaît pas dans la description du DSM-IV (Kakiashvili & al., 2013).
- 3) Même si la fatigue, la perte d'énergie et l'augmentation de l'irritabilité se retrouvent fréquemment dans la dépression, il s'agit de symptômes caractéristiques du burnout (Kakiashvili & al., 2013).
- 4) Le cortisol sanguin au matin et l'hormone adrénocorticotropique ont tendance à être plus élevés dans la dépression alors qu'il est plus faible, voire normal dans le burnout (Kakiashvili & al., 2013).

- 5) Alors que le volume de l'hippocampe diminue pendant la durée de l'épisode dépressif, aucune réduction n'est observée chez les patients en burnout (Orosz, Federspiel, Haisch, Seeher, Dierks & Cattapan, 2017)

3.3.4.4. Comment se présente la relation entre le burnout et la dépression ?

Est-ce que le burnout est une phase dans le développement de la dépression ? Est-ce que la dépression peut, à son tour, influencer négativement l'expérience au travail et provoquer un burnout ?

Afin de répondre à ces questions, plusieurs chercheurs ont tenté d'étudier la bidirectionnalité de la relation burnout-dépression (Ahola & Hakanen, 2007 ; Hakanen, Schaufeli & Ahola, 2008 ; Salmela-Aro, Savolainen & Holopainen, 2009 ; Toker & Biron, 2012 ; Hakanen & Schaufeli, 2012 ; Shin, Noh, Jang, Park & Lee, 2012). De ces études, nous pouvons en tirer plusieurs conclusions. Tout d'abord, il semblerait que le burnout prédise mieux la dépression. En d'autres termes, le passage d'un burnout vers une dépression serait plus facile que le passage d'une dépression vers un burnout. Cependant, la dépression favoriserait aussi l'apparition d'un burnout, en diminuant la perception des ressources et en augmentant la perception des demandes (Ahola & Hakanen, 2007). Les personnes porteuses d'un diagnostic de dépression majeure sont ainsi plus impactées par les conséquences négatives d'un burnout (Chiu, Stewart, Woo, Yatham & Lam ; 2015). Toutefois, l'effet de la dépression sur le burnout n'a pas été validé dans toutes les études.

La relation burnout-dépression peut aussi être influencée par d'autres facteurs tels que l'activité sportive (Toker & Biron, 2012), la surcharge de travail (Weigl, Stab, Herms, Angerer, Hacker & Glaser, 2016), le support du superviseur (Weigl & al., 2016) ou encore la présence d'une maladie chronique (Armon, Melamed, Toker, Berliner & Shapira, 2013).

3.4. Burnout et workaholisme

3.4.1. Mieux comprendre le workaholisme

Le terme « workaholisme » a été utilisé pour la première fois par Oates en 1971 (Grebot, Olivier, Berjot, Girault-Lidvan & Duprez, 2017). Le workaholisme est considéré comme « une addiction au travail qui se manifeste par un sentiment de pression interne forçant ou attirant le workaholique à travailler, par des pensées fréquentes et persistantes envers le travail en dehors du travail et un temps de travail qui dépasse les heures raisonnablement attendues malgré des conséquences négatives potentielles » (Clark, Michel, Zhdanova, Pui & Baltes, 2016, p.1840).

Les opinions divergent lorsqu'il s'agit de préciser les émotions vécues par les workaholiques. La plupart des recherches sont d'accord sur le fait que les émotions expérimentées en dehors du travail sont négatives (culpabilité, anxiété, etc.). Par contre, il n'existe pas de consensus en ce qui concerne les émotions pendant le travail (Clark & al., 2016). Si certains auteurs mettent l'accent sur les émotions positives comme composantes importantes du workaholisme (Malinowska & Tokarz, 2014), d'autres estiment que le plaisir au travail est faible (Wojdyio, 2015). Wojdyio (2015) invite à distinguer le workaholisme de l'engagement. Si l'engagement a des conséquences positives, le workaholisme n'en a pas. Confondre les deux peut mener à amoindrir les risques encourus par les workaholiques et à augmenter les avantages du workaholisme. Dans le même ordre d'idées, Clark, Michel, Stevens, Howell et Scruggs (2014) distinguent le workaholisme de l'engagement en insistant sur le fait que le workaholisme est associé à des émotions négatives au travail conduisant au conflit travail-famille et famille-travail tandis que l'engagement mènerait à des émotions positives et un enrichissement du travail vers la famille et de la famille vers le travail.

Robinson (2013 as cited in Andreassen, 2014) propose de distinguer quatre types de workaholiques :

- 1) Le boulimique fait son travail parfaitement ou ne le fait pas.
- 2) L'implacable est poussé compulsivement à travailler rapidement et à respecter les deadlines éprouvant des difficultés à s'arrêter de travailler.
- 3) Le sauveur est consumé par la préoccupation des détails du travail.
- 4) Le « attentional-deficit » commence de nombreux projets mais devient facilement émoussé, agité et cherche continuellement de nouveaux challenges.

3.4.2. Prévalence du workaholisme

Il faut être prudent lorsqu'il s'agit d'étudier la prévalence du workaholisme. En fonction de la définition donnée (si des émotions positives sont comprises dans le workaholisme ou non), la prévalence peut varier. En outre, le workaholisme pourrait être vécu de manière différente selon que l'on est une femme ou un homme (Beiler-May, Williamson, Clark & Carter, 2017). Toutefois, les questionnaires utilisés s'adressent aussi bien aux hommes qu'aux femmes, introduisant un biais dans les réponses aux questions (Beiler-May & al., 2017). Les données sur la prévalence du workaholisme ne sont pas nombreuses. 8.3% des travailleurs norvégiens sont considérés workaholiques (Andreassen, Griffiths, Hetland, Kravina, Jensen & Pallesen, 2014).

3.4.3. Qu'est-ce qui distingue le burnout du workaholisme ?

3.4.3.1. Le burnout est-il plus particulièrement relié au travail ?

Le burnout et le workaholisme sont influencés par les caractéristiques du travail. Ainsi, la surcharge au travail et les conflits de rôles sont propices au développement du workaholisme (Clark & al., 2016). La menace de perdre des ressources liées à la carrière comme l'insécurité de carrière (insécurité par rapport à l'achèvement des objectifs sur le long terme) et la perception de blocages dans l'avancement de la carrière prédisent également un workaholisme plus important (Spurk, Hirshi & Kauffeld, 2016). Le perfectionnisme négatif prédit également le workaholisme (Mazzetti, Schaufeli & Guglielmi, 2014).

Si le burnout et le workaholisme sont tous deux influencés par des variables propres à l'environnement de travail, certaines variables pourraient avoir un effet inverse sur le burnout et sur le workaholisme. Par exemple, le support du superviseur favorise l'apparition du workaholisme (Clark & al., 2016). Le support du manager pourrait augmenter l'implication excessive du travailleur. Toutefois, le support est un facteur protecteur dans le cas du burnout. L'engagement est une autre variable qui est différemment associée au workaholisme et au burnout. De fait, si l'engagement est négativement lié au burnout, il apparaît positivement corrélé au workaholisme. L'absorption dans le travail est la dimension la plus liée au workaholisme pouvant valider l'hypothèse que les workaholiques expérimentent de l'attrait pour le travail (Clark & al., 2016).

Si le stress est un prédicteur important dans le cas du burnout, le workaholisme pourrait augmenter le stress perçu (Clark & al., 2016). Toutefois, une étude sur la causalité de la direction est nécessaire.

3.4.3.2. Existe-t-il des symptômes différents entre le burnout et le workaholisme ?

Les conséquences négatives sur la santé physique et mentale du burnout et du workaholisme en font des symptômes importants à comprendre et à distinguer. On observe généralement quelques différences de symptômes entre le burnout et le workaholisme.

Si la diminution de la performance est souvent étudiée en lien avec le burnout, elle ne semble pas significativement reliée au workaholisme (Shimazu, Schaufeli, Kamiyama & Kawakami, 2015). Seule l'augmentation des comportements contre-productifs est associée au workaholisme (Lanzo, Aziz & Wuensch, 2015). Le workaholisme s'associe même avec les perspectives et les succès dans la carrière (Clark & al., 2016).

Si des émotions positives doivent être ressenties, elles apparaîtront probablement au travail dans le cas des workaholiques (Clark & al., 2016) alors que le burnout se caractérise par un désengagement dans le travail tout en conservant une envie pour d'autres domaines non liés au travail.

Schaufeli et Salanova (2014) considèrent que si les personnes en burnout et les workaholiques éprouvent toutes deux des émotions négatives, l'activation de l'émotion sera différente. Dans le burnout, l'activation est faible amenant à des émotions comme la fatigue, la tristesse, la léthargie ou encore l'abattement tandis que dans le workaholisme, l'activation sera plus élevée amenant à des émotions comme l'irritation, la colère et l'agitation.

Enfin, les travailleurs workaholiques passent plus de temps à travailler, perçoivent plus de challenges et s'identifient plus à leur travail comparativement à ceux qui ont un burnout (Salanova, Del Libano, Llorens & Schaufeli, 2014).

3.4.3.3. Le burnout prédit-il le workaholisme ou le workaholisme mène-t-il au burnout ?

Partant des principes que le workaholique travaille plus d'heures que les autres et a moins d'opportunités pour s'engager dans des activités de plaisir, qu'il est moins capable d'arrêter de penser aux tâches à effectuer et donc de récupérer d'une journée de travail, le workaholisme est considéré comme un facteur de risque pour le burnout. Ainsi le workaholisme est positivement relié à la dépersonnalisation, au cynisme et à l'épuisement émotionnel (Clark & al., 2016). De ce point de vue, le workaholisme médierait la relation entre les demandes et l'épuisement (Molino, Bakker & Ghislieri, 2016).

Van Wijhe, Peeters et Schaufeli (2014) montrent toutefois que la relation entre le burnout et le workaholisme pourrait être plus complexe. Ils réalisent une analyse cross-lagged afin d'étudier la relation causale burnout-workaholisme. Le workaholisme est composé de deux dimensions : l'excès de travail et le fait de travailler compulsivement. Si le travail de manière compulsive prédit le burnout six mois après, l'excès de travail n'a pas d'influence sur l'épuisement. A l'inverse, l'épuisement prédit une augmentation du travail compulsif et de l'excès six mois après. Ces résultats laissent supposer une relation bidirectionnelle entre le burnout et le workaholisme (Van Wijhe & al., 2014).

3.5. Burnout et fatigue chronique

3.5.1. Mieux comprendre la fatigue chronique

Le syndrome de fatigue chronique est généralement défini comme un syndrome somatique fonctionnel dont le symptôme principal est une asthénie (sensation de fatigue profonde que le repos ne supprime pas) chronique (plus de 6 mois) avec fatigabilité (survenue anormalement précoce de la sensation de fatigue à l'effort), associée à de nombreux symptômes sans explications médicales satisfaisantes (Cathébras, 2016) tels que :

Des symptômes physiques :

- 1) Troubles du sommeil (Korwin & al., 2016) : les personnes qui rapportent un syndrome de fatigue chronique parlent d'un sommeil perturbé (Evans, Barry, Im, Brown & Jason, 2015 : étude réalisée aux Etats-Unis). 71% rapportent des difficultés à s'endormir. 78,9% rapportent une difficulté à rester endormis, 79.8% ont besoin d'une sieste pendant la journée. Toutefois, la nature des troubles du sommeil change entre les individus, au cours du temps et est influencée par de nombreux facteurs (Gotts, Newton, Ellis & Deary, 2016).
- 2) Malaises post-effort (Korwin & al., 2016) : 95.6% des personnes qui ont un syndrome de fatigue chronique rapportent un malaise après un effort physique ou mental (Evans & al., 2015).
- 3) Myalgies (Korwin & al., 2016) : 91.2% des personnes rapportent des douleurs musculaires (Evans & al., 2015).
- 4) Céphalées (Korwin & al., 2016) : les maux de têtes sont rapportés par 80.7% des patients (Evans & al., 2015).
- 5) Les maux de gorge (Korwin & al., 2016) : 64% des patients rapportent une sensation de gorge sèche (Evans & al., 2015).
- 6) Hypersensibilité chimique (aliments, médicaments...) (Korwin & al., 2016). Les allergies sont présentes chez 62.3% des personnes qui ont un syndrome de fatigue chronique (Evans & al., 2015).
- 7) Anomalies cardiovasculaires, pulmonaires, gastro-intestinales et génito-urinaires (Korwin & al., 2016) : 60.5% ont une respiration courte, 67.5% des vertiges, 39.5% une accélération des battements du cœur (Evans & al., 2015).
- 8) Adénopathies douloureuses (Korwin & al., 2016) : 56% des patients rapportent des douleurs aux ganglions lymphatiques (Evans & al., 2015).

- 9) Dysfonctionnement neuroendocrinien (Korwin & al., 2016) : le changement du poids (52.6%) ainsi qu'un faible appétit (39.5%) peuvent avoir lieu dans la fatigue chronique (Evans & al., 2015).
- 10) Une susceptibilité plus grande aux infections virales (Korwin & al., 2015).
- 11) La difficulté de coordination (38.6%) (Evans & al., 2015).
- 12) Le sentiment d'instabilité (68.4%) (Evans & al., 2015).

Des symptômes cognitifs

- 1) Troubles mnésiques (Korwin & al., 2016) : 98.2% des personnes qui ont un syndrome de fatigue chronique rapportent des troubles de la mémoire (Evans & al., 2015).
- 2) Troubles cognitifs : la baisse de concentration (64%), la lenteur de la pensée (78.1%), une difficulté à se rappeler une information (83.3%) ou à exprimer ses pensées (73.7%) ou une augmentation de la distraction sont rapportées par les patients (Evans & al., 2015).

Des symptômes affectifs

- 1) L'anxiété (74.6% des patients) (Evans & al., 2015)
- 2) La dépression (69.3% des patients) (Evans & al., 2015)
- 3) Une irritation plus facile (68.4%) (Evans & al., 2015)
- 4) La suppression des émotions faciales (Rimes, Ashcroft, Bryan & Chalder, 2016)

Les premières publications sur la fatigue chronique datent des années 1980. Ce syndrome est connu sous plusieurs termes. Parallèlement à la fatigue chronique, le diagnostic d'encéphalomyélite myalgique s'est développé caractérisant des personnes présentant les mêmes symptômes (Jason, Evans, Brown, Sunnquist & Newton, 2015). Il semblerait, cependant, que les critères d'encéphalomyélite myalgique englobent des symptômes plus sévères que les critères de la fatigue chronique (Jason & al., 2015). Malgré tout, les chercheurs utilisent les termes « syndrome de fatigue chronique », « encéphalomyélite myalgique » ou encore « syndrome de fatigue chronique/ encéphalomyélite myalgique » pour se référer au même syndrome (Jason & al., 2015).

En 2015, l'institut de médecine américain a proposé une nouvelle dénomination « le syndrome d'intolérance systémique de l'effort (SISE) » ou en anglais « systemic exercise intolerance disease (SEID) ». Ce nouveau nom vise à mettre l'accent sur le fait qu'un exercice physique ou

mental, souvent minime, déclenche après un intervalle libre de quelques jours, une aggravation durable des symptômes de fatigue, de douleur et des troubles cognitifs.

3.5.2. Prévalence de la fatigue chronique

Dans leur méta-analyse, Johnston, Brenu, Staines et Marshall-Gradisnik (2013) estiment que 3.48% des personnes ont un syndrome de fatigue chronique avec des questionnaires auto-rapportés. Ces derniers ne précisent pas le pays de chaque article consulté. Toutefois, les références citées nous permettent de déterminer que ces chiffres englobent notamment le Japon, la Corée, le Niger, la Chine, l'Angleterre, l'Australie, les Etats-Unis, le Brésil, l'Islande et la Géorgie. La prévalence diminue pour une évaluation clinique à 0.76%. Une étude sur des militaires aux Etats-Unis montrent que parmi ceux qui ont fait appel au système de soins de santé, 1% a reçu un diagnostic de fatigue chronique (Jeffery, Bulathsinhala, Kroc & Dorris, 2014). Ce chiffre n'a pas augmenté entre 2006 et 2010. En Norvège, les femmes ont plus souvent un diagnostic de fatigue chronique que les hommes (un ratio de 3.2) (Bakken & al., 2014). La fatigue chronique serait diagnostiquée plus souvent entre 10 et 19 ans et entre 30 et 39 ans.

3.5.3. Qu'est-ce qui distingue le burnout du syndrome de fatigue chronique ?

Le burnout et la fatigue chronique ont été étudiés en parallèle. Avec la compréhension et le développement de ces deux syndromes, les limites entre les deux concepts bien définies à l'origine ont commencé à s'effacer (Leone, Wessely, Huibers, Knottnerus & Kant, 2011). Leone et al. (2011) posent le constat que si le syndrome de fatigue chronique a principalement été étudié par les médecins, le burnout a particulièrement intéressé les psychologues. Les différences entre les syndromes pourraient refléter des visions différentes entre médecins et psychologues plutôt qu'une différence entre deux syndromes.

3.5.3.1. Les causes du burnout et de la fatigue chronique sont-elles les mêmes ?

Les personnes atteintes de burnout comme de fatigue chronique sont souvent définies avant l'apparition de la maladie comme actives, travaillant dur et engagées (Leone & al., 2011). La surcharge est au centre de l'explication de la fatigue chronique. Ainsi, une surcharge va diminuer l'énergie du corps et invariablement déstabiliser le système immunitaire. Le processus d'une surcharge de travail provoquant une fatigue est aussi décrit dans le burnout (Lee & al., 2011).

Toutefois des différences peuvent être relevées entre le burnout et la fatigue chronique. Si le burnout est principalement influencé par des facteurs liés au travail, à l'origine de la fatigue chronique, il y aurait un virus. L'arrivée de la maladie arrive abruptement comme l'arrivée d'autres infections virales (Underhill, 2015). Les symptômes s'améliorent après quelques heures ou jours pour revenir de manière plus sévère. Cependant, aucun virus n'a formellement été retenu (Korwin & al., 2016). L'apparition d'un virus ou d'un stress important ne permettant plus à l'individu de maintenir son activité initiale a été évoquée comme cause de la fatigue chronique (Brooks, Chalder & Rimes, 2017). Des caractéristiques comme le perfectionnisme et des croyances comme l'inacceptabilité des émotions négatives peuvent amener les individus à être stressés par l'impossibilité d'atteindre les objectifs initialement fixés (Brooks & al., 2017). Une distinction entre fatigue chronique et burnout demeure dans le fait que le burnout est centré principalement sur le travail alors que la fatigue chronique peut survenir dans tous les contextes.

3.5.4. Existe-t-il des symptômes différents entre le burnout et la fatigue chronique ?

La fatigue est la composante principale du burnout et de la fatigue chronique. Ces deux syndromes sont vus comme la fin d'un continuum de sévérité et de durée des symptômes de fatigue (Leone & al., 2011). Le manque d'énergie et le besoin de la restaurer sont présents dans la fatigue chronique comme dans le burnout mais si les personnes en burnout développent une attitude cynique envers le travail, les personnes avec une fatigue chronique vont réduire leurs activités de peur de se sentir plus fatiguées (Leone & al., 2011).

Par ailleurs, la fatigue est un symptôme qui revient fréquemment dans les plaintes des patients (Stadje & al., 2016). Pour la fatigue chronique, les patients distinguent trois types de fatigue (Olson, Oksana & Zimka, 2015).

- 1) La « *tiredness* » se rapportent à des difficultés de sommeil et une sensibilité émotionnelle accrue. Elle est expérimentée avant le diagnostic, pendant la rémission ou les bons jours (Olson & al., 2015). Elle est décrite avec des mots comme « tendu » ou « en contrôle ». Elle est comparée à une faiblesse musculaire et à plus de lourdeur.
- 2) La fatigue est expérimentée tous les jours (Olson & al., 2015). Elle se caractérise par un sentiment d'impatience, de peur et de frustration de ne pas être capable de

fonctionner convenablement. Les déficits musculaires sont plus fonctionnels. La diarrhée, la nausée et le vomissement sont associés à la fatigue.

- 3) L'épuisement provient d'une surutilisation, d'une sur-implication. Pendant les périodes d'épuisement, il est impossible de récupérer de l'énergie même en se reposant. L'épuisement est rapporté comme le sentiment d'être vidé, sans énergie. (Olson & al., 2015).

Précisons également que le burnout comme la fatigue chronique n'est pas soumis à l'effet négatif qu'un diagnostic peut avoir sur le patient. En effet, aller chercher leur cause dans le travail ou dans une maladie permet de renvoyer la cause du problème vers une source externe et non vers soi comme le feraient des maladies psychiatriques.

3.6. [Burnout et fibromyalgie](#)

3.6.1. Mieux comprendre la fibromyalgie

Bien que la fibromyalgie soit connue sous une variété de formes depuis un siècle, la première description clinique détaillée est apparue en 1970 (Borchers & Gershwin, 2015). La fibromyalgie appartient à une catégorie de maladies impliquant des douleurs (Theodorides & al., 2015) comme la fatigue chronique, la dyspepsie (sensation d'inconfort après un repas), le syndrome de la guerre du golfe, les cystites, le syndrome de l'intestin irritable, le syndrome des jambes sans repos... La fibromyalgie est aussi considérée comme un trouble rhumatique (Clauw, 2014) et une maladie musculo-squelettique (Gelonch, Garolera, Valls, Rossello & Pifarré, 2016)

La fibromyalgie se manifeste par une douleur chronique étendue qui ne peut pas être expliquée par d'autres troubles et qui demeure pendant au moins 3 mois (Wolfe & al., 2010, p. 608). La douleur est donc la caractéristique centrale de la fibromyalgie (Clauw, 2014). Ainsi la fibromyalgie est associée à un dysfonctionnement de la nociception (la perception de la douleur), augmentant l'intensité de la douleur perçue (Theodorides & al., 2015). Les personnes disent souvent qu'elles ont mal partout. Pourtant, la douleur serait principalement localisée sur des aires particulières comme les épaules, les bras, le bas du dos, les fesses ou encore les cuisses (Borchers & Gershwin, 2015). Les douleurs à la colonne vertébrale sont les douleurs les plus fréquentes (Nicol & al., 2016).

D'autres symptômes sont toutefois associés à la fibromyalgie :

- 1) La fatigue serait particulièrement présente chez les sujets qui ont d'importantes douleurs ainsi qu'un dysfonctionnement cognitif et qui sont plus dépressifs et anxieux montrant peut-être une moins bonne adaptation à la douleur quotidienne (Lukkahatai, Walitt, Espina, Gelio & Saligan, 2016).
- 2) La qualité du sommeil semble plus pauvre chez les patients fibromyalgiques. Ils prennent plus de temps pour s'endormir, dorment peu d'heures et se sentent moins reposés au matin (Borchers & Gerhwin, 2015). La fibromyalgie est associée avec plus d'heures d'éveil durant le sommeil et moins de temps de sommeil (Wu, Chang, Lee, Fang & Tsai, 2017).
- 3) L'hypersensibilité aux piqûres d'épingles, à la chaleur, au froid, aux stimulations électriques et aux stimuli auditifs est rapportée chez les sujets fibromyalgiques (Borchers & Gershwin, 2015).
- 4) Les plaintes cognitives sont aussi rapportées par 76% des patients comme des difficultés de concentration, une confusion mentale, une perte de mémoire, ou une diminution de l'attention (Borchers & Gershwin, 2015). Gelonch et al. (2016) montrent effectivement une diminution de performance pour les tâches impliquant l'inhibition, le changement et la mémoire de travail. Toutefois, ce constat serait essentiellement relié à la dépression et à l'anxiété.

3.6.2. Prévalence de la fibromyalgie

La fibromyalgie est le deuxième trouble rhumatique, le plus connu après l'ostéoarthrite (Clauw, 2014). La fibromyalgie touche trois fois plus de femmes (Clauw, 2014).

Pasqual Marques, de Sousa do Espírito Santo, Assumpção Berssaneti, Akemi Matsutani et King Yuan (2017) ont réalisé une méta-analyse sur la prévalence de la fibromyalgie. Aucune des études reprises ne concerne la Belgique. La fibromyalgie toucherait entre 0 et 7 % de la population en fonction des pays : les Etats-Unis (6.4%), l'Ecosse (1.2% à 5.4%), la France (1.6% à 4.7%), l'Italie (2.2% à 4.7%), l'Allemagne (0.4% à 4.7%), l'Espagne (0.92% à 2.9%), l'Iran (2.31%), le Japon (2.1%), le Brésil (2%) et les Pays-Bas (1.6%). La Chine, la Malaisie, Cuba, le Mexique, le Liban et le Vénézuéla obtiennent une prévalence inférieure à 1%. Entre 0.69 et 11.4% de la population dans les milieux urbains et entre 0.06 et 5.2% de la population dans les milieux ruraux souffriraient de fibromyalgie. Cependant, la prévalence dans les milieux ruraux est plus importante que dans les milieux urbains lorsque les deux milieux sont comparés. En 2006, le diagnostic de fibromyalgie était donné à 30% des patients qui faisaient appel au

service de santé militaire. En 2010, plus de la moitié de ces patients reçoivent un diagnostic de fibromyalgie (Jeffery & al., 2014).

A notre connaissance, aucune étude ne s'est intéressée à la prévalence de la fibromyalgie dans la population belge. Cependant, Faymonville et al. (2014) montrent que 29% des personnes qui viennent consulter pour des douleurs chroniques au CHU souffriraient de fibromyalgie. En Europe, le taux de prévalence s'élève à 2.5% (Queiroz, 2013). Le taux de fibromyalgie serait plus élevé après 30 ans (Queiroz, 2013).

3.6.3. Qu'est-ce qui distingue le burnout de la fibromyalgie ?

Aucune étude ne s'est directement penchée sur la relation entre le burnout et la fibromyalgie. Comparer la fibromyalgie au burnout s'avère également difficile puisque les recherches et l'intérêt pour ces deux concepts remontent seulement aux années 70.

3.6.3.1. Le burnout est-il plus relié au travail que la fibromyalgie ?

La fibromyalgie, comme le burnout, est influencée par le stress (Malin & Littlejohn, 2016). Le stress augmenterait l'amplitude de la douleur (Fischer & al., 2016). Un stress ressenti augmentera la douleur perçue au cours de la journée. Toutefois, il ne prédira pas l'intensité de la douleur pour les prochains jours (Fischer & al., 2016).

Si comme nous l'avons vu, le burnout est principalement lié au travail, la fibromyalgie ne l'est pas nécessairement. Ainsi, lorsqu'ils parlent des aspects de leur travail, les patients fibromyalgiques mettent l'accent sur la perte de performance et les changements de vie survenus suite à la fibromyalgie et parlent moins des problèmes occupationnels (Cedraschi & al., 2012). Les personnes atteintes de fibromyalgie mentionnent souvent l'importance d'un travail pour éviter l'isolement même si, en raison de leurs capacités de travail limitées, elles se retrouvent en proie à la désapprobation de leurs collègues et au harcèlement (Offenbacher, Dezutter, Vallejo & Toussaint, 2015). Les femmes fibromyalgiques qui ne travaillent pas rapportent des symptômes avec une plus forte intensité (Liedberg & Björk, 2014).

En outre, contrairement au burnout, les causes les plus souvent rapportées par les patients ne concernent pas les aspects du travail. Un événement particulier est souvent à l'origine de la fibromyalgie. En effet, les patients désignent un événement traumatique lié au début de leurs douleurs comme la mort d'un proche (Cedraschi & al., 2012), un divorce (Cedraschi & al., 2012) ou encore les difficultés financières ou familiales (Varinen, Kosunen, Mattila, Koskela & Sumanen, 2017). Les événements gynécologiques ou obstétricaux comme l'accouchement

sont aussi mis en avant (Cedrashi & al., 2012). Les malheurs qui ont eu lieu dans l'enfance tels que les agressions sexuelles (Nicol & al., 2016) ou encore une maladie chronique (Varinen & al., 2017) peuvent également favoriser l'apparition de la fibromyalgie. En outre, la fibromyalgie aurait une origine génétique. En effet, un parent au premier degré d'une personne fibromyalgique aurait huit fois plus de chances de développer une fibromyalgie (Laroche & Guérin, 2015).

Etant donné que la fibromyalgie est vue comme imprédictible (Cedrashi & al., 2012) et que les stratégies de coping basés sur les problèmes sont plus efficaces face aux situations modifiables, les stratégies de coping centrées sur les émotions sont plus importantes pour prédire les conséquences négatives de la fibromyalgie. Alors que le pardon est associé à une diminution de la douleur (Offenbacher & al., 2015), la confrontation, la résignation et l'accentuation des conséquences négatives perçue augmente la perception de la douleur (Sahar, Thomas & Clarke, 2016). L'estime de soi permet également de protéger contre les conséquences négatives de la fibromyalgie (Sahar & al., 2016).

3.6.4. Existe-t-il des symptômes différents entre le burnout et la fibromyalgie ?

Si la fatigue est une plainte fréquente aussi bien chez les patients souffrant de fibromyalgie que chez ceux souffrant de burnout, d'autres symptômes permettent de faire une distinction entre les deux concepts :

- La douleur chronique et diffuse est une caractéristique centrale chez les patients atteints de fibromyalgie.
- Le désengagement (ou le cynisme) est une caractéristique centrale dans le burnout mais n'est pas abordée dans la fibromyalgie.

3.7. Synthèse

Le tableau 5 compare le burnout avec les autres syndromes présentés ci-dessus.

Tableau 1 :

Synthèse des diagnostics différentiels du burnout

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

Workaholisme	Burnout
<p>Passe énormément de temps au travail, réticent à s'en distancier et fournissent un travail au-delà de ce qui est attendu qui affecte leur vie privée</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>Les émotions positives sont ressenties au travail</p> <p>Les émotions négatives sont plus actives (irritation, colère, agitation)</p> <p>Peut être un facteur de risque du burnout</p>	<p>Le burnout touche les personnes qui ont de fortes attentes envers leur travail</p> <p>Importance du travail et du sens donné au travail pour la personne</p> <p>L'épuisement propre au burnout est incompatible avec une forte implication dans le travail (workaholisme)</p> <p>Les émotions positives sont ressenties en dehors de la sphère professionnelle</p> <p>Les émotions négatives sont moins actives (fatigue, tristesse, léthargie)</p> <p>Le burnout se caractérise par une diminution de la performance</p>
Difficultés causées par un évènement de vie	Burnout
<p>Il n'y a pas forcément de lien avec le travail (ex., décès, divorce, séparation, faire de la prison, blessure/maladie physique, mariage, grossesse, emprunt, conflit familial, les enfants quittent la maison, changements dans les conditions de vie, déménagement...) mais il peut y avoir un lien (ex. rétrogradation au travail, absence de promotion, licenciement, échec au travail, arrêt de travail...)</p> <p>Apparaît suite à un évènement précis, souvent de courte durée</p>	<p>Lien avec le travail</p> <p>Apparaît suite à une tension de longue durée</p>

4. Burnout et concepts fortement médiatisés

Récemment, d'autres syndromes que le burnout, comme le bore-out et le brown-out, ont fait leur apparition dans les médias. Il est donc important de les clarifier d'un point de vue scientifique afin de comprendre ce qu'ils recouvrent et comment ils se distinguent du burnout.

4.1. Burnout et bore-out

4.1.1. Mieux comprendre le bore-out

Le bore-out ou le syndrome d'épuisement professionnel par l'ennui est décrit pour la première fois par Rothlin et Werder (2007 as cited in Chapelle, 2016). Il toucherait trois fois plus de travailleurs que le burnout mais il est encore peu étudié dans la littérature scientifique (Bourion & Trébucq, 2011). Bourion et Trébucq (2011) décrivent le bore-out comme un ensemble de signaux psychologiques proches de l'épuisement professionnel suite à un manque d'activités pendant le temps de travail. Le bore-out résulte d'une double contrainte. En effet, alors que le salarié bénéficie d'un contrat de travail et d'un salaire, il n'a presque rien à faire et ses tâches sont peu intéressantes (Bourion, 2015). Cette particularité amène le travailleur face à deux émotions : d'une part, il pense devoir se réjouir de ne pas être au chômage ; d'autre part, il se sent coupable d'être payé à ne rien faire (Bourion & Trébuck, 2011). La conception du bore-out n'est pas sans rappeler la description que fait Farber (2000) du burnout « underchallenged ». Toutefois aucune étude sur le sujet n'a été réalisée.

Le bore-out reste peu étudié et les chercheurs se réfèrent souvent à la littérature sur l'ennui au travail pour mieux comprendre ce phénomène.

L'ennui est défini par Eastwood, Frischen, Fenske et Smilek (2012, p. 484) comme « un état aversif qui a lieu lors de :

- L'impossibilité de diriger son attention vers une information interne ou externe nous permettant de réaliser une activité satisfaisante
- La prise de conscience de l'incapacité de réaliser une activité satisfaisante
- L'attribution extérieure de la cause de notre état aversif

Goetz et al. (2014) proposent quatre catégories d'ennui d'intensité croissante

- L'ennui indifférent se caractérise par un retrait du monde extérieur.

- L'ennui focalisant se rapporte au fait de ne pas savoir quoi faire et à l'ouverture vers de nouvelles situations.
- L'ennui de recherche indique un besoin d'activités et des pensées spécifiques à propos des intérêts, des loisirs, des hobbies. Le travailleur cherche activement une manière de minimiser l'ennui.
- L'ennui réactif conduit à une motivation plus forte de quitter la situation induisant l'ennui.

L'ennui au travail est un état où l'excitation est faible et l'insatisfaction dû à une situation de travail non stimulante est grande (Schaufeli & Salanova, 2014). L'ennui au travail est dû à un besoin interne de stimulation élevée. Plus ce besoin est grand, plus la personne est susceptible de s'ennuyer (Schaufeli & Salanova, 2014).

4.1.2. Qu'est-ce qui distingue le burnout du bore-out ?

4.1.2.1. Le burnout et le bore-out sont-ils expliqués par les mêmes processus ?

Si les deux syndromes apparaissent en lien avec le travail (Bourion & Trébucq, 2011), des différences peuvent être observées. Alors que le burnout survient lorsqu'un travailleur a trop de travail, le bore-out provient de l'absence de travail (Bourion & Trébucq, 2011). Il est donc possible de dresser une première grande différence à savoir que le bore-out serait provoqué par une sous-stimulation alors que le burnout résulterait d'une sur-stimulation. En outre, si le bore-out est un état de faible excitation et d'insatisfaction, le burnout serait une conséquence du stress. Par ailleurs, les besoins à satisfaire dans l'ennui au travail ne sont pas les mêmes dans le burnout (Sulea, Van Beek, Sarbescu, Virga & Schaufeli, 2015). Ainsi, le besoin de relations sociales prédit le burnout mais ne semble pas avoir d'impact sur l'ennui. On peut également constater que les patients en bore-out recherchent plus de stimulation alors que les patients en burnout demandent un temps de pause, d'inactivité.

4.1.2.2. Le burnout et le bore-out conduisent-ils aux mêmes symptômes ?

Tout comme le burnout, l'ennui provoque de la fatigue. Toutefois, la fatigue dans l'ennui est dite passive et provient du manque de stimulation (Cummings, Gao & Thornburg, 2016). Dans le modèle du bien-être au travail, Schaufeli et Salanova (2014) considèrent que l'ennui au travail tout comme le burnout est caractérisé par des affects négatifs et une faible activation comme la fatigue, la léthargie ou encore la tristesse.

4.2. Burnout et brown-out

A notre connaissance, il n'existe pas de recherches scientifiques sur le brown-out dans PsychInfo, Google Scholar, Medline, Scopus et Sociological Abstract. Toutefois, dans les articles de presses, le brown-out est vu comme « une crise existentielle du salarié, liée à l'incompréhension de ses tâches complètement absurdes ou en conflit avec ses valeurs » (Lalibre, 2016). Nous pouvons citer trois origines ayant conduit au mot brown-out et à la définition qui lui est associée :

1. Graeber (2013) décrit les « bullshit jobs » ('boulots de merde'), des boulots sans sens qui continuent d'exister malgré le fait que ceux qui les exercent savent pertinemment qu'ils ne contribuent en rien au fonctionnement de l'entreprise.
2. Alvesson et Spicer (2016) dans leur ouvrage « *the stupidity paradox* » décrivent comment des travailleurs qui ont un niveau d'éducation élevé, s'attendent à être traités comme « intellectuels » alors qu'il leur est juste demandé d'obéir aux ordres.
3. Kibler (2015) est le premier à parler du terme « brown-out » pour décrire une perte de passion au travail. Il distingue le brown-out du burnout. En effet, le brown-out ne serait pas une crise aussi importante que le burnout. Les personnes en « brown-out » semblent aller parfaitement bien mais se désengagent peu à peu du travail. Ces personnes manifesteraient des symptômes comme :
 - Le sentiment d'être épuisé par des obligations 24 heures sur 24, 7 jours sur 7.
 - Détérioration physique due aux années de manque de sommeil
 - Faible relation avec leur famille immédiate
 - Relation distante avec leurs anciens amis
 - L'atrophie des intérêts personnels
 - Une diminution de la capacité à se concentrer sur des conversations non reliées au travail

4.2.1. Qu'est-ce qui distingue le burnout du brown-out ?

Bien qu'aucune littérature n'appuie le diagnostic différentiel entre le burnout et le brown-out, nous pouvons formuler les hypothèses suivantes. Le burnout tout comme le brown-out touche prioritairement des professions où la vocation est importante. Toutefois, alors que dans le burnout, les patients ne sont plus capables d'accomplir des tâches et sont caractérisés par une sur-stimulation, les patients en brown-out sont encore capable d'accomplir des tâches mais ressentent un sentiment de lassitude.

Le manque de recherches sur le sujet et la difficulté d’appréhender ce concept nous conduisent à être prudents quant à son utilisation dans le diagnostic différentiel du burnout. D’autres études seront nécessaires avant de pouvoir comparer le brown-out et le burnout.

4.3. Synthèse

Le tableau 6 reprend une synthèse sur les différences entre le burnout, le bore-out et le brown-out.

Tableau 2 :

Synthèse de la comparaison entre le burnout, le bore-out et le brown-out

Bore-out	Burnout
<p>Monotonie et manque de sens</p> <p>Sous-stimulation</p> <p>Etat désagréable de faible excitation et d’insatisfaction</p> <p>Capable de faire des efforts</p> <p>Besoin/en demande de stimulation</p> <p>Rendre le travail plus significatif et stimulant</p>	<p>Demandes élevées et faibles ressources</p> <p>Sur-stimulation</p> <p>Réaction (l’épuisement et la distanciation mentale) au stress professionnel chronique</p> <p>Incapacité (car épuisement) et refus (car distanciation) de faire des efforts</p> <p>Besoin d’inactivité</p> <p>Rétablir l’équilibre entre les efforts et les récompenses</p>
Brown-out	Burnout
<p>Touche en priorité les professions dont le contenu humain et le contenu relationnel dominant (professions de « vocation »)</p> <p>Capable d’accomplir des tâches mais avec un sentiment de lassitude immédiat</p> <p>Plutôt caractérisé par une perte totale de sens</p>	<p>Touche en priorité les professions dont le contenu humain et le contenu relationnel dominant (professions de « vocation »)</p> <p>Plus capable d’accomplir des tâches</p> <p>Plutôt caractérisé par un surmenage (sur-stimulation)</p>

5. Méthodologie

L'objectif de la présente étude était au départ, comme en 2010, (1) d'objectiver le phénomène de burnout et d'en mesurer l'ampleur en Belgique. L'étude avait par ailleurs comme objectifs (2) de réaliser une analyse comparative 2010-2018 des cas de burnout récoltés en consultation de médecine générale et de médecine du travail et enfin (3) de proposer une analyse de l'intérêt d'une utilisation conjointe de deux outils de diagnostic de burnout, i.e. le jugement clinique des médecins et l'évaluation auto-rapportée par les travailleurs. Le premier objectif n'a cependant pas pu être atteint en raison du faible taux de participation des médecins à la récolte des données.

Tout comme en 2010, nous avons fait le choix de récolter des données sur les cas 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. En 2018, en plus de leur jugement clinique obtenu via les fiches de détection précoce du burnout, nous leur avons demandé de faire remplir à leurs patients un auto-diagnostic, afin de pouvoir analyser l'intérêt de l'utilisation conjointe de deux techniques différentes lors du diagnostic du burnout.

5.1. [Contact avec les médecins](#)

5.1.1. Médecins du travail

Afin de contacter les médecins du travail, nous avons proposé le projet aux différents Services de Protection et Prévention au Travail (SEPPT). Parmi les SEPPT qui ont accepté de participer, nous recensons SPMT-Arista, Attentia, le CESI, Mediwet, Mensura et Provikmo. Une fois l'accord du SEPPT, nous avons pu envoyer un mail de présentation aux différents médecins du travail pour leur présenter le projet.

Nous avons également contacté les médecins du travail internes via l'AMTI/VVIB. Cependant, pour pouvoir toucher un plus grand nombre de médecins, nous avons également contacté les médecins du travail figurant dans nos contacts.

5.1.2. Médecins généralistes

Nous avons dû contacter différentes associations pour pouvoir atteindre les médecins généralistes. La SSMG, la fédération des maisons médicales, Santé Ardenne, Domus Medica,

la SMSE (Société de Médecine de Seraing et des Environs) ont accepté de transmettre une courte annonce de notre enquête. Toutefois, la visibilité de l'enquête n'étant pas optimale, nous avons contacté les médecins généralistes à travers nos propres réseaux (GLEM – Groupe Local d'Evaluation Médicale-, maîtres de stage, contacts personnels). Les médecins qui ont accepté de participer sont revenus vers nous pour enregistrer leur participation.

5.2. Déroulement de l'enquête

Les médecins étaient prévenus que l'enquête durerait trois mois. Un premier groupe a commencé l'étude le 5 mars et l'a terminée le 4 juin. Cependant, pour atteindre un nombre de participants plus élevé, nous avons relancé un groupe de participants un mois après, du 9 avril au 9 juillet. Bien que théoriquement, nous avons deux groupes de départ, des documents ayant pris du temps pour arriver à destination, certains médecins ont commencé l'étude avec un retard. Nous avons dès lors reporté la date de fin de l'étude de telle manière à ce que l'étude dure 3 mois pour chaque médecin.

Chaque médecin participant recevait par mail:

- Une fiche 'médecin' et un consentement à signer
- 45 liens vers l'outil de détection précoce du burnout
- Un mode d'emploi
- Un outil d'interprétation des résultats obtenus au questionnaire OLBI
- Trois liens vers des fiches mensuelles

Il recevait également par courrier :

- 45 questionnaires OLBI et consentements à l'attention des patients (Annexe 7)
- Une présentation de l'étude adressée aux patients

Nous développerons dans les lignes suivantes l'utilité de chaque document envoyé.

5.3. Fiche médecin et formulaire de consentement

Les fiches médecins permettaient de recueillir des informations générales sur les médecins comme le genre, l'ancienneté, le nombre de consultations, le service où le médecin travaillait ainsi que le nombre de contacts avec les travailleurs. Elles ont été remplies par les médecins dès le début de l'enquête. Nous leur avons demandé de signer par la même occasion un formulaire de consentement éclairé afin de valider leur libre participation.

5.4. [Outil de détection précoce du burnout](#)

Nous sommes partis de l’outil créé lors de l’étude menée en 2010. Cet outil existait sous deux formes fortement similaires : une adressée aux médecins généralistes et une adressée aux médecins du travail. L’outil est traduit en néerlandais, ce qui donne quatre versions différentes qui sont reprises en annexes 1, 2, 3 et 4. L’outil reprend différentes questions :

- Le type d’examen médical (pour les médecins du travail uniquement)
- Les plaintes rapportées par le travailleur
- Les symptômes
- La relation avec le travail : le lien entre les plaintes et le travail, les contraintes et les ressources qui peuvent influencer le mal-être rapporté par le travailleur
- Les caractéristiques sociodémographiques
- Les antécédents en terme d’incapacité de travail : y a-t-il ou y a-t-il eu des arrêts de travail pour les symptômes mentionnés ?
- Le diagnostic du burnout
- La conclusion de l’évaluation de santé : pour les médecins du travail uniquement, il s’agit de préciser les conclusions par rapport au maintien du travailleur dans son environnement de travail
- Autres commentaires

5.4.1. [Modification de l’outil de détection précoce du burnout](#)

5.4.1.1. [Focus groupe](#)

L’outil a été modifié afin de s’adapter à l’évolution des pratiques et à l’apparition de nouvelles demandes.

[Méthodologie des focus groupes](#)

Pour adapter l’outil, deux focus groupes (un néerlandophone et un francophone) ont été réalisés. Le groupe néerlandophone comportait 11 médecins du travail. Le groupe francophone comptait 9 médecins du travail et 1 médecin généraliste.

Les focus groupes ont abordé les points suivants :

1. L’avis des participants sur l’outil de détection précoce du burnout (élaboré en 2010) selon l’évolution des pratiques :
 - a. Faut-il adapter la fiche ?

- b. Comment peut-on envisager le diagnostic différentiel avec d'autres troubles liés au travail ?
 - c. Faut-il utiliser une échelle de fréquence ?
- 2. Le point de vue des participants sur la récolte électronique des données :
 - a. Est-il pertinent de récolter des données en ligne par rapport aux pratiques des professionnels ?
 - b. Quelles modalités faut-il mettre en place pour faciliter la récolte durant la consultation ?
 - c. Quel type d'output électronique serait utile à ces professionnels pour permettre l'archivage des données sur leurs patients/travailleurs ?
- 3. La possibilité de coupler la fiche de détection précoce du burnout avec la passation d'un autodiagnostic (questionnaire OLBI) rempli par le travailleur
 - a. L'utilisation de ce questionnaire est-elle pertinente ?
 - b. Comment et quand le patient pourrait-il remplir le questionnaire ?

Résultats des focus groupes

Les focus groupes nous ont permis de relever quelques changements importants à effectuer dans l'outil de détection précoce du burnout parmi lesquels :

- 1) Sur les terminologies : préférer les termes « détection précoce du burnout » et « overbelast » pour le titre de l'outil, « auto-évaluation » pour l'OLBI, « humeur dépressive » dans les symptômes ;
- 2) Ajouter des termes : « consulter spontanément à la demande du travailleur/de l'employeur, sur proposition du médecin du travail » dans les possibilités d'examen ; « rumination », « usage de drogues », « inquiétude des proches », « risque d'erreur » dans les symptômes étudiés ; « Perte de sens au travail » dans les contraintes liées au travail, « apte avec recommandations », « renvoi vers un médecin traitant » dans les conclusions de l'évaluation de santé ;
- 3) Ajouter une échelle de fréquence individualisée pour chaque symptôme ;
- 4) Retravailler certaines questions comme « le lien avec le travail », « les variables sociodémographiques », « diagnostic différentiel » ;
- 5) Travailler sur les clartés des consignes au moment de l'enquête : Quand compléter le questionnaire, à quel moment ? Comment éviter les doubles encodages ? Comment conserver l'identification du patient ? Combien de temps va-t-il falloir pour compléter le questionnaire OLBI ?

Afin de répondre aux remarques relevées dans le focus groupe, les changements suivants ont été apportés à l'outil de détection :

- 1) Nous avons adapté l'outil en remplaçant les terminologies qui pouvaient poser problème ;
- 2) Nous avons également ajouté les termes proposés par les médecins qui nous semblaient en accord avec la revue de la littérature ;
- 3) Nous avons ajouté une échelle de fréquence en quatre points pour chaque symptôme ;
- 4) Pour le lien avec le travail, nous sommes revenus à la version utilisée en 2013 qui tenait compte des commentaires formulés par les médecins. Pour les variables sociodémographiques, nous avons ajouté l'ancienneté dans l'entreprise et le temps de travail. Enfin, le diagnostic différentiel sera proposé en même temps que le diagnostic et uniquement si le médecin ne conclut pas à un burnout ;
- 5) Les questions concernant les consignes de l'enquête seront traitées dans la suite de la méthodologie.

5.4.1.2. Entretiens individuels avec des médecins généralistes

Malgré la nécessité d'obtenir le point de vue des médecins généralistes sur la méthodologie mise en place, nous avons peu de participants aux focus groupes. C'est pourquoi, nous avons réalisé par la suite des entretiens individuels avec des médecins généralistes.

Méthodologie des entretiens individuels

Au total, 9 médecins ont été interrogés : 8 francophones et 1 néerlandophone. L'objectif de ces entretiens était d'obtenir leurs avis sur les fiches modifiées suite aux focus groupes. Les points suivants ont été abordés dans l'entretien :

1. Les commentaires et remarques qui pourraient être faits s'ils devaient compléter le questionnaire pour un patient souffrant d'un mal-être au travail ;
2. Leur avis sur la méthodologie utilisée pour récolter les données ;
3. Leur point de vue sur la création d'une fiche PDF reprenant les données encodées dans l'ordinateur ;
4. La possibilité de faire compléter le questionnaire OLBI par les patients.

Résultats des entretiens individuels

Les éléments abordés pendant l'entretien peuvent se décliner en plusieurs catégories :

- 1) Préciser certains termes comme neurovégétatifs, fatigue profonde, baisse d'énergie, estime de soi, diminution du sentiment de compétence, pression temporelle, charge physique, variété dans les compétences, feedback, statutaire, jours d'arrêt de travail ;
- 2) Ajouter certains termes comme harcèlement, syndicat, responsable hiérarchique, absence de tâches, surcharge administrative, manque de compréhension ou ajouter des modalités de réponses dans les questions à choix multiples ;
- 3) Désignation: modifier la manière dont un symptôme est désigné pour que l'étude soit comprise par le plus grand nombre de personnes (ex : remplacer asthénie par fatigue profonde, dualité par ambivalence, agressivité par impulsivité...) ;
- 4) Modalités pratiques : obtenir les feedbacks sur les questionnaires plus rapidement, traduction du questionnaire OLBI dans d'autres langues (ex : anglais, arabe, allemand) ;
- 5) Affiner l'échelle utilisée pour déterminer la fréquence des symptômes.

Modification de l'outil en fonction des résultats

L'outil de détection précoce du burnout a été modifié suite aux commentaires effectués. Les modifications suivantes ont été apportées par consensus au sein de notre consortium :

- 1) Un mode d'emploi accompagnera l'outil afin de définir les contraintes, les ressources ainsi que les diagnostics différentiels et d'expliquer la pertinence de chaque question prévue dans l'outil (Annexes 5 et 6);
- 2) Dans la plupart des questions à choix multiples, une modalité « autre » laissera la possibilité aux médecins d'ajouter des éléments qu'ils jugent pertinents ;
- 3) Nous avons évalué les propositions de changements de termes pour désigner un symptôme et nous avons sélectionné la possibilité qui nous semblait la plus pertinente au vu du concept étudié ;
- 4) Nous avons apporté des modifications quant à la passation de l'étude par, notamment, l'inclusion d'un outil permettant aux médecins de calculer automatiquement les scores obtenus par leur patient au questionnaire OLBI (Annexes 8 et 9);
- 5) Nous avons utilisé une autre mesure de fréquence pour les symptômes de telle sorte à ce que chaque modalité soit mutuellement exclusive.

5.5. Questionnaires OLBI et Outil de détection précoce du burnout

Il était demandé aux médecins de compléter, pour chaque patient souffrant d'un mal être au travail, l'outil de détection précoce du burnout en ligne. Le médecin pouvait compléter l'outil pendant la consultation ou après la consultation en fonction de ce qu'il estimait le plus approprié.

Parallèlement à l'outil de détection précoce du burnout rempli par les médecins, nous avons demandé aux médecins de faire remplir à leur patient le questionnaire Oldenburg Burnout Inventory (OLBI) en version papier et de leur faire signer un formulaire de consentement (Annexe 7). Nous avons laissé le médecin organiser la manière de remplir le questionnaire OLBI. Le patient pouvait soit le remplir dans la salle d'attente du médecin, soit chez lui avant de le rapporter aux médecins (de main à main ou dans une urne réservée à cet effet). Les médecins nous renvoyaient les questionnaires OLBI complétés une fois par mois à l'aide d'enveloppes préaffranchies.

Au final, nous obtenons pour un même patient l'outil de détection rempli par le médecin et le questionnaire OLBI complété par le patient.

5.5.1. Lien entre questionnaire OLBI et outil de détection précoce : confidentialité

Afin de pouvoir faire le lien entre les réponses du patient et celles de son médecin, nous avons envoyé un fichier Excel contenant les 45 liens renvoyant vers des fiches uniques informatisées (outil de détection précoce du burnout).

Tableau 3 :

Exemple de tableau Excel envoyé aux participants

Nom	Prénom	Identifiant patient	Lien vers la fiche
		166557	https://surveys.fapse.ulg.ac.be/k.php?c=kEMlavT1UErvbCIWXJ8j&s=4047&p=166557
		166558	https://surveys.fapse.ulg.ac.be/k.php?c=mbAADugwewOy2xgworKm&s=4047&p=166558
		166559	https://surveys.fapse.ulg.ac.be/k.php?c=XTmqQiygEeLcaudwgaQv&s=4047&p=166559
		166560	https://surveys.fapse.ulg.ac.be/k.php?c=53kblkkS7bmkvsj1CCHG&s=4047&p=166560
...

Ce fichier confidentiel a été conservé par les médecins et leur permettait d'encoder les patients pour lesquels ils remplissaient la fiche. Ils permettaient également de donner au patient un identifiant à reporter sur le questionnaire OLBI. L'identifiant permettait de donner un feedback au médecin concerné et de rapprocher les résultats du questionnaire OLBI à l'outil de détection précoce du burnout.

5.6. [Fiches mensuelles](#)

Une fois par mois, les médecins devaient répondre à quelques questions. Pour les médecins du travail, les questions étaient : « Le nombre de demi-journées de consultations pendant le mois écoulé », « le nombre de « contacts-travailleurs » pendant le mois écoulé », « le nombre de travailleurs rencontrés pendant le mois écoulé que vous estimez en burnout ». Pour les médecins généralistes, nous avons demandé : « Le nombre de contacts patients pendant le mois écoulé » et « le nombre de patients rencontrés pendant le mois écoulé que vous estimez en burnout ».

A la fin du mois de mars, nous avons en plus posé la question de la date de début de l'enquête afin d'évaluer à quel moment chaque médecin avait commencé l'étude.

5.6.1. Temps disponible pour l'étude

Un retour récurrent des participants sur le manque de temps à accorder à l'étude nous a incité à envisager la probabilité que le médecin ne sélectionne un patient que lorsqu'il dispose du temps nécessaire et la possibilité que le nombre total de patients ne représente pas réellement le nombre de burnout mais manifeste plutôt le temps que les médecins sont prêts à accorder à l'étude. Aussi, afin de pouvoir évaluer la différence entre le nombre d'outils complétés et le nombre de patients en burnout, nous avons ajouté une question sur l'estimation du nombre de patients en burnout selon le médecin.

5.7. [Retour effectué aux participants](#)

5.7.1. Version PDF de l'outil de détection précoce du burnout

Pour chaque outil complété, le médecin recevait une version en PDF afin de l'archiver s'il le souhaitait dans ses dossiers patients. Le code de la fiche nous permettait de retrouver le médecin ayant rempli la fiche.

5.7.2. Un feedback sur les questionnaires OLBI

Une fois par mois, une fois les questionnaires OLBI reçus, nous renvoyions un feedback sur les données recueillies au médecin concerné lorsque l'identifiant était repris sur le questionnaire.

5.7.3. Un outil d'interprétation de l'OLBI

Etant donné que nous devons attendre la réception du questionnaire OLBI pour envoyer un feedback et qu'un mois peut paraître long dans des problématiques de burnout, nous avons fourni aux médecins participants un fichier Excel permettant de calculer les scores obtenus par les patients.

6. Résultats

6.1. Statistiques descriptives de notre échantillon de médecins

Au départ, 126 médecins avaient accepté de participer à notre étude. Beaucoup ont ensuite décliné leur participation. Au total, 43 médecins nous ont renvoyé les questionnaires OLBI et/ou les outils de détection précoce du burnout, soit un taux de participation de 34.13% (voir tableau 8 pour une répartition détaillée des 43 médecins).

Tableau 4 :
Répartition des 43 médecins restant (% de médecins par catégorie)

	Médecins du travail externes	Médecins du travail internes	Médecins généralistes	Total
Français	9 (20.93%)	2 (4.65%)	11(25.58%)	22 (51.16%)
Néerlandais	12 (27.91%)	6 (13.95%)	3 (6.98%)	21 (48.84%)
Total	21 (48.84%)	8 (18.60%)	14 (32.56%)	43

Il ne semble pas y avoir de différences dans les catégories de médecins en terme de poursuite de l'étude. Seuls les médecins néerlandophones du travail en interne ont un taux de participation plus important avec 54, 55% de médecins restant (voir tableau 9). A l'inverse, les médecins généralistes néerlandophones ont été moins nombreux à poursuivre l'étude avec un taux de 25% de réponses.

Tableau 5:
Taux de réponses par catégories (Nombre de médecins final/Nombre de médecins au début de l'étude) (taux de réponses)

	Médecin du travail externe	Médecin du travail interne	Médecins généralistes	Total
Français	9/26 (34.62%)	2/6 (33.33%)	11/31(35.48%)	22/63 (34.92%)
Néerlandais	12/40 (30%)	6/11 (54.55%)	3/12 (25%)	21/63 (33.33%)
Total	21/66 (31,81%)	8/ 17 (47.06%)	14 /43 (32.56%)	43/126 (34.13%)

Parmi les 43 médecins qui ont participé, 32 ont commencé en Mars et 11 en Avril. 27 sont des femmes (62.79%) et 16 sont des hommes (37.21%) avec une expérience moyenne en médecine de 20,56 ans (les années d'expérience varient de 1 an à 36 ans).

Parmi les 29 médecins du travail, 8 travaillent chez Mensura, 6 chez SPMT-Arista, 4 chez Provikmo, 2 chez CESI, 1 chez Mediwet et 8 dans des entreprises en interne. 11 médecins (soit

38%) travaillent à temps partiel (en moyenne 64% d'un temps plein), 14 (soit 48.28%) travaillent à temps plein. 4 médecins n'ont pas répondu à cette question. Les médecins à temps plein ont en moyenne 5.81 demi-journées de consultation, soit un peu moins de 3 jours complets. Les médecins à temps partiel ont en moyenne 4.64 demi-journées de consultation, soit un peu moins de 2 jours et demi de consultations par semaine. Les médecins estiment avoir en moyenne 60 contacts par semaine (avec une variation allant de 35 à 140 contacts) et 2224 contacts par année (avec des résultats allant de 1000 contacts à 6000).

Parmi les 14 médecins généralistes, 1 médecin (7.14%) estime avoir entre 11 et 14 consultations par jour, 4 médecins (28.57%) entre 16 et 20 consultations par jour et 5 médecins (37.71%) plus de 20 consultations par jour. 4 médecins n'ont pas répondu à la question. Ils consacrent en moyenne 17.5 minutes de temps par consultation (les résultats varient de 15 à 20 minutes).

Par rapport à la population de médecin active, le nombre de participant à cette étude est très faible. En effet, au 31 décembre 2017, le nombre de médecins du travail est estimé à 877. Dans l'étude que nous avons réalisée, nous avons 29 médecins du travail (soit 3.3% de participation) (Co-Prev, 2018). Le nombre de médecins généralistes est quant-à-lui estimé à 15 989 dont 8982 en Flandre, 5425 en Wallonie et 1582 en région Bruxelles-Capitale. Par rapport aux 14 médecins que nous avons pu joindre, le taux de participation s'élève à 0.088% (Service Public Fédéral : Santé Publique, sécurité de la chaîne alimentaire et environnement, 2018).

6.2. Statistiques descriptives des fiches mensuelles

Les fiches mensuelles nous permettaient d'estimer le nombre de patients rencontrés par les médecins. Etant donné le nombre limité de médecin qui ne permet pas de conclure que les chiffres obtenus puissent être représentatifs de la population belge, nous n'avons pas souhaité calculé une prévalence de burnout dans la population belge.

Nous pouvons toutefois constater que la proportion de cas de burnout rencontrés par médecin varie peu entre les francophones (1.48%) et les néerlandophone (1.32%), entre les médecins du travail (1.24%) et les médecins généralistes (1.68%) et au cours des mois de Mars, Avril et Mai (de 1.09% à 1.63%). La seule variation observée est celle du mois de Juin (3.80%) (voir tableau 10). Toutefois, un médecin en juin a rencontré beaucoup de patients en burnout par rapport au nombre total de contacts patients. Le faible nombre de fiches mensuelles sur le mois de Juin permettrait d'expliquer le score plus élevé obtenu en Juin.

Tableau 6 :

Pourcentage des patients diagnostiqués en burnout en fonction du mois, du médecin, et de la langue

	N médecins		N patients total		N patients burnout			%
		somme	M	SD	Somme	M	SD	
Mois								
Mars	56	12951	231.27	122.21	214	3.82	8.14	1.63
Avril	60	11648	194.13	107.22	127	2.12	2.56	1.09
Mai	52	10641	204.63	121.31	130	2.50	3.98	1.19
Juin	6	947	157.83	80.97	36	6	11.92	3.80
Médecins								
Médecins du travail	128	23001	179.70	97.85	285	2.23	2.85	1.24
Médecins généralistes	46	13186	286.65	128.02	222	4.83	9.938	1.68
Langue du médecin								
Français	75	18409	245.45	134.85	272	3.63	7.26	1.48
Néerlandais	99	17778	179.58	90.90	235	2.37	4.21	1.32

6.3. Statistiques descriptives de l'outil de détection précoce

Nous avons reçu 207 fiches de détection validées desquelles nous avons supprimé 17 fiches vierges. Ce qui nous donne un total de 190 fiches complétées dont 145 (76.44%) par des médecins du travail et 45 (23.56%) par des médecins généralistes. 90 fiches sont en français (soit 47.37%) et 100 en néerlandais (soit 52.63%).

6.3.1. Statistiques démographiques des patients

Tableau 7 :

Statistiques démographiques des patients

	N	%		N	%
Genre					
Homme	89	47.3	Femme	97	51.6
Situation familiale					
Seul	33	17.6	En couple	142	75.5
Langue maternelle					
Allemand	0	0	Espagnol	1	0.5
Français	97	51.6	Néerlandais	86	45.7
Nature du contrat de travail					
Intérimaire	2	1.06	Contrat à durée déterminée	6	3.19
Contrat à durée indéterminée	159	84.6	Statutaire	14	7.4
Statut du travailleur					
Ouvrier	39	20.7	Employé	122	64.9
Cadre	18	9.6	Indépendant	1	0.5
Sans emploi	0	0			
Temps de travail					
Temps plein	148	78.7	Temps partiel	33	17.6
Secteur d'activité					
Public	46	24.5	Privé	138	73.4
Taille de l'entreprise					
Moins de 20	15	8.0	Entre 20 et 49	8	4.3
Entre 50 et 250	34	18.1	Plus de 250	118	62.8

Nous disposons des variables sociodémographiques pour 188 fiches (Tableau 11). Sur 188 cas, 89 sont des hommes (soit 47.34%), 97 sont des femmes (soit 51.60%). 4 n'ont pas répondu à cette question (2.12%). Les participants ont en moyenne 43.12 ans avec un écart type de 2.21 (entre 22 et 69 ans) et une ancienneté de 14.71 avec un écart type de 10.25 (entre 0 et 42 ans) (Tableaux 12 et 13)

Tableau 9 :
Répartition des participants en fonction de l'âge

Age	N	%
Moins de 25 ans	4	2.1
Entre 25 et 35 ans	41	21.8
Entre 36 et 45 ans	55	29.3
Entre 46 et 55 ans	59	31.4
Plus de 55 ans	19	10.1
Manquante	10	5.3

Tableau 8 :
Répartition des participants en fonction de l'ancienneté

Ancienneté	N	%
Un an et moins	8	4.3
Entre 2 et 5 ans	30	16
Entre 6 et 10 ans	40	21.3
Entre 10 et 15 ans	28	14.9
Entre 15 et 20 ans	23	12.2
Entre 20 et 30 ans	35	18.6
Plus de 30 ans	14	7.4
Manquante	10	5.3

33 participants vivent seuls (soit 17.55%), et 142 vivent en couple (soit 75.53%). Dans 13 cas rapportés, les médecins n'ont pas répondu à la question ou ne savaient pas (6.92%).

Aucun participant dont la langue maternelle est l'allemand n'a participé à l'étude. 97 patients parlent français comme langue maternelle (soit 51.60%), 86 parlent néerlandais (soit 45.74%) et 1 parle Espagnol. La langue n'était pas précisée dans 4 cas.

La population est composée majoritairement de travailleurs avec un contrat à durée indéterminée (159 soit 84.57%). Elle comprend également 2 travailleurs intérimaires (soit 1,06%), 6 contrats à durée déterminée (soit 3.19%) et 14 travailleurs statutaires soit (7.44%). 5 médecins ne connaissaient pas le statut de leur patient (soit 2.66%).

39 travailleurs sont des ouvriers (soit 20.74%) ; 122 sont des employés (64.89%) ; 18 sont des cadres (soit 9.57%) ; 1 est indépendant (soit 0.53%). Notre échantillon ne contient pas de personne sans emploi et trois cas sont marqués comme autre (soit 1.60%) avec des statuts comme enseignant, policier et doctorant.

148 patients travaillent à temps plein (78.72%), 33 travaillent à temps partiel (17.55%), 1 médecin (0.53%) ne connaissait pas le temps de travail de son patient. Nous ne disposons pas de l'information du temps de travail dans 6 cas (3.03%).

Un quart de notre population travaille dans le secteur public (24.47%). L'autre partie exerce dans le secteur privé (73.40%).

15 (soit 8.0%) patients sont employés dans une entreprise de moins de 20 travailleurs, 8 (soit 4.3%) dans une entreprise employant entre 20 et 49 travailleurs, 34 (soit 18.1%) dans une organisation composée de 50 à 250 travailleurs et 118 (soit 62.77%) dans une entreprise avec plus de 250 travailleurs. Nous ne disposons pas de l'information pour 13 cas (soit 6.9%).

Tableau 10:
Répartition de l'échantillon en fonction de la profession

	N	%
EMPLOYE	5	2.98
PROFESSION DE LA SANTE	19	11.31
OUVRIER	5	2.98
ADMINISTRATIF	9	5.36
ENSEIGNANT (INSTITUTRICES, ENSEIGNANTS SECONDAIRES, SUPERIEURES)	6	3.57
SECRETAIRE	5	2.98
LIVRAISON/MAGASINIER/LOGISTIQUE	2	1.19
AIDE (SOCIALE) AUX PERSONNES	5	2.98
TECHNICIEN DE SURFACE	5	2.98
CADRE	6	3.57
CHEF D'EQUIPE	7	4.17
EDUCATEUR	6	3.57
COMMERCIAL	3	1.79
COMMIS	1	0.60
INFORMATICIEN (IT)	1	0.60
PRODUCTION	17	10.12
VENDEUR	9	5.36
SECTEUR SOCIO-CULTUREL/ARTISTIQUE	1	0.60
INGENIEUR	2	1.19
ECONOMIQUE (BANQUE, COMPTABLE)	3	1.79
PROJECT MANAGER	2	1.19
JOURNALISTE	1	0.60
FONCTION SUPPORT (RH, DROIT, COMMU, QUALITE, ENVIRONNEMENT)	9	5.36
HORECA	6	3.57
ANIMATEUR/FORMATION	2	1.19
TECHNICIEN	6	3.57
POLICE	5	2.98
INSPECTEUR	2	1.19
SERVICE CLIENTELE2	5	2.98
LABORATOIRE (CHIMIQUE)	6	3.57
SCIENTIFIQUES	4	2.38
DEVELOPPEMENT DES PRODUIT	1	0.60
MARITIME	1	0.60
PHARMACIE	1	0.60
NON PRECISE	20	11.90
Total	188	100

6.3.2. Type d'examen médical

Cette analyse ne concerne que les fiches complétées par les médecins du travail (145), les médecins généralistes ne devant pas répondre à cette question (Tableau 15).

La plus grande part des examens menés par les médecins du travail concerne des examens périodiques (54 cas soit 37.24%). Les examens de pré-reprise (15 cas soit 10.34%) et de reprise (31 cas soit 21.38%) occupent à eux deux, un tiers des cas. Enfin, le tiers restant est expliqué notamment par la réintégration (16 cas soit 11,03%) et suite à une demande spontanée du travailleur (15 cas soit 10.34%). Nous n'avons aucun examen qui se déroule préalablement à une mutation. Nous retrouvons des résultats comparables à ceux obtenus en 2010.

Tableau 11 :
Comparaison du type d'examen en 2010 et 2018

Examen	2010			2018	
	N	%	Position	N	%
Examen périodique	201	49.5	1	54	37.2
Examen de reprise	83	20.4	2	31	21.4
Réintégration				16	11.0
À la demande du travailleur	47	11.6	3	15	10.3
Examen de pré-reprise	43	10.6	4	15	10.3
A la demande l'employeur				6	4.1
Préalable à l'embauche				5	3.5
A la demande du médecin du travail				3	2.1
Préalable à une mutation	1	0.0	5	0	0
Total	406	100		145	100

6.3.3. Plaintes des patients lors des entretiens

L'analyse des plaintes concerne 190 fiches (Tableau 16).

Tableau 12 :
Comparaison des plaintes rapportées en 2010 et 2018

Plaintes	2010			2018	
	N	%	Position	N	%
Stress	524	52.5	1	119	63.3
Epuisement	458	45.39	2	100	53.2
Symptômes physiques	454	45.5	3	92	48.9
Surcharge au travail	387	38.8	5	92	48.9
Conflit	313	31.4	7	81	43.1
Mal dans sa peau	453	43.6	4	78	41.5
Déprime	311	31.2	8	71	37.8
Asthénie	328	32.9	6	70	37.2
Autre				17	9.0

Les principales plaintes des patients concernent le stress (63.3% des patients) et l'épuisement (53.2%). Ces résultats correspondent à ceux obtenus en 2010. Un peu moins de la moitié des patients rapportent également des symptômes physiques, une surcharge au travail ainsi que des conflits dans leur environnement. La surcharge de travail ainsi que les conflits dans l'environnement de travail étaient proportionnellement plus évoqués en 2010. La déprime et l'asthénie sont les plaintes les moins fréquentes mais concernent plus d'un tiers des patients. 17 patients présentent d'autres plaintes telles qu'une diminution de la motivation, des problèmes de concentration, des préoccupations liées à la famille, un sommeil perturbé, une hypersensibilité aux stimuli, une insuffisance de travail, un dépassement face aux nouvelles technologies, un état vaseux, un mal-être par rapport aux supérieurs hiérarchiques, une frustration quant aux conditions de travail, des relations hypocrites. Seuls le sommeil perturbé et la frustration apparaissent à plusieurs reprises comme « autres plaintes ». Ils sont respectivement cités chez 2 et 3 patients.

Un médecin relève en moyenne 3.82 plaintes par patient (écart type de 2.32) avec un minimum de 0 plaintes et un maximum de 9 plaintes.

6.3.4. Symptômes manifestés

Les résultats suivants ont été calculés sur base de 189 fiches (Tableau 17). Une fiche pour laquelle le médecin n'a pas complété cette partie a été enlevée.

Les trois symptômes qui reviennent le plus fréquemment sont essentiellement physiques : la baisse d'énergie (71,8% des cas), les troubles du sommeil (66%) ainsi que la fatigue (62.2%). Le dernier symptôme physique évalué par notre outil (les plaintes neurovégétatives) est présent chez la moitié des patients. 88% des patients ont au moins un symptôme physique. Les médecins rapportent *en moyenne 2.51 symptômes physiques (écart type de 1.43) avec un minimum de 0 et un maximum de 4 symptômes par cas*. L'importance des symptômes physiques a également pu être constatée en 2010. Notons toutefois que les plaintes neurovégétatives étaient plus souvent citées en 2010.

Après, ces symptômes physiques, on peut constater que les symptômes affectifs apparaissent dans plus de 50% des cas avec la frustration (62.2%), l'irritabilité (55,9% des cas). L'humeur dépressive (49.5%) ainsi que l'anxiété (41%) sont moins cités chez les patients. Ces symptômes sont néanmoins présents dans plus de 40% des cas.

Tableau 13 :
Comparaison des symptômes rapportés entre 2010 et 2018

Symptômes	2010			2018	
	N	%	Position	N	%
Baisse d'énergie	529	53	2	135	71.8
Troubles du sommeil	607	60.8	1	124	66.0
Fatigue	456	45.7	5	117	62.2
Frustration	443	44.4	6	117	62.2
Irritabilité	409	41	7	105	55.9
Rumination				103	54.8
Diminution de la concentration	301	30.2	14	102	54.3
Plaintes neurovégétatives	525	52.7	3	101	53.7
Diminution de la motivation au travail	483	48.5	4	97	51.6
Ambivalence : quitter le travail ou rester	395	39.7	9	95	50.5
Changement dans l'attitude envers autrui	317	31.8	11	94	50.0
Tendance à s'isoler	303	30.4	13	94	50.0
Humeur dépressive	405	40.6	8	93	49.5
Absentéisme pour maladie				88	46.8
Diminution de la mémoire	218	21.8	18	86	45.7
Diminution du sentiment de contrôle	271	27.2	15	81	43.1
Diminution de l'estime de soi	306	30.7	12	79	42.0
Anxiété	375	37.6	10	77	41.0
Diminution du sentiment de compétence	270	27.1	16	76	40.4
Agressivité	196	19.7	19	73	38.8
Diminution de l'idéalisme	180	18.0	20	69	36.7
Diminution de la performance	266	26.7	17	60	31.9
Autres symptômes				20	10.6

Les symptômes cognitifs sont cités par la suite avec la rumination (54,8%), la diminution de la concentration (54.3%), la diminution de la motivation au travail (51.6%), l'ambivalence entre quitter le travail ou rester (50.5%). La diminution de la mémoire (45.7%), du sentiment de contrôle (43.1%), de l'estime de soi (42.0%) ainsi que du sentiment de compétence (40.4%) sont un peu moins cités bien que présents chez plus de 40% des patients. Par ailleurs, la diminution de l'idéalisme (36.7%) apparaît dans plus d'un tiers des cas. 91.53% des patients ont au moins un symptôme cognitif ou affectif. Les médecins rapportent *une moyenne de 6.21 symptômes par cas (écart-type de 4.15) avec un minimum de 0 et un maximum de 13 symptômes cognitifs et affectifs*. Remarquons également que la rumination qui a été ajoutée en 2018 a été citée dans 54.5% des cas et apparaît comme le sixième symptôme le plus souvent cité.

Enfin, les symptômes comportementaux apparaissent avec le changement d'attitudes envers autrui (50%), la tendance à s'isoler (50%), l'absentéisme (46.8%), l'agressivité (38.8%) ainsi

que la diminution de la performance (31.9%). 80.42% des patients ont au moins un symptôme comportemental. Les médecins rapportent en moyenne 2.15 symptômes comportementaux (écart-type de 1.61) avec un minimum de 0 et un maximum de 5 symptômes.

D'autres symptômes ont été ajoutés à notre liste de départ dans 10.6% des cas. Parmi ces symptômes, on peut trouver des kystes, des crises d'asthme, l'alopécie, l'abattement, une difficulté d'aller travailler le matin, des pleurs, un manque d'envie, le cynisme, des douleurs diffuses, une diminution de l'implication professionnelle, des remarques négatives, une maladresse, des vertiges. Les douleurs diffuses, musculaires sont précisées dans 5 cas alors que les pleurs sont mentionnés pour 2 cas. Les autres symptômes ne sont précisés que dans un seul cas.

Depuis 2010, la proportion de cas présentant chaque symptôme a augmenté de 10 à 20% pour une grande partie des symptômes étudiés. En 2010, un médecin estimait en moyenne 7 symptômes alors qu'en 2018, sans compter les symptômes qui ont été ajoutés, les médecins relèvent en moyenne 10 symptômes par fiche.

52.91% des patients en sont à leur première visite pour les symptômes décrits ci-dessus. 30.69% sont déjà venus pour des symptômes similaires. Enfin, dans 16.93% des cas, nous n'avons pas d'informations concernant ce sujet. 11.64 % des patients présentent ces symptômes depuis moins de 3 mois ; 21.69% entre 3 et 6 mois ; 21.16% entre 7 et 12 mois ; 33.86% depuis plus de 12 mois. Pour 12.17% des patients nous ne disposons pas d'informations sur le sujet.

Tableau 14:
Fréquence de consultation chez un autre spécialiste

	N	%
Médecin du travail ou Médecin généraliste	97	51.6
Autre professionnel de la santé (Psychologue, Psychiatre)	85	45.2
Autre	28	14.9
Conseiller en prévention aspect psychosociaux ou personne de confiance	25	13.3
Médecin conseil	17	9

Plus de la moitié des patients (51.6%) consulte à la fois un médecin du travail et un médecin généraliste (Tableau 18). Un peu moins de la moitié des patients consulte un autre professionnel de la santé tel qu'un psychologue ou un psychiatre (45.2%). Les conseillers en prévention, personnes de confiance (13.3%) ainsi que les médecins conseil (9%) sont moins consultés. Parmi les autres personnes consultées, on peut citer des kinésithérapeutes (n=2), des amis (n=1), des psychothérapeutes (n=2), des médecins spécialisés (cardiologue (n=1), médecin

d'assurance complémentaire (n=3), un membre du personnel d'orthopédagogie (n=1), neurologue (n=1), médecin spécialiste (n=1), ostéopathe (n=1) ou encore sophrologue (n=2). Notons que 73.02% des patients ont déjà consulté quelqu'un d'autre pour les symptômes évoqués.

6.3.5. Lien avec le travail

Les résultats présentés ici se centrent sur 188 cas, 2 médecins n'ayant pas répondu à cette partie. 83.51% des cas (soit n=157) de mal-être au travail trouve leur origine dans le travail. 10.11% des cas (soit n=19) sont principalement dû à des raisons extérieures à la sphère professionnelle. 7.45% des cas n'ont pas répondu à cette première question (soit n=14).

Tableau 15:
Comparaison des contraintes liées au travail entre 2010 et 2018

Contraintes	2010			2018	
	N	%	Position	N	%
Charge de travail	577	57.9	1	129	68.6
Conflit au travail	373	37.4	4	82	43.6
Pression temporelle	411	41.3	2	79	42
Changements organisationnels	382	38.3	3	73	38.8
Conciliation vie privée/professionnelle	305	30.6	5	59	31.4
Perte de sens du travail				47	25
Contacts avec clients/patients/...	186	18.6	7	33	17.6
Incertitude liée à l'emploi	115	11.5	8	23	12.2
Charge physique	187	18.7	6	22	11.7
Environnement physique (bruit...)	106	10.6	9	21	11.2
Autre				17	9.0
Absence de tâches				6	3.2

A la lecture du tableau 19, on constate que la charge de travail apparait comme facteur important dans plus de deux tiers des cas (68.6%). Les conflits au travail (43.6%), la pression temporelle (42.0%) et les changements organisationnels (38.8%) sont mentionnés après dans plus d'un tiers des cas. On peut remarquer par la suite dans plus d'un quart des cas rapportés, des difficultés quant à la conciliation vie privée/professionnelle (31.4%) et au sens du travail (25%). Ces résultats coïncident avec les observations effectuées en 2010. La perte de sens, facteur ayant été rajouté, apparait en sixième position.

L'absence des tâches est quant à elle moins rapportée (3.2% des cas). Parmi les contraintes ajoutées en plus dans la catégorie 'Autre', on peut retrouver l'inéquité (n=2), les difficultés avec la hiérarchie (n=7), le harcèlement (n=1), la durée des trajets (n=1), l'absence de cohésion

d'équipe (n=1), les conflits de valeurs (n=1), le travail de nuit (n=1), le manque de clarté dans l'évolution professionnelle (n=1) ou encore le changement de fonction (n=1). Les difficultés avec la hiérarchie (n=7) et l'inéquité entre les travailleurs (n=2) reviennent à plusieurs reprises. Les médecins enregistrent en moyenne 3,02 contraintes liées au travail par cas (écart type =1.91) avec un minimum de 0 et un maximum de 9 contraintes.

En accord avec les résultats de 2010, le soutien de la hiérarchie (63.8%) et la reconnaissance (52.1%) apparaissent comme étant les ressources les plus importantes qui manquent aux travailleurs (Tableau 20). Les feedbacks (27.1%) arrivent par la suite et concernent plus d'un quart des cas rapportés. L'importance de cette ressource ressort plus dans l'étude présente puisqu'elle n'était en 2010 qu'en 7^e position. Le soutien des collègues, la participation aux décisions et la possibilité d'épanouissement au travail ne sont pas suffisamment présents dans plus d'un cas sur cinq.

Enfin, la sécurité liée à l'emploi, l'autonomie, la variété dans les compétences et les tâches à effectuer ainsi que la formation continue sont les ressources les moins problématiques pour les travailleurs que ce soit en 2010 ou en 2018.

Tableau 16 :
Comparaison des ressources liées au travail entre 2010 et 2018

Ressources	2010			2018	
	N	%	Position	N	%
Soutien de la hiérarchie	629	63.2	1	120	63.8
Reconnaissance	473	47.4	2	98	52.1
Retour sur le travail effectué (feedback)	160	16	7	51	27.1
Soutien des collègues	293	29.4	3	44	23.4
Participation aux décisions	194	19.4	6	43	22.9
Possibilité d'épanouissement au travail	233	23.3	4	43	22.9
Définition des tâches	195	19.6	5	29	15.4
Sécurité liée à l'emploi	109	10.9	9	23	12.2
Autonomie	128	12.8	8	20	10.6
Variété dans les compétences, les tâches à effectuer	101	10.1	10	20	10.6
Equipement/matériel adéquat				20	10.6
Autre				19	10.1
Formation continue	48	4.8	11	18	9.6

Parmi les autres ressources dont le travailleur aurait besoin qui ont été mentionnées dans la catégorie 'Autres', on peut citer le manque de personnel (n=7), d'écoute de la part des subordonnés (n=1), de communication (n=2), de confiance en soi (n=1), d'efficacité des

collègues (n=1), d'informations (n=1) et de lignes claires quant à l'avenir (n=1). Le manque de personnel par rapport aux tâches à accomplir revient 7 fois dans les cas étudiés. Les médecins relèvent en moyenne 2.78 ressources manquantes (écart-type=2.21) avec un minimum de 0 ressource et un maximum de 11 ressources par cas.

6.3.6. Incapacité de travail

Deux fiches n'ayant pas été complétées sur cette partie, nous comptons un total de 188 cas (Tableau 21). 92 travailleurs sont en arrêt de travail pour les symptômes évoqués (soit 48.9%), 94 ne sont pas en arrêt de travail (soit 50%). 68 travailleurs ont déjà été en arrêt de travail au cours des 12 derniers mois (36.2%). 110 ne l'ont pas été (58.5%) (Tableau 21).

Tableau 17:
Répartition des patients en fonction de l'incapacité de travail

	N	%
En arrêt de travail au moment de la consultation	92	48.9
Toujours en travail au moment de la consultation	94	50.0
A eu un arrêt de travail au cours des 12 mois précédant la consultation	68	36.2
N'a pas eu d'arrêt de travail au cours des 12 mois précédents la consultation	110	58.5

Ceux qui ont déjà eu un arrêt de travail au cours des 12 derniers mois, ont eu en moyenne 1 ou 2 arrêts (M= 1.57 ; SD=1.06) avec un minimum de 1 arrêt et un maximum de 6 arrêts (Tableau 22). Le nombre de jours moyens d'arrêt de travail est de 110 jours (SD= 129.54) avec un minimum de 1 jour et un maximum de 650 jours d'arrêt.

Tableau 18 :
Répartition des patients en fonction du nombre d'arrêt

	N	%
1 arrêt	41	65.1
2 arrêts	15	23.8
3 arrêts	4	6.3
4 arrêts	1	1.6
6 arrêts	2	3.2
Non répondu	5	7.4
Total	68	100

6.3.7. Diagnostic

Selon le tableau 23, sur les 188 cas validés pour cette question, 121 sont estimés en burnout par les médecins (64.37%). Dans 62 cas, d'autres causes que le burnout ont été citées pour expliquer le mal-être du travailleur (32.98%). Dans les autres causes proposées, celles qui sont le plus souvent choisies se rapportent aux difficultés causées par un événement de vie (3.72%) et à la dépression (3.19%). La fatigue chronique ainsi que la fibromyalgie n'ont pas été pointées comme diagnostic différentiel dans le cadre de cette étude. D'autres diagnostics sont par contre ajoutés à la liste, notamment des symptômes qui pourraient mener au burnout ou faire penser à un pré-burnout, par l'utilisation de termes comme « Signe de pré burnout » (n=2); « Surmenage » (n=5), « A risque de burnout » (n=2), « Stress au travail » (n=5), « Epuisement lié au travail » (n=5); « Perte de motivation » (n=1). On peut également remarquer un diagnostic lié aux relations interpersonnelles par l'utilisation de terme comme « Conflit » (n=3) ou « Harcèlement » (n=1). Au-delà de ces deux catégories, nous avons un cas de Stress post-traumatique (n=1), un cas d'Hyperventilation (n=1) et un cas d'un Travail peu épanouissant (n=1).

Tableau 19 :
Fréquence d'apparition des diagnostics

	N	%
Burnout	121	64.37
Autre cause que le burnout dont :	62	32.98
Anxiété	2	1.06
Dépression	6	3.19
Fatigue chronique	0	0
Fibromyalgie	0	0
Difficultés % un événement de vie	7	3.72
Autre	27	14.36
Non précisé	20	10.64

6.3.8. Conclusion de l'examen de santé

Cette partie se centre uniquement sur les fiches complétées par les médecins du travail, autrement dit, 145 fiches (Tableau 24).

Une majorité de patients est jugée apte à travailler (64.14%). Ce résultat peut surprendre étant donné que plus de deux tiers des travailleurs sont estimés en burnout. Les médecins du travail considéreraient-ils qu'un travailleur en burnout est apte à travailler ? Nous pensons qu'au-delà

du diagnostic posé, il est important de prendre en compte le moment de consultation. En effet, les médecins du travail voient probablement les patients en burnout lors de leur retour au travail dans le cadre des examens de pré-reprise (10.3%), examens de reprise (21.4%) et lors d'un trajet de réintégration (11%). Ces derniers seraient dès lors de nouveau apte à travailler.

Les médecins concluent également dans un cas sur 10 au fait que le patient doit être mis en congé maladie (19 cas soit 13.10%) ou qu'il est inapte définitivement (14 cas soit 9.66%). Dans 12 cas, le médecin prescrit une mutation temporaire. Enfin, dans 6 cas, les médecins estiment que le travailleur est inapte temporairement. Une seule mutation définitive est rapportée.

Tableau 20:

Répartition des cas en fonction de la conclusion de l'examen

Plaintes	N	%
Apte	93	64.1
Doit être mis en congé maladie	19	13.1
Inapte définitivement	14	9.7
Mutation temporaire	12	8.3
Inapte temporairement	6	4.1
Mutation définitive	1	0.7

6.4. Comparaison des résultats en fonction du diagnostic burnout ou non

Les travailleurs qui sont diagnostiqués en burnout viennent plus souvent en visite lors des examens de reprise du travail et rapportent plus fréquemment toutes les plaintes ainsi que tous les symptômes de la fiche de détection précoce du burnout. Ils ont plus souvent déjà consulté un médecin du travail, un médecin généraliste et un autre professionnel de la santé (psychologue, psychiatre...). Parmi les facteurs liés au travail qui sont plus souvent relevés par les médecins pour les cas de burnout, on peut citer la charge de travail, la pression temporelle, le manque de soutien de la hiérarchie, le manque de reconnaissance ainsi que le manque de participation aux prises de décisions (voir Annexe 10).

6.5. Comparaison entre les médecins du travail (MT) et les médecins généralistes (MG)

L'objectif de cette partie est de comparer la proportion de plaintes, symptômes, contraintes rapportées par les médecins généralistes dans leurs fiches par rapport à celle rapportée par les médecins du travail. Prenons l'exemple des plaintes rapportées par le patient qui dans l'étude

étaient au nombre de 8 (mal dans sa peau, stress, déprime, symptômes physiques, asthénie, épuisement, surcharge, conflit). Rappelons que la fiche était construite de telle manière que le médecin puisse cocher une plainte si elle apparaissait lors de la consultation. Par exemple, si un patient se plaignait de stress, le médecin cochait la case stress. Si la case n'est pas cochée, nous supposons que la plainte n'est pas abordée. Le même raisonnement peut s'appliquer pour les symptômes mentionnés, les consultations précédentes, les contraintes ainsi que les ressources.

Les analyses qui suivent vont donc comparer, pour chaque élément (plaintes, symptômes, contraintes, ressources, etc.), la proportion de cas où la case est cochée (présence de la plainte, symptômes, contraintes, ressources, etc.) chez les médecins généralistes à celle des médecins du travail. Un résultat sera significatif lorsque la proportion de médecins généralistes sera statistiquement différente de la proportion de médecins du travail.

6.5.1.1. Plaintes mentionnées par le travailleur

Les médecins généralistes reçoivent plus de plaintes concernant le stress, les symptômes physiques et la surcharge au travail que les médecins du travail (Tableau 25). Les médecins généralistes relèvent en moyenne une plainte de plus que les médecins du travail ($t = -2.92$, $p = .004$).

Tableau 21:
Comparaison médecin généraliste/médecin du travail en fonction des plaintes mentionnées

	Présence de la plainte						Absence de la plainte						X ²	P
	MG		MT		Total		MG		MT		Total			
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
Mal dans sa peau	20	47.6	58	39.7	78	41.5	22	52.4	88	60.3	110	58.5	.84	.360
Stress	32	76.2	87	59.6	119	63.3	10	23.8	59	40.4	69	36.7	3.87	.049
Déprime	17	40.5	54	37	71	37.8	25	59.5	92	63	117	62.2	.17	.681
Symptômes physiques	27	64.3	65	44.5	92	48.9	15	35.7	81	55.5	96	51.1	5.10	.024
Asthénie	20	47.6	50	34.2	70	37.2	22	52.4	96	65.8	118	62.8	2.50	.114
Epuisement	27	64.3	73	50	100	53.2	15	35.7	73	50	88	46.8	2.67	.102
Surcharge	27	64.3	65	44.5	92	48.9	15	35.7	81	55.5	96	51.1	5.10	.024
Conflit	23	54.8	58	39.7	81	43.1	19	45.2	88	60.3	107	56.9	3.01	.083

6.5.2. Symptômes manifestés par les travailleurs

Les médecins du travail rapportent autant de symptômes physiques que les médecins généralistes (Tableau 26). Ensuite, certains symptômes cognitifs et affectifs sont plus souvent relevés par les médecins généralistes : la diminution de la motivation au travail, de l'estime de soi, de la concentration, du contrôle, la frustration, l'irritabilité et la rumination.

Toutefois, certains symptômes ne sont pas plus souvent mentionnés par les médecins généralistes que par les médecins du travail : humeur dépressive, l'ambivalence entre quitter l'entreprise ou rester, l'anxiété, la diminution du sentiment de compétence et de l'idéalisme. Enfin, les symptômes comportementaux sont tous plus souvent repris par les médecins généralistes.

Tableau 22 :
Comparaison médecin généraliste/médecin du travail en fonction des symptômes répertoriés

	Présence du symptôme						Absence du symptôme						X ²	P
	MG		MT		Total		MG		MT		Total			
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
Symptômes physiques														
Sommeil	31	73.8	93	63.7	124	66	11	26.2	53	36.3	64	34	1.49	.22
↓ énergie	34	81	101	69.2	135	71.8	8	19	45	30.8	53	28.2	2.23	.13
Plaintes neurovégétatives	27	64.3	74	50.7	101	53.7	15	35.7	72	49.3	87	46.3	2.43	.12
Fatigue	30	71.4	87	59.6	117	62.2	12	28.6	59	40.4	71	37.8	1.95	.16
Symptômes cognitifs et affectifs														
↓ motivation au travail	29	69	68	46.6	97	51.6	13	31	78	53.4	91	48.4	6.60	.01
Frustration	33	78.6	84	57.5	117	62.2	9	21.4	62	42.5	71	37.8	6.14	.01
Irritabilité	34	81	71	48.6	105	55.9	8	19	75	51.4	83	44.1	13.8	.00
Humeur dépressive	24	57.1	69	47.3	93	49.5	18	42.9	77	52.7	95	50.5	1.27	.26
Rumination	33	78.6	70	47.9	103	54.8	9	21.4	76	52.1	85	45.2	12.3	.00
Ambivalence quitter/rester	26	61.9	69	47.3	95	50.5	16	38.1	77	52.7	93	49.5	2.80	.09
Anxiété	21	50	56	38.4	77	41	21	50	90	61.6	111	59	1.83	.18
↓ Estime de soi	27	64.3	52	35.6	79	42	15	35.7	94	64.4	109	58	11.0	.00
↓ Concentration	29	69	73	50	102	54.3	13	31	73	50	86	45.7	4.77	.03
↓ Compétence	22	52.4	54	37	76	40.4	20	47.6	92	63	112	59.6	3.21	.07
↓ Contrôle	24	57.1	57	39	81	43.1	18	42.9	89	61	107	56.9	4.36	.04
↓ Mémoire	21	50	65	44.5	86	45.7	21	50	81	55.5	102	54.3	.40	.53
↓ idéalisme	20	47.6	49	33.6	69	36.7	22	52.4	97	66.4	119	63.3	2.77	.10
Symptômes comportementaux														
Changement attitude	30	71.4	64	43.8	94	50	12	28.6	82	56.2	94	50	9.93	.00
Tendance à s'isoler	28	66.7	66	45.2	94	50	14	33.3	80	54.8	94	50	6.01	.01
Absentéisme	30	71.4	58	39.7	88	46.8	12	28.6	88	60.3	100	53.2	13.2	.00
↓ performance	26	61.9	34	23.3	60	31.9	16	38.1	112	76.7	128	68.1	22.4	.00
Agressivité	25	59.5	48	32.9	73	38.8	17	40.5	98	67.1	115	61.2	9.75	.00

Aussi bien chez les médecins généralistes que chez les médecins du travail, la diminution de l'énergie est le premier symptôme le plus rapporté (Tableau 27). On peut également remarquer parmi les symptômes les plus fréquents, la frustration (en troisième position pour les médecins généralistes et en quatrième pour les médecins du travail) ainsi que les troubles du sommeil (en cinquième position pour les médecins généralistes et en deuxième pour les médecins du travail). Notons que les médecins du travail relèvent plus souvent les deux autres symptômes physiques étudiés (la fatigue et les plaintes neurovégétatives) qui apparaissent respectivement en 6^e position et 12^e position chez les médecins généralistes. L'irritabilité et la rumination

apparaissent en 7 et 8^e position chez les médecins du travail. En outre, lorsqu'ils sont validés comme présents, les symptômes de diminution de l'énergie et de la motivation, de l'ambivalence entre rester et quitter l'entreprise ainsi que de l'agressivité sont évalués comme plus fréquents chez les médecins généralistes (voir Annexe 11).

Tableau 23 :
Comparaison médecin généraliste/médecin du travail en fonction des symptômes les plus souvent cités

Médecins généralistes	Médecins du travail
Diminution de l'énergie (81%)	Diminution de l'énergie (69.2%)
Irritabilité (81%)	Troubles du sommeil (63.7%)
Frustration (78.6%)	Fatigue (59.6%)
Rumination (78.6%)	Frustration (57.5%)
Troubles du sommeil (73.8%)	Plaintes neurovégétatives (50.7%)

Enfin, la durée des symptômes au moment de la consultation variera entre les médecins généralistes et les médecins du travail (Tableau 28). Ainsi, les médecins généralistes auront plus de patients qui présentent des symptômes depuis moins de 3 mois alors que les médecins du travail recevront plus de travailleurs 12 mois après la manifestation des premiers symptômes.

Tableau 24 :
Comparaison médecin généraliste/médecin du travail en fonction de la durée des symptômes au moment de la consultation

	MG		MT		Total		X ²	P
	N	%	N	%	N	%		
Ne sait pas	1	2.4	9	6.6	10	5.6	12.00	.017
Moins de 3 mois	10	24.4*	12	8.8*	22	12.4		
Entre 3 mois et 6 mois	13	31.7	28	20.6	41	23.2		
Entre 7 mois et 12 mois	8	19.5	32	23.5	40	22.6		
Plus de 12 mois	9	22*	55	40.4*	64	36.2		
Total	136	100	41	100	177	100		

*Catégories qui diffèrent entre les médecins du travail et les médecins généralistes

6.5.3. Consultations précédentes

Les patients qui arrivent chez le médecin du travail ont souvent déjà consulté un médecin généraliste et ont déjà été reçu par le médecin du travail dans une consultation précédente pour les symptômes évoqués alors que les patients qui viennent chez un médecin généraliste n'ont souvent pas encore consulté le médecin du travail et arrivent souvent pour la première fois avec les plaintes évoquées (Tableau 29). Hormis ces différences, nous ne pouvons constater aucune autre distinction entre les médecins généralistes et les médecins du travail dans les consultations effectuées.

Tableau 25 :

Comparaison médecin généraliste/médecin du travail en fonction des consultations effectuées par le patient

	Oui						Non						X ²	P
	MG		MT		Total		MG		MT		Total			
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
Consultation précédente	12	32.4	88	72.7	100	63.3	25	67.6	33	27.3	58	36.7	19.8	.00
Consultation MT/MG	6	14.3	91	62.3	97	51.6	36	85.7	55	37.7	91	48.4	30.1	.00
Médecin contrôle	6	14.3	11	7.5	17	9	36	85.7	135	92.5	171	91	1.81	.18
Conseiller en prévention aspects psychosociaux/ personne de confiance	6	14.3	19	13	25	13.3	36	85.7	127	87	163	86.7	.05	.83
Autres professionnels de la santé	17	40.5	68	46.6	85	45.2	25	59.5	78	53.4	103	54.8	.49	.48

6.5.4. Lien avec le travail

Nous ne remarquons pas de différence entre les médecins généralistes et les médecins du travail en ce qui concerne l'origine des plaintes évoquées dans les différents cas (Tableau 30).

Tableau 26:

Comparaison médecin généraliste/médecin du travail en fonction de l'origine de la plainte

	MG		MT		Total		X ²	P
	N	%	N	%	N	%		
Lien avec le travail	37	94.9	120	87.6	157	89.2	1.67	.196
Pas de lien avec le travail	2	5.1	17	12.4	19	10.8		

Tableau 27 :

Comparaison médecin généraliste/médecin du travail en fonction des contraintes répertoriées

	Présence de la contrainte						Absence de la contrainte						X ²	P
	MG		MT		Total		MG		MT		Total			
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
Charge	33	78.6	96	65.8	129	68.6	9	21.4	50	34.2	59	31.4	2.49	.115
Contacts clients/patients...	12	28.6	21	14.4	33	17.6	30	71.4	125	85.6	155	82.4	4.54	.03
Environnement physique	11	26.2	10	6.8	21	11.2	31	73.8	136	93.2	167	88.8	12.3	.00
Pression temporelle	22	52.4	57	39	79	42	20	47.6	89	61	109	58	2.38	.12
Charge physique	7	16.7	15	10.3	22	11.7	35	83.3	131	89.7	166	88.3	1.29	.26
Conciliation vie privée/ prof.	14	40.5	42	28.8	59	31.4	25	59.5	104	71.2	129	68.6	2.08	.15
Changement	23	54.8	50	34.2	73	38.8	19	45.2	96	65.8	115	61.2	5.78	.02
Incertitude	6	14.3	17	11.6	23	12.2	36	85.7	129	88.4	165	87.7	.212	.64
Conflit	23	54.8	59	40.4	82	43.6	19	45.2	87	59.6	106	56.4	2.73	.10
Perte de sens	14	33.3	33	22.6	47	25	28	66.7	113	77.4	141	75	2.00	.16
Absence de tâches	3	7.1	3	2.1	6	3.2	39	92.9	143	97.9	182	96.8	2.73	.10

Parmi les contraintes relevées, les contacts clients/patients, l'environnement physique et le changement apparaissent plus souvent chez les médecins généralistes (Tableau 31). Les médecins généralistes rapportent plus souvent un manque d'autonomie, de possibilités

d'épanouissement, de variété dans les tâches effectuées et d'un équipement adéquat dans le travail des patients qu'ils rencontrent (Tableau 32).

Tableau 28 :
Comparaison médecin généraliste/médecin du travail en fonction des ressources manquantes au travailleur

	Ressources manquantes						Ressources non mentionnées						χ ²	P
	MG		MT		Total		MG		MT		Total			
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
Soutien hiérarchie	30	71.4	90	61.6	120	63.8	12	28.6	56	38.4	68	36.2	1.35	.24
Soutien des collègues	13	31	31	21.2	44	23.4	115	78.8	29	69	144	76.6	1.72	.19
Feedback	16	38.1	35	24	51	27.1	26	61.9	111	76	137	72.9	3.29	.07
Reconnaissance	27	64.3	71	48.6	98	52.1	15	35.7	75	51.4	90	47.9	3.20	.07
Autonomie	9	21.4	11	7.5	20	10.6	33	78.6	135	92.5	168	89.4	6.62	.01
Participation aux prises de décisions	14	33.3	29	19.9	43	22.9	28	66.7	117	80.1	145	77.1	3.36	.07
Possibilité épanouissement	17	40.5	26	17.8	43	22.9	25	59.5	120	82.2	145	77.1	9.50	.00
Sécurité	6	14.3	17	11.6	23	12.2	36	85.7	129	88.4	165	87.7	.21	.64
Variété des tâches	8	19	12	8.2	20	10.6	34	81	134	91.8	168	89.4	4.02	.04
Définition des tâches	9	21.4	20	13.7	29	15.4	33	78.6	126	86.3	159	84.6	1.49	.22
Formation	4	9.5	14	9.6	18	9.6	38	90.5	132	90.4	170	90.4	.000	.99
Equipement	8	19	12	8	20	10.6	34	81	134	91.8	168	89.4	4.02	.04

Globalement, les médecins généralistes répertorient plus de contraintes ($t=-4.12$; $p<.001$) et de ressources ($t=-3.50$; $p=.001$) que les médecins du travail (Tableau 33).

Tableau 29 :
Moyennes médecins généralistes et médecins du travail

	Médecins généralistes	Médecins du travail
Contraintes	4.07	2.76
Ressources	3.83	2.52

La charge de travail, le changement, les conflits, la pression temporelle ainsi que la conciliation vie privée/professionnelle sont les contraintes les plus souvent citées quel que soit le médecin qui reçoit le patient (Tableau 34).

Le soutien de la hiérarchie, la reconnaissance, le retour sur le travail effectué ainsi que la participation aux prises de décisions apparaissent parmi les cinq ressources manquantes les plus importantes qu'elles soient relevées par les médecins généralistes ou les médecins du travail (Tableau 35). La possibilité d'épanouissement apparaît en troisième position parmi les ressources manquantes les plus relevées par les médecins généralistes. A noter qu'elle apparaît en 6^{ème} position pour les médecins du travail. A contrario, le soutien des collègues apparaît en

4^{ème} position pour les médecins généralistes mais représente néanmoins la 6^{ème} ressource manquante répertoriée dans les consultations du médecin du travail.

Tableau 34 :
Comparaison médecin généraliste/médecin du travail en fonction des contraintes les plus souvent citées

Médecin généraliste	Médecin du travail
Charge de travail (78.6%)	Charge de travail (65.8%)
Changement (54.8%)	Conflit (40.4%)
Conflit (54.8%)	Pression temporelle (39%)
Pression temporelle (52.4%)	Changement (34.2%)
Conciliation vie privée/professionnelle (40.5%)	Conciliation vie privée/professionnelle (34.2%)

Tableau 30 :
Comparaison médecin généraliste/médecin du travail en fonction des ressources manquantes les plus souvent citées

Médecin généraliste	Médecin du travail
Soutien de la hiérarchie (71.4%)	Soutien de la hiérarchie (61.6%)
Reconnaissance (64.3%)	Reconnaissance (48.6%)
Possibilité d'épanouissement (40.5%)	Retour sur le travail effectué (feedback) (24%)
Retour sur le travail effectué (feedback) (38.1%)	Soutien des collègues (21.2%)
Participation aux prises de décisions (33.3%)	Participation aux prises de décisions (19.9%)

6.5.5. Incapacité de travail

Les médecins du travail rencontrent plus fréquemment des patients qui travaillent toujours comparativement aux médecins généralistes (Tableau 36). Ce qui semble normal puisque les médecins du travail rencontrent rarement des travailleurs en incapacité de travail.

Tableau 31 :
Comparaison médecin généraliste/médecin du travail en fonction de l'incapacité de travail

	Arrêt de travail						Pas d'arrêt de travail						X ²	P
	MG		MT		Total		MG		MT		Total			
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
Arrêt actuel (N=186)	35	87.5	57	39	92	49.5	5	12.5	89	61	94	50.5	29.5	.00
Arrêt 12 dernier mois (N=178)	15	37.5	53	36.6	68	36.8	24	60	86	59.3	110	59.8	.232	.89

Les médecins généralistes rencontrent un nombre de patients en incapacité de travail qui ont en moyenne plus d'arrêts de travail ($F=6.00$; $p=.017$). Par contre, les médecins du travail rencontrent plus de patients dont la durée d'incapacité de travail est plus longue ($F=5.50$; $p=.023$) (Tableau 37).

Tableau 32 :
Comparaison médecin généraliste/médecin du travail en fonction du nombre d'arrêts

	Moyenne - Médecin généraliste	Moyenne - Médecin du travail
Nombre d'arrêt	2.13	1.40
Nombre de jours d'arrêt	45.6	134.23

6.5.6. Diagnostic

Nous ne remarquons pas de différences entre les médecins généralistes et les médecins du travail en ce qui concerne le diagnostic effectué (Tableaux 38 et 39).

Tableau 33 :
Comparaison médecin généraliste/médecin du travail en fonction du diagnostic

N=183	MG		MT		Total		χ^2	P
	N	%	N	%	N	%		
Burnout	30	76.9	91	63.2	121	66.1	2.58	.11
Non burnout	9	23.1	53	36.8	62	33.9		

Tableau 34 :
Comparaison médecin généraliste/médecin du travail en fonction du diagnostic différentiel

N=42	MG		MT		Total		χ^2	P
	N	%	N	%	N	%		
Anxiété	0	0	2	6.1	2	4.8	3.47	.324
Dépression	0	0	6	18.2	6	14.3		
Evènement de vie	1	11.1	6	18.2	7	16.7		
Autre	8	88.9	19	57.6	27	64.3		

6.5.7. Synthèse des résultats observés

Le tableau 40 reprend les résultats importants concernant les comparaisons entre les médecins du travail et les médecins généralistes ainsi qu'un aperçu des résultats obtenus en 2010 et en 2018.

Tableau 35 :
Synthèse des comparaisons

	Médecins du travail	Médecins généralistes	Total 2018	Total 2010
Plaintes	MG + de plaintes concernant le stress, les symptômes physiques et la surcharge au travail		1)Stress 2)Epuisement 3)Symptômes physiques 4)Surcharge au travail 5)Conflit	1)Stress 2)Epuisement 3)Symptômes physiques 4)Mal dans sa peau 5)Surcharge de travail
Symptômes	1)↓Energie 2)Troubles du sommeil 3)Fatigue 4)Frustration 5)Plaintes neurovégétatives	1)↓Energie 2)Irritabilité 3)Frustration 4)Rumination 5)Troubles du sommeil	1)↓Energie 2) Troubles du sommeil 3)Fatigue 4)Frustration 5)Irritabilité	1)Troubles du sommeil 2)↓Energie 3)Plaintes neurovégétatives 4)↓ Motivation 5) Fatigue
Durée des symptômes	Plus souvent, plus de 12 mois	Plus souvent moins de 3 mois		
Consultations effectuées	+souvent déjà consulté un médecin généraliste	+souvent à leur première consultation	Médecins du travail/Médecins généralistes et autres professionnels de la santé	
Contraintes liées au travail	1)Charge de travail 2)Conflit 3)Pression temporelle 4)Changement 5)Conciliation vie privée/ professionnelle	1)Charge de travail 2)Changement 3)Conflit 4)Pression temporelle 5)Conciliation vie privée/ professionnelle	1)Charge de travail 2)Conflit au travail 3)Pression temporelle 4)Changements organisationnels 5)Conciliation vie privée/ professionnelle	1)Charge de travail 2)Pression temporelle 3)Changements organisationnels 4) Conflit au travail 5)Conciliation vie privée/ professionnelle
Ressources liées au travail	1)Soutien de la hiérarchie 2) Reconnaissance 3)Retour sur le travail effectué 4)Soutien des collègues 5)Participation aux prises de décisions	1)Soutien de la hiérarchie 2)Reconnaissance 3)Possibilité d'épanouissement 4)Retour sur le travail effectué 5)Participation aux prises de décisions	1)Soutien de la hiérarchie 2)Reconnaissance 3)Retour sur le travail effectué 4)Soutien des collègues 5)Participation aux prises de décisions	1)Soutien de la hiérarchie 2)Reconnaissance 3)Soutien des collègues 4)Possibilité d'épanouissement au travail 5)Définition des tâches
Incapacité de travail	+ de patients qui travaillent + de patients avec une longue durée d'incapacité	+ de patients avec plus d'arrêts de travail		

6.6. Diagnostic fiche de détection/questionnaire auto-rapporté

6.6.1. Description de la population étudiée

Nous avons pu associer 123 questionnaires OLBI avec l’outil de détection précoce du burnout auxquels il faut ajouter 4 questionnaires UBOS. Pour ces questionnaires, nous avons reçu une estimation du score total de burnout (faible, moyen ou élevé). Pour plus de facilité, le terme « questionnaire auto-rapporté » fera donc référence aux questionnaires OLBI et UBOS.

6.6.2. Méthode d’analyse

Une récente recherche sur 3.300 données nous a permis de répartir les scores du questionnaire OLBI aux dimensions d’épuisement, de désengagement et du score total en trois catégories : faible, moyen, élevé (Hansez et Laurent, 2018 ; Voir Annexe 24).

Les analyses suivantes avaient pour objectif de comparer le diagnostic du médecin (burnout/non burnout) et les scores obtenus par le questionnaire (faible, moyen, élevé). Nous avons ainsi créé six catégories de participants (Tableau 41). Le groupe 1 et le groupe 6 correspondent à des catégories où le médecin et le questionnaire auto-rapporté arrivent à une conclusion opposée ; l’un conclurait à un burnout alors que l’autre non. A l’inverse, les groupes 3 et 4 regroupent des cas pour lesquels la conclusion du médecin coïncide avec les résultats obtenus au questionnaire auto-rapporté. Enfin, le score moyen obtenu au questionnaire auto-rapporté classe les groupes 2 et 5 dans des cas intermédiaires.

Tableau 36 :
Répartition des groupes en fonction des résultats obtenus

		Score questionnaire auto-rapporté		
		Faible	Moyen	Elevé
Diagnostic du médecin	En burnout	Groupe 1	Groupe 2	Groupe 3
	Pas en burnout	Groupe 4	Groupe 5	Groupe 6

Tableau 37 :
Répartition des participants dans les groupes

Groupe	N	%
1	0	0
2	28	22.0
3	50	39.4
4	9	7.1
5	25	19.7
6	15	11.8
Total	127	100

Un premier constat que nous pouvons réaliser à la vue du Tableau 42 est qu’aucun participant n’a pu être classé dans le groupe 1, autrement dit aucun médecin n’a diagnostiqué en burnout un patient qui présentait un score faible au questionnaire auto-rapporté. Ce groupe ne sera donc pas repris dans les analyses.

Le groupe 3 contient le plus de participants, ceux-ci ont été diagnostiqués en burnout par le médecin et obtiennent un score élevé au questionnaire auto-rapporté. Le groupe 4 contient moins de participants. Il s'agit d'un groupe où les participants ne sont diagnostiqués en burnout ni par les médecins, ni par le questionnaire auto-rapporté. Les groupes 3 et 4 reprennent donc des cas pour lesquels la conclusion des médecins est en accord avec le score obtenu au questionnaire auto-rapporté. La proportion plus faible du groupe 4 ainsi que la proportion plus grande du groupe 3 peut s'expliquer par le fait que l'étude a été présentée comme une étude sur le burnout.

Le groupe 6 quant à lui comprend des cas pour lesquels les médecins n'ont pas posé de diagnostic de burnout mais pour lesquels le score au questionnaire auto-rapporté est élevé. Dans ces cas, les conclusions du médecin et du questionnaire sont opposées.

Les groupes 2 et 5 quant à eux se rapportent à un score moyen au questionnaire auto-rapporté. Toutefois, parmi les personnes qui ont un score moyen au questionnaire, on peut remarquer que certaines sont diagnostiquées en burnout par les médecins alors que d'autres ne le sont pas.

Pour analyser les différences entre les groupes 2 à 6 au niveau des fréquences d'apparition des plaintes, des symptômes, des contraintes ainsi que des ressources liées au travail, nous avons utilisé des tests de Chi². Pour analyser les différences en termes de nombre de plaintes, de nombre moyen de symptômes, nous avons utilisé des Anova à un facteur. Enfin, pour déterminer entre quels groupes nous pouvions conclure à des différences, nous avons utilisé les analyses post-hoc de Bonferroni.

6.6.3. Comparaison des groupes

Pour faciliter la compréhension des résultats, nous partirons des conclusions qui nous semblent essentielles pour les illustrer par les statistiques qui correspondent. Les tableaux complets de résultats se trouvent dans les annexes 12 à 23.

6.6.3.1. Groupes déclarés en burnout selon le médecin (groupe 2 et 3).

Les groupe 2 et 3 contiennent tous deux des patients que le médecin estime en burnout. Toutefois, le questionnaire auto-rapporté attribue un score moyen au premier groupe, alors qu'il révèle un score plus élevé pour le troisième groupe. Existe-t-il des caractéristiques qui diffèrent entre ces deux groupes ?

Aucune différence dans les plaintes ni dans les contraintes rapportées ne peut être notée. Par contre, les participants du groupe 2 (Burnout-Moyen) rapportent moins souvent une diminution

de la motivation et une humeur dépressive (Tableau 43). Ils rapportent également un nombre plus faible de symptômes cognitifs et affectifs (Anova : D=15.96 ; p<.000 ; Bonferroni : D=2.60 ; p=.014) (Tableau 44) et manifestent un meilleur épanouissement au travail. Enfin, notons que les groupes 2 et 3 contiennent une plus grande proportion de travailleurs qui sont en incapacité de travail au moment de l'étude (Tableau 43).

Tableau 38 :
Comparaison des groupes 2 et 3

	Burnout-Médecin			Non Burnout- Médecin				Total	χ ²	P	Relations sign.
	2*	3	Total	4	5	6	Total				
Symptômes cognitifs et affectifs											
↓ motivation au travail	8 (28.6)	34 (68)	42 (53.8)	0 (0)	11 (44)	6 (40)	17 (34.7)	59 (46.5)	21.5	.00	3>2,4
Humeur dépressive	9 (32.1)	33 (66)	42 (53.8)	0 (0)	5 (20)	6 (40)	11 (22.4)	53 (41.7)	24.4	.00	3>2,4,5
Ressources au travail											
Manque d'épanouissement	0 (0)	16 (32)	16 (20.5)	0 (0)	5 (20)	4 (26.7)	9 (18.4)	25 (19.7)	14.3	.01	3,6>2
Incapacité de travail											
Actuellement en incapacité	20 (71.4)	29 (58)	49 (62.8)	0 (0)	3 (12)	7 (46.7)	10 (20.4)	59 (46.5)	29.4	.00	2,3>4,5

* Pour un tableau plus complet, nous vous invitons à consulter les annexes

Tableau 39 :
Moyennes des groupes 2 et 3

	M – G2	M – G3
Symptômes cognitifs et affectifs	5.50	8.10

6.6.3.2. Groupes avec un score moyen à l'OLBI (Groupe 2 et 5)

Le score de burnout total au questionnaire auto-rapporté est considéré comme moyen dans le groupe 2 (Burnout-Moyen) ainsi que dans le groupe 5 (Non-burnout-Moyen). Cependant, dans le premier groupe, les médecins concluent à un burnout alors que dans le second groupe, les médecins ne concluent pas à un burnout.

Les résultats aux fiches révèlent qu'il existe effectivement une différence entre les deux groupes. Le groupe 2 comprend une proportion plus importante de patients en incapacité de travail (Tableau 45) qui rapportent en moyenne plus de plaintes (Anova : F= 14.09 ; p<.000 ; Bonferroni : D=2.07 ; p=.002) (Tableau 46), plus de symptômes physiques (Anova : F=17.94 ; p<.000 ; Bonferroni : D=1.48 ; p<.000) (notamment, une diminution de l'énergie ainsi qu'une fatigue) et comportementaux (Anova : F= 12.09 ; p<.000 ; Bonferroni : D=1.35 ; p=.008) (Tableau 46). En outre, la diminution de la concentration ainsi que de la compétence sont plus fréquemment rapportées dans le groupe 2 (Tableau 45). Aucune différence dans les ressources et les contraintes

rapportées n'a pu être observée. Enfin, nous pouvons constater que les groupes 2 et 5 n'obtiennent pas tout à fait le même score au questionnaire auto-rapporté lorsque les dimensions du burnout sont prises en compte (Tableau 46). Ainsi, les participants du groupe 2 (déclarés en burnout par le médecin) obtiennent une moyenne plus élevée sur la dimension d'épuisement pour les questionnaires OLBI (Anova : $F=50.31$; $p<.000$; Bonferonni : $D= 4.72$; $p<.000$).

Tableau 40 :
Comparaison des groupes 2 et 5 en fonction des symptômes manifestés

	Burnout-Médecin			Non Burnout- Médecin				Total	χ^2	P	Relations sign.
	2*	3	Total	4	5	6	Total				
Symptômes physiques											
Baisse d'énergie	25 (89.3)	40 (80)	65 (83.3)	0 (0)	8 (32)	12 (80)	20 (40.8)	85 (66.9)	42.86	.00	2,3,6>4 2,3>5
Fatigue	18 (64.3)	41 (82)	59 (75.6)	0 (0)	6 (24)	7 (46.7)	13 (26.5)	72 (56.7)	36.70	.00	2,3> 4,5
Symptômes cognitifs et affectifs											
Diminution de la concentration	15 (53.6)	36 (72)	51 (65.4)	0 (0)	4 (16)	10 (66.7)	14 (28.6)	65 (51.2)	31.50	.00	2,3,6>4,5
Diminution de la compétence	12 (42.9)	25 (50)	37 (47.4)	0 (0)	2 (8)	7 (46.7)	9 (18.4)	46 (36.2)	19.45	.00	2,3,6>4,5
Symptômes comportementaux											
Actuellement en incapacité	20 (71.4)	29 (58)	49 (62.8)	0 (0)	3 (12)	7 (46.7)	10 (20.4)	59 (46.5)	29.44	.00	2,3>4,5

* Pour un tableau plus complet, nous vous invitons à consulter les annexes

Tableau 41 :
Moyennes des groupes 2 et 5

	M – G2	M – G5
Plaintes	4.07	2.00
Symptômes physiques	2.68	1.20
Symptômes comportementaux	2.11	.76

6.6.3.3. Comparaison groupe 6 / groupe 2

La différence entre les groupes 2 et 6 pose question parce qu'il est difficile de déterminer, en comparant la conclusion du médecin et celle du questionnaire auto-rapporté, le groupe présentant le plus grand risque d'être en burnout. En effet, d'après les médecins, le groupe 2 serait en burnout alors que les participants du groupe 6 ne le sont pas. D'un autre côté, les participants du groupe 6 obtiennent un score plus élevé au questionnaire auto-rapporté et des moyennes plus importantes sur les dimensions du burnout (épuisement et désengagement). Une analyse des fiches révèle que les participants du groupe 6 et du groupe 2 ne diffèrent pas en termes de plaintes, symptômes et contraintes rapportées. Le nombre de cas rapportés dans le groupe 6 peut expliquer la difficulté à relever une différence entre les deux groupes. En effet, seulement 15 cas ont été identifiés dans le groupe 6. Notons toutefois que le groupe 2 ne

rapporte jamais de manque d'épanouissement au travail alors que 4 cas le rapportent dans le groupe 6 (Tableau 47).

Tableau 42 :
Comparaison des groupes 2 et 6 en fonction des contraintes et ressources liées au travail

	Burnout-Médecin			Non Burnout- Médecin				Total	X ²	P	Relations sign.
	2	3	Total	4	5	6	Total				
Ressources au travail											
Manque d'épanouissement	0 (0)	16 (32)	16 (20.5)	0 (0)	5 (20)	4 (26.7)	9 (18.4)	25 (19.7)	14.33	.006	3,6>2

6.6.3.4. Comparaison groupe 3 et 6 (Score OLBI élevé)

Deux groupes obtiennent un score élevé au questionnaire auto-rapporté : le groupe 3 (Burnout-Elevé) et le groupe 6 (Non burnout-Elevé). Une seule différence réside de prime abord entre les deux groupes : la conclusion du médecin. Dans le premier cas, les médecins concluent à un burnout alors que dans le deuxième cas les médecins ne concluent pas à un burnout. Existe-il d'autres facteurs au niveau de la fiche de détection qui permettent de distinguer les deux groupes ? Statistiquement aucune différence n'est observée entre le groupe 3 et le groupe 6 que ce soit au niveau des caractéristiques sociodémographiques, des plaintes, symptômes, ressources, contraintes ou encore jours d'absence.

6.6.3.5. Comparaison groupes 4/5/6 (diagnostiqués 'non burnout' par le médecin)

Hormis un score de désengagement plus faible pour le groupe 4, ce groupe ne se distingue du groupe 5 dans les réponses rapportées sur les fiches. Par contre, les groupes 4 et 5 diffèrent du groupe 6. Les participants des groupes 4 et 5 rapportent moins de plaintes (Anova : F= 14.09 ; p=.000 ; Bonferroni 6-4 : D=3.56 ; p<.000 ; Bonferroni 6-5 : D=2.00 ; p=.021) notamment au niveau des symptômes physiques et de la surcharge (voir tableaux 48-49). Ils manifestent en moyenne moins de symptômes physiques (Anova : F=17.94 ; p=.000 ; Bonferonni 6-4 : D=2.44 ; p<.000 ; Bonferonni 6-5 : D=1.47 ; p=.002), cognitifs, affectifs (Anova : F=15.96 ; p<.000 ; Bonferroni 6-4 : D=6.38 ; p<.000 ; Bonferonni 6-5 ; D=3.89 ; p=.006) et comportementaux (Anova : F= 12.09 ; p<.000 ; Bonferonni 6-4 : D=2.40 ; p=.001 ; Bonferonni 6-5 : D=1.97 ; p<.000) (surtout en ce qui concerne les troubles du sommeil, la diminution de l'énergie, la rumination, l'ambivalence, la diminution de la concentration, la diminution de la compétence, la diminution de la mémoire, la diminution de l'idéal, la tendance à s'isoler ainsi que l'absentéisme) (Tableaux 48 et 49). Bien que le groupe 6 rapporte plus de contraintes (Anova : F= 8.03 ; p<.000 ; Bonferonni 6-4 : D=3.27 ; p<.000 ; Bonferonni 6-

5 : D= 1.73 ; p=.028) (Tableau 49), les groupes ne diffèrent pas en ce qui concerne le nombre de ressources manquantes relevées.

Enfin, nous n’obtenons pas de différence entre les groupes 4, 5 et 6 en ce qui concerne les diagnostics différentiels. Le nombre de cas relevés peut expliquer cette difficulté à obtenir une différence. En outre, sur les 34 cas pour lesquels on dispose d’un diagnostic différentiel, 22 cas ont coché la case ‘autre’ (Tableau 50). Nous pouvons constater que les diagnostics présents dans le groupe 6 se rapprochent du burnout (signes de pré burnout, personne à risque de burnout, épuisement, surmenage...) alors que le groupe 4 n’aborde pas le burnout (stress) et que le groupe 5 s’y rapporte légèrement (signe de pré burnout, épuisement surmenage, risque élevé de burnout) et parle plus de stress et de conflit.

Tableau 43 :
Comparaison des groupes 4, 5 et 6

	Burnout-Médecin			Non Burnout- Médecin				Total	X ²	P	Relations sign.
	2	3	Total	4	5	6	Total				
Plaintes											
Symptômes physiques	12 (42.9)	32 (64)	44 (57.7)	1 (11.1)	4 (16)	9 (60)	14 (28.6)	58 (45.7)	20.83	.00	3,6>5 3>4
Surcharge	16 (57.1)	31 (62)	47 (60.3)	0 (0)	7 (28)	9 (60)	16 (32.7)	63 (49.6)	17.55	.00	2,3,6 > 4
Symptômes physiques											
Troubles du sommeil	18 (64.3)	35 (70)	53 (67.9)	1 (11.1)	10 (40)	12 (80)	23 (46.9)	76 (59.8)	17.36	.00	3,6>4
Baisse d’énergie	25 (89.3)	40 (80)	65 (83.3)	0 (0)	8 (32)	12 (80)	20 (40.8)	85 (66.9)	42.86	.00	2,3, 6>4 2,3>5
Symptômes cognitifs et affectifs											
Rumination	15 (53.6)	32 (64)	47 (60.2)	0 (0)	7 (28)	9 (60)	16 (32.7)	63 (49.6)	18.16	.00	2,3,6>4 3>5
Ambivalence : partir ou rester	12 (42.9)	34 (68)	46 (59)	0 (0)	7 (28)	9 (60)	16 (32.7)	62 (48.8)	22.01	.00	3,6 >4 3>5
Diminution de la concentration	15 (53.6)	36 (72)	51 (65.4)	0 (0)	4 (16)	10 (66.7)	14 (28.6)	65 (51.2)	31.50	.00	2,3,6>4,5
Diminution de la compétence	12 (42.9)	25 (50)	37 (47.4)	0 (0)	2 (8)	7 (46.7)	9 (18.4)	46 (36.2)	19.45	.00	2,3,6>4,5
Diminution de la mémoire	12 (42.9)	28 (56)	40 (51.3)	0 (0)	4 (16)	9 (60)	13 (26.5)	53 (41.7)	18.87	.00	3,6 >4,5
Diminution de l’idéal	9 (32.1)	24 (48)	33 (42.3)	1 (11.1)	3 (12)	8 (53.3)	12 (24.4)	45 (35.4)	13.28	.01	3,6>5
Symptômes comportementaux											
Tendance à s’isoler	13 (46.4)	30 (60)	43 (55.1)	0 (0)	4 (16)	9 (60)	13 (26.5)	56 (44.1)	21.30	.00	3,6>4,5
Absentéisme	13 (46.4)	29 (58)	42 (53.8)	0 (0)	3 (12)	9 (60)	12 (22.4)	54 (42.5)	22.54	.00	3,6>4,5

* Pour un tableau plus complet, nous vous invitons à consulter les annexes

Tableau 44 :
Moyennes des groupes 4, 5 et 6

	M – G4	M – G5	M – G6
Plaintes	.44	2.00	4.62
Symptômes physiques	.22	1.20	2.67
Symptômes cognitifs	.56	3.04	6.93
Symptômes comportementaux	.33	.76	2.73
Contraintes	.67	2.20	3.93

Tableau 45 :
Comparaison des groupes en fonction des diagnostics « autre » proposés

Groupe 4	Groupe 5	Groupe 6
Stress persistant	Épuisement nerveux lié au travail, pré burnout Surmenage Hyperventilation Stress, épuisement Stress, surtension Stress Conflit Conflit Conflit Risque élevé de burnout	Signes de pré burnout mais prend du recul depuis son absence Personne à risque de burnout – analyse la situation Travail peu épanouissant Stress au travail/dépression/épuisement Épuisement professionnel sur conditions actuelles de travail Épuisement lié aux conditions actuelles de travail Surmenage Stress post-traumatique chronique Ne trouve plus sa place au travail

6.6.3.6. Comparaison groupe 3 et les groupes 4/5

Etant donné que les groupes 4 et 5 ne se différencient pas statistiquement, nous considérerons que ces groupes reflètent une catégorie où le risque de burnout est faible. D'un autre côté, le groupe 3 contient des participants pour lesquels la probabilité de burnout est élevée. Il est donc intéressant de savoir si les informations contenues dans la fiches permettent de distinguer ce dernier groupe aux deux autres.

Le groupe 3 comprend ainsi plus de patients en incapacité de travail, rapportant en moyenne plus de plaintes (Anova : $F= 14.09$; $p<.000$; Bonferonni 3-4 : $D= 4.18$; $p<.000$; Bonferonni 3-5 : $D= 2.62$; $p<.000$) (notamment le stress, mal dans sa peau, l'asthénie, les symptômes physiques, l'épuisement ainsi que la surcharge), plus de symptômes physiques (Anova : $F= 17.94$; $p<.000$; Bonferonni 3-4 : $D=2.78$; $p<.000$; Bonferonni 3-5 : $D=1.80$; $p<.000$), cognitifs, affectifs (Anova : $F=15.96$; $p<.000$; Bonferonni 3-4 : $D=7.54$; $p<.000$; Bonferonni 3-5 : $D=5.06$; $p<.000$) et comportementaux (Anova : $F=12.09$; $p<.000$; Bonferonni 3-4 : $D=2.39$; $p<.000$; Bonferonni 3-5 : $D= 1.96$; $p<.000$) (tous les symptômes sont plus souvent manifestés par le groupe 3 excepté la diminution de la concentration et de la performance), plus de ressources manquantes (Anova : $F=6.37$; $p<.001$; Bonferonni 3-4 : $D=2.86$; $p=.001$; Bonferonni 3-5 : $D= 1.84$; $p=.002$) et de contraintes problématiques (Anova : $F=8.03$; $p<.001$; Bonferonni 3-4 : $D= 2.95$; $p<.001$; Bonferonni 3-5 : $D= 1.42$; $p=.011$) (notamment la charge de travail, le soutien de la hiérarchie et la reconnaissance) (Tableaux 51 et 52).

Tableau 46 :
Comparaison des groupes 3, 4 et 5

	Burnout-Médecin			Non Burnout- Médecin				Total	X ²	P	Relations sign.
	2*	3	Total	4	5	6	Total				
Actuellement en incapacité	20 (71.4)	29 (58)	49 (62.8)	0 (0)	3 (12)	7 (46.7)	10 (20.4)	59 (46.5)	29.44	.000	2,3>4,5
Plaintes											
Mal dans sa peau	11 (39.3)	25 (50)	36 (46.2)	0 (0)	4 (16)	7 (14.9)	11 (22.4)	47 (37)	14.67	.005	3>5
Stress	20 (71.4)	39 (78)	59 (75.6)	2 (22.2)	12 (48)	9 (60)	23 (46.9)	82 (64.6)	14.67	.005	3>4
Symptômes physiques	12 (42.9)	32 (64)	44 (57.7)	1 (11.1)	4 (16)	9 (60)	14 (28.6)	58 (45.7)	20.83	.000	3,6>5 3>4
Asthénie	12 (42.9)	22 (44)	34 (43.6)	0 (0)	2 (8)	4 (26.7)	6 (12.2)	40 (31.5)	15.82	.003	3>5
Epuisement	17 (60.7)	29 (58)	46 (59)	0 (0)	5 (20)	8 (53.3)	13 (26.5)	59 (46.5)	20.43	.000	2,3,>4,5
Surcharge	16 (57.1)	31 (62)	47 (60.3)	0 (0)	7 (28)	9 (60)	16 (32.7)	63 (49.6)	17.55	.002	2,3,6 > 4
Symptômes physiques											
Troubles du sommeil	18 (64.3)	35 (70)	53 (67.9)	1 (11.1)	10 (40)	12 (80)	23 (46.9)	76 (59.8)	17.36	.002	3,6>4
Baisse d'énergie	25 (89.3)	40 (80)	65 (83.3)	0 (0)	8 (32)	12 (80)	20 (40.8)	85 (66.9)	42.86	.000	2,3,6>4 2,3>5
Plaintes neurovégétatives	14 (50)	34 (68)	48 (61.5)	1 (11.1)	6 (24)	9 (60)	16 (32.7)	64 (50.4)	19.80	.001	3 >4,5
Fatigue	18 (64.3)	41 (82)	59 (75.6)	0 (0)	6 (24)	7 (46.7)	13 (26.5)	72 (56.7)	36.70	.000	2,3> 4,5
Symptômes cognitifs et affectifs											
↓ motivation au travail	8 (28.6)	34 (68)	42 (53.8)	0 (0)	11 (44)	6 (40)	17 (34.7)	59 (46.5)	21.47	.000	3>2,4
Frustration	17 (60.7)	36 (72)	53 (67.9)	2 (22.2)	11 (44)	11 (73.3)	24 (49)	77 (60.6)	11.81	.019	3>4
Irritabilité	14 (50)	40 (80)	54 (69.2)	1 (11.1)	8 (32)	8 (53.3)	17 (34.7)	71 (55.9)	25.44	.000	3>4,5
Humeur dépressive	9 (32.1)	33 (66)	42 (53.8)	0 (0)	5 (20)	6 (40)	11 (22.4)	53 (41.7)	24.42	.000	3>2,4,5
Rumination	15 (53.6)	32 (64)	47 (60.2)	0 (0)	7 (28)	9 (60)	16 (32.7)	63 (49.6)	18.16	.001	2,3,6>4 3>5
Ambivalence : partir ou rester	12 (42.9)	34 (68)	46 (59)	0 (0)	7 (28)	9 (60)	16 (32.7)	62 (48.8)	22.01	.000	3,6 >4 3>5
Anxiété	10 (35.7)	22 (64)	32 (53.8)	0 (0)	6 (24)	8 (53.3)	14 (28.6)	56 (44.1)	20.26	.000	3>4,5
Diminution de la concentration	15 (53.6)	36 (72)	51 (65.4)	0 (0)	4 (16)	10 (66.7)	14 (28.6)	65 (51.2)	31.50	.000	2,3,6>4,5
Diminution de la compétence	12 (42.9)	25 (50)	37 (47.4)	0 (0)	2 (8)	7 (46.7)	9 (18.4)	46 (36.2)	19.45	.001	2,3,6>4,5
Diminution de la perception du contrôle	11 (39.3)	27 (54)	38 (48.7)	0 (0)	4 (16)	6 (40)	10 (20.4)	48 (37.8)	16.23	.003	3>4,5
Diminution de la mémoire	12 (42.9)	28 (56)	40 (51.3)	0 (0)	4 (16)	9 (60)	13 (26.5)	53 (41.7)	18.87	.001	3,6 >4,5
Diminution de l'idéal	9 (32.1)	24 (48)	33 (42.3)	1 (11.1)	3 (12)	8 (53.3)	12 (24.4)	45 (35.4)	13.28	.010	3,6>5
Symptômes comportementaux											
Changement attitude	15 (53.6)	32 (64)	47 (60.3)	1 (11.1)	5 (20)	9 (60)	15 (30.6)	62 (48.8)	18.69	.001	3>4,5

Tableau 46 :
Comparaison des groupes 3, 4 et 5

	Burnout-Médecin			Non Burnout- Médecin				Total	X ²	P	Relations sign.
	2*	3	Total	4	5	6	Total				
Tendance à s'isoler	13 (46.4)	30 (60)	43 (55.1)	0 (0)	4 (16)	9 (60)	13 (26.5)	56 (44.1)	21.30	.000	3,6>4,5
Absentéisme	13 (46.4)	29 (58)	42 (53.8)	0 (0)	3 (12)	9 (60)	12 (22.4)	54 (42.5)	22.54	.000	3,6>4,5
Agressivité	8 (28.6)	26 (52)	34 (43.6)	2 (22.2)	4 (16)	8 (53.3)	14 (28.6)	37.8	12.2	.016	3>5
Contraintes liées au travail											
Charge du travail	22 (78.6)	40 (80)	62 (79.5)	2 (22.2)	12 (48)	11 (73.3)	25 (51)	87 (68.5)	18.35	.001	2,3>4 3>5
Manque de ressources liées au travail											
Soutien de la hiérarchie	17 (60.7)	39 (78)	56 (72)	3 (33.3)	11 (44)	10 (66.7)	24 (49)	80 (63)	12.24	.016	3>5
Reconnaissance	16 (57.1)	33 (66)	49 (62.8)	1 (11.1)	6 (24)	8 (53.3)	15 (30.6)	64 (50.4)	17.96	.001	3>4,5

Tableau 47 :
Moyennes des groupes 3, 4 et 5

	M – G3	M – G4	M – G5
Plaintes	4.62	.44	2.00
Symptômes physiques	3	.22	1.20
Symptômes cognitifs et affectifs	8.10	.56	3.04
Symptômes comportementaux	2.72	.33	.76
Contraintes	3.62	.67	2.20
Manque de ressources	3.64	.78	1.80

6.6.3.7. Comparaison des groupes en fonction du nombre moyen de plaintes, de symptômes, manque de ressources et contraintes relevées

Tableau 48 :
Moyennes des groupes

	Burnout-Médecin		Non Burnout- Médecin		
	M-G2	M-G3	M-G4	M-G5	M-G6
Plaintes	4.07	4.62	.44	2.00	4.62
Symptômes physiques	2.68	3	.22	1.20	2.67
Symptômes cognitifs et affectifs	5.50 ^a	8.10	.56	3.04 ^a	6.93
Symptômes comportementaux	2.11	2.72	.33	.76	2.73
Contraintes	3.00 ^{a,b}	3.62 ^b	.67	2.20 ^a	3.93
Manque de ressources	2.50	3.64	.78	1.80 ^a	2.73 ^a
Epuisement (uniquement pour les questionnaires OLBI)	23.12	26.62	12.33	18.40	26.16
Désengagement (uniquement pour les questionnaires OLBI)	17.01	24.64	13.95	17.01	24.73

Les groupes qui sont diagnostiqués en burnout ou qui ont un score élevé au questionnaire auto-rapporté rapportent en moyenne plus de 4 plaintes, manifestent en moyenne plus de deux symptômes physiques, 5 symptômes cognitifs et 2 symptômes comportementaux. La quantité

de ressources et de contraintes est plus difficile à déterminer car les groupes qui ont un score moyen au questionnaire auto-rapporté se distinguent moins nettement (Tableau 53). Toutefois, comparativement au groupe 4, les groupes qui ont un score élevé au questionnaire auto-rapporté manifestent en moyenne plus de contraintes et de ressources manquantes. Les groupes 3 et 6 manifestent plus de 3 contraintes et plus de 2 ressources manquantes alors que le groupe 4 manifeste en moyenne moins d'une contrainte et d'une ressource manquante.

6.6.3.8. Synthèse

A la suite de ces analyses, nous pouvons donc définir trois profils :

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

Enfin, bien plus que le type de plaintes, de symptômes, de ressources manquantes et de contraintes, c'est la quantité de plaintes, de symptômes, de ressources manquantes et de contraintes qui permettent de différencier les groupes. Les fiches comprenant les cas où le risque de burnout est élevé comptabilisent au total plus de cases cochées.

6.7. Efficacité de la combinaison ‘questionnaire auto-rapporté’ et ‘outil de détection précoce de burnout’

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

Il est en effet concevable de distinguer quatre cas de figure lors de la détection d’une maladie en fonction du diagnostic posé d’une part et du diagnostic qui aurait dû être posé d’autre part (voir tableau 55) (Buderer, 1996 ; Nahavandi, 2018) :

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

Tableau 49 :
Explication des différents cas obtenus lors d’un diagnostic

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

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

seconde analyse, nous partirons de la supposition inverse, à savoir que le jugement clinique du médecin représente l'état réel du patient et étudierons dans quelle mesure le score obtenu au questionnaire auto-rapporté correspond au diagnostic du médecin.

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

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

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

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

Tableau 50 :
Répartition des cas lorsqu'un score au questionnaire auto-rapporté moyen ou élevé correspond à un burnout

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

6.7.1.1. Performance du questionnaire auto-rapporté par rapport à l'outil de détection précoce

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

La sensibilité du questionnaire auto-rapporté est de 1 (voir tableau 57). Autrement dit, le questionnaire auto-rapporté parvient à détecter (donner un score moyen ou élevé) tous les patients qui sont diagnostiqués en burnout par les médecins. Cependant, on remarque une spécificité faible (18%). De fait, le questionnaire auto-rapporté ne parvient à diagnostiquer un « non burnout » que pour seulement 18% des patients pour lesquels le médecin ne conclut pas à un diagnostic de burnout. Si le jugement clinique est considéré comme la mesure réelle du burnout, ça voudrait dire que le questionnaire auto-rapporté détecte beaucoup de faux positifs (travailleurs diagnostiqués en burnout alors qu'ils ne le sont pas).

Tableau 51 :
Performance du questionnaire auto-rapporté en considérant un score moyen ou élevé comme un diagnostic de burnout

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

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

6.7.1.1. Performance de l'outil de détection précoce par rapport au questionnaire auto-rapporté

Dans ce cas-ci, le questionnaire auto-rapporté permettra de détecter précisément l'ensemble des cas de burnout et de rejeter les cas qui ne sont pas en burnout. Nous allons donc évaluer dans quelle mesure, le jugement du médecin coïncident avec le diagnostic du questionnaire auto-rapporté.

Tableau 52 :
Performance de l'outil de détection précoce du burnout en considérant un score moyen ou élevé comme un diagnostic de burnout

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

La sensibilité du jugement clinique est de 66% (voir tableau 58). Autrement dit, en considérant que le questionnaire auto-rapporté témoigne exactement de la réalité, les médecins diagnostiquent en burnout seulement 66% des patients qui le seraient réellement. Par contre, la spécificité égale à 100% nous permet de conclure que les médecins rejettent un diagnostic de burnout pour tous les patients qui n'ont effectivement pas de burnout selon le questionnaire auto-rapporté. Par ailleurs, la valeur prédictive d'un test positif égale à 100% nous permet également de conclure que l'ensemble des patients qui seront diagnostiqués en burnout par les médecins souffrent bien d'un burnout. Par contre, étant donné que la valeur prédictive d'un test négatif est égale à 18%, il est probable que seuls 18% des cas pour lesquels le diagnostic de burnout a été rejeté n'ait effectivement pas de burnout. Dans 69% des cas, le jugement clinique du médecin aboutit à la même conclusion que le questionnaire auto-rapporté.

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

Tableau 53 :
Répartition des cas lorsqu'un score au questionnaire auto-rapporté élevé correspond à un burnout

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

6.7.2.1. Performance du questionnaire auto-rapporté par rapport à l'outil de détection précoce

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

Tableau 54 :
Performance du questionnaire auto-rapporté en considérant un score élevé comme un diagnostic de burnout

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

D'emblée, remarquons que la sensibilité (0.64) est plus faible lorsque seuls les scores élevés se rapportent à un diagnostic de burnout (voir tableau 60). En effet, selon cette perspective, le questionnaire auto-rapporté parvient à détecter 64% des cas qui sont diagnostiqués en burnout par les médecins. Toutefois, soulignons également le fait que la spécificité (0.69) est plus élevée. En d'autres termes, le questionnaire auto-rapporté permet de rejeter l'hypothèse d'un burnout, dans 69% des cas qui ne sont pas diagnostiqués en burnout par les médecins. De plus, 77% des scores élevés au questionnaire auto-rapporté sont effectivement diagnostiqués en burnout par les médecins alors que 55% des scores faibles et moyens sont effectivement diagnostiqués en « absence de burnout » par les médecins. Enfin, dans deux tiers des cas, le questionnaire auto-rapporté aboutit à la même conclusion que le jugement clinique du médecin.

6.7.2.2. Performance de l'outil de détection précoce par rapport au questionnaire auto-rapporté

Prenons le temps d'aborder une dernière possibilité. Considérons que toutes les personnes en burnout sont celles ayant obtenu un score élevé au questionnaire auto-rapporté et comparons ce diagnostic au résultat du jugement clinique des médecins.

Tableau 55 :
*Performance de l'outil de détection précoce du burnout en
 considérant un score élevé comme un diagnostic de
 burnout*

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

La sensibilité de l'outil de détection précoce du burnout est plus grande (0.77) (voir tableau 61), ce qui signifie que les médecins diagnostiquent en burnout 77% des patients qui devraient être diagnostiqués en burnout selon le questionnaire auto-rapporté. Par contre, la spécificité (0.55) est plus faible puisque les médecins rejettent le diagnostic de burnout pour seulement 55% des cas qui ne sont pas diagnostiqués en burnout par le questionnaire auto-rapporté. Par ailleurs, parmi l'ensemble des cas estimés en burnout par les médecins, 64% le seraient réellement selon le questionnaire auto-rapporté. Enfin, sur l'ensemble des cas qui ne sont pas diagnostiqués en burnout par les médecins, 69% des cas ne seraient effectivement pas en burnout selon le questionnaire auto-rapporté. Au final, les médecins aboutissent dans 66% des cas à la même conclusion que le questionnaire auto-rapporté.

7. Discussion

La première partie de la discussion portera sur les constats issus de cette recherche suite à la récolte de cas via l'outil de détection précoce du burnout. Les limites de la recherche et les perspectives futures seront ensuite exposées.

7.1. Constats issus de l'outil de détection précoce du burnout

Tout d'abord, les résultats mettent en évidence que l'outil de détection précoce du burnout est principalement complété par les médecins du travail lors des examens périodiques et de reprise. Notons aussi que cet outil est rarement utilisé dans le cas d'évaluation préalable à une mutation. Ces résultats confirment ceux observés lors de l'étude de 2010.

Concernant les *plaintes mentionnées par les patients*, comme en 2010, le stress et l'épuisement sont le plus rapportées. Par ailleurs, l'asthénie, la plainte la moins citée en consultation, est néanmoins présente dans plus d'un tiers des cas, démontrant ainsi la pertinence des plaintes proposées par l'outil de détection précoce du burnout. Les médecins proposent également d'ajouter dans plusieurs cas les plaintes de « sommeil perturbé » et « frustration ». Il semblerait en effet que les patients en burnout rencontrent plus de micro-éveils, de temps passé éveillé, un sommeil de moins bonne qualité et des difficultés à s'endormir (Grossi & al., 2015). Ces symptômes pourraient conduire les patients à se plaindre de « sommeil perturbé » auprès de leurs médecins. Toutefois, d'autres études seront nécessaires pour évaluer la pertinence de telles plaintes. Notons pour l'information que l'étude montre qu'il faut en moyenne plus de quatre plaintes rapportées pour pouvoir parler de burnout.

Concernant *les symptômes rapportés par les patients*, les symptômes physiques sont ceux qui sont le plus souvent rapportés. Viennent ensuite, les symptômes cognitifs et affectifs puis les symptômes comportementaux. La prédominance des symptômes physiques pourrait montrer une tendance pour les médecins et/ou les patients à relever des symptômes physiques au détriment de symptômes plus cognitifs et comportementaux. Toutefois, la proportion de symptômes cognitifs, affectifs et comportementaux a augmenté depuis 2010, de 10 à 20% laissant supposer que les médecins prennent de plus en plus compte des symptômes non physiques dans leur diagnostic. Ce constat est principalement vrai pour les médecins généralistes qui rapportent aussi bien des symptômes physiques (baisse d'énergie) qu'affectifs et cognitifs (l'irritabilité). Notons, toutefois que la diminution de l'énergie ainsi que la fatigue

sont aussi plus fréquemment cités en 2018. Cette croissance peut donc être due à une meilleure connaissance du rôle de l'épuisement dans le syndrome du burnout. L'importance des symptômes physiques tels que la diminution de l'énergie, les troubles du sommeil ainsi que la fatigue coïncide avec une conception du burnout plaçant l'épuisement au cœur même du burnout (Maslach & Leiter, 2008). L'augmentation de la proportion de symptômes relevés peut également refléter une tendance des médecins à prendre en compte plus de symptômes afin de poser un diagnostic de burnout. Remarquons également que le symptôme le moins cité (diminution de la performance) est présent dans plus de 30% des cas, démontrant la pertinence des symptômes proposés par l'outil de détection précoce du burnout.

Pour rappel, nous avons ajouté la rumination à l'outil suite aux commentaires des médecins lors des focus groupes. La rumination est effectivement le sixième symptôme le plus fréquent et apparaît dans plus de la moitié des cas. Nous pouvons donc garder la rumination dans la liste des symptômes de l'outil de détection précoce du burnout. Plusieurs médecins proposent d'ajouter les termes « douleurs diffuses » ou « douleurs musculaires » et « pleurs ». De fait, le burnout prédit après un an des douleurs dans la nuque, les épaules et le dos (Grossi, Thomten, Fandino-Losada, Soares, Sundin, 2009). Les pleurs pour leur part peuvent faire référence aux « crises de larmes » évoquées par Périlleux et Vendramin (2017) pour caractériser le burnout. Toutefois, d'autres études permettront de valider la pertinence d'ajouter ces symptômes. L'étude montre qu'il faut en moyenne plus de 2 symptômes physiques, 6 symptômes cognitifs et 2 symptômes comportementaux pour être diagnostiqué en burnout.

Les médecins généralistes et les médecins du travail ne complètent pas de la même manière les questions relatives aux symptômes présents chez le patient/le travailleur. Hors le fait que les médecins généralistes rapportent en moyenne plus de symptômes, les caractéristiques des patients varient. Ainsi, *le médecin généraliste est souvent en première ligne*. Il reçoit des patients qui consultent pour la première fois et dont la durée des symptômes n'a pas encore dépassé 3 mois. De son côté, le médecin du travail intervient plus tard. Il reçoit plus souvent des travailleurs qui ont déjà consulté un médecin généraliste voire le médecin du travail lui-même et dont les symptômes sont présents depuis plus de 12 mois. Cette différence entre les médecins généralistes et les médecins du travail peut expliquer l'écart observé en terme de plaintes et de symptômes, de ressources, de contraintes et de jours d'arrêt de travail.

En dehors des médecins généralistes et des médecins du travail, *des professionnels de la santé tels que des psychologues ou des psychiatres sont consultés dans un peu moins de la moitié des cas*. Les consultations chez de tels professionnels sont proportionnellement plus nombreuses

dans la présente étude en comparaison aux données recueillies en 2010. En effet, 8 ans plus tôt, moins d'un tiers des patients consultaient un psychologue ou un psychiatre. Ces résultats tendent à souligner l'importance d'une intervention pluridisciplinaire et l'implication de plus en plus fréquente du psychologue ou du psychiatre.

La majorité des cas soulignent le lien entre leur mal-être et le travail. La charge de travail est citée dans plus de deux tiers des cas et ressort comme étant la contrainte la plus fréquente. Amofo et al. (2015) aboutissent à la même conclusion. *Les conflits au travail et la pression temporelle interviennent dans un peu moins de la moitié des cas.* Ces résultats coïncident avec ceux obtenus en 2010.

Suite aux focus groupes, nous avons ajouté deux contraintes à l'outil de détection précoce du burnout : la perte de sens du travail et l'absence de tâches. Si la première contrainte est rapportée dans un quart des cas, la seconde n'est présente que dans 3% des cas. Ces résultats nous amènent à conserver, pour l'outil de détection précoce du burnout, la perte de sens du travail comme une contrainte pertinente et à supprimer l'absence de tâches (trop peu présente dans les cas de burnout). La littérature scientifique appuie les résultats observés. En effet, si le sens d'une tâche peut être considéré comme un facteur protecteur (Salami & Ajitoni, 2016), le burnout est par contre caractérisé par un excès de tâches. C'est d'ailleurs, cette caractéristique qui va le différencier du bore-out (Bourion & Trébucq, 2011).

Aux contraintes présentes dans l'outil de détection, plusieurs médecins proposent d'ajouter « difficultés dans les relations avec la hiérarchie » et « inégalité entre les travailleurs ». Toutefois, d'autres études devront approfondir ces dernières contraintes. Ainsi, si le soutien de la hiérarchie peut atténuer l'influence du stress sur le burnout (Saijo & al., 2014), une mauvaise relation avec un superviseur pourrait précipiter le burnout (Hetland, Sandal & Johnsen, 2007). Les recherches sur la relation entre le burnout et l'équité sont mitigés. Certaines données tendraient à prouver qu'une justice perçue comme adéquate réduirait les risques de burnout (Bouterfas & al., 2016), d'autres obtiennent des résultats plus nuancés (Campana & Hammoud, 2015), alors que les dernières données envisagent une relation curvilinéaire entre l'inéquité et l'épuisement (Van Dierendonck, Schaufeli & Buunk, 2001). L'inclusion de ces variables dans l'outil de détection précoce du burnout devra toutefois faire l'objet d'études ultérieures. Enfin, pour information, l'étude montre que les patients en burnout et à risque de burnout ont en moyenne plus de 3 contraintes.

Comme en 2010, le soutien de la hiérarchie et la reconnaissance se démarquent en tant que ressources dont les travailleurs manquent le plus souvent (dans plus de la moitié des cas). Dans leurs approches qualitatives de la souffrance au travail, Daloz et al. (2007) décrivent ainsi dans le développement de l'épuisement professionnel, une période de rupture avec l'entreprise caractérisée par un sentiment de non-reconnaissance et de manque de support de la part du collectif. La fréquence d'apparition de ces deux ressources manquantes tendrait à confirmer l'analyse réalisée par Daloz et al. (2007). En outre, les médecins proposent d'ajouter le manque de personnel parmi les ressources manquantes. Toutefois, d'autres recherches devront valider l'intégration d'une telle ressource. L'étude montre que les patients en burnout et à risque de burnout ont en moyenne plus de 2 ressources manquantes.

Concernant les caractéristiques sociodémographiques, les cas récoltés comprenaient essentiellement des travailleurs vivant en couple, employés, à temps plein, avec un contrat à durée indéterminée dans une entreprise privée, comprenant plus de 250 travailleurs. Ce qui les distingue de celles de 2010. En effet, les cas rapportés en 2010 étaient davantage axés sur un grand nombre d'ouvriers et d'employés du secteur public. La similarité des résultats entre 2010 et 2018 tend à prouver que les plaintes, symptômes et facteurs liés au travail ont non seulement peu varié au cours du temps, mais qu'en plus elles ne changent ni avec le statut (ouvrier/employé), ni avec le secteur d'activité (privé/public). Cependant, d'autres études seraient nécessaires pour valider cette proposition.

Les professions de la santé et du secteur de production sont les plus présentes parmi les cas rapportés. Les médecins du travail reçoivent plus fréquemment des patients employés dans des entreprises de plus de 250 travailleurs, alors que les médecins généralistes rapportent plus de patients travaillant dans des entreprises dont l'effectif varie entre 20 et 49. Seule l'ancienneté varie entre les groupes. En effet, les patients en burnout ont souvent une ancienneté dans l'entreprise plus faible que ceux qui ne le sont pas. Ces résultats rejoignent ceux obtenus par Brewer et Shapard (2004). En effet, selon ces derniers, l'expérience à un poste donné serait un facteur plus important pour prédire le burnout que l'expérience dans une profession.

7.2. Diagnostic du burnout

Le faible nombre de cas recueillis pour lesquels un diagnostic différentiel est proposé limite les interprétations. Toutefois, parmi les diagnostics proposés, les médecins choisissent principalement la dépression ainsi que les difficultés causées par un événement de vie. Ils préfèrent également utiliser des termes comme « surmenage », « épuisement lié au travail » ou

encore « stress au travail » au diagnostic de burnout. Nous n'observons pas de différence de diagnostic entre les médecins généralistes et les médecins du travail.

L'analyse de la littérature nous permet de dégager quelques conclusions intéressantes concernant le diagnostic différentiel :

- 1) Le stress serait plus général (lié aux événements de vie, traumatiques ou quotidiens) que le burnout (Au, 2017) et considéré comme un précurseur du burnout (Gluschkoff al., 2016).
- 2) Le diagnostic différentiel entre le burnout et la dépression pose question depuis la naissance du burnout (Bianchi & al., 2015). Traditionnellement, on estime que le burnout trouve son origine dans le travail alors que la dépression est principalement influencée par des facteurs non professionnels. Toutefois, dans la réalité, beaucoup de facteurs ont un effet à la fois sur le burnout et sur la dépression. La pratique clinique ainsi que la revue de la littérature permettent néanmoins de cibler une première grande différence entre le burnout et la dépression. Dans la dépression, la perte de plaisir s'étend à toutes les dimensions de la vie du patient alors que dans le burnout, l'arrêt de travail permet au patient de réinvestir et de retrouver du plaisir dans des dimensions qui ne sont pas liées au travail.
- 3) Si le workaholisme et le burnout sont tous deux influencés par l'environnement de travail, les symptômes différeront entre les deux syndromes. La diminution de la performance ne sera observée que dans les cas de burnout (Shimazu & al., 2015). Si le travailleur ressent des émotions positives, elles seront principalement vécues au travail dans le workaholisme et en dehors du travail dans le burnout (Clark & al., 2016). Les émotions négatives seront plus de l'ordre de l'irritation, la colère, l'agitation dans le cas du workaholisme alors qu'on parlera plus de fatigue, tristesse et léthargie dans le cas du burnout. Enfin, le temps passé à travailler est plus grand dans le workaholisme (qui se caractérise par un investissement excessif) que dans le burnout (qui se caractérise par un retrait du travail).
- 4) Le burnout et la fatigue chronique sont tous deux caractérisés par une fatigue importante. Toutefois, les chercheurs supposent à l'heure actuelle que la fatigue chronique est provoquée par un virus (Underhill, 2015) même si ce virus n'a pas encore été déterminé (Korwin & al., 2016). La fatigue chronique peut intervenir dans tous les contextes. C'est probablement pour cette raison que nous n'obtenons aucun cas où le médecin diagnostique une fatigue chronique. En effet, les médecins

choisissant des patients avec un mal-être au travail pourraient avoir exclu d'emblée, les patients souffrant de fatigue chronique.

- 5) Dans la fibromyalgie, le mal-être au travail est souvent abordé comme conséquence de la maladie plutôt que comme cause (Offenbacher & al., 2015). Ceci pourrait à nouveau expliquer l'absence de diagnostic dans les cas recueillis.

Enfin, la comparaison avec le questionnaire auto-rapporté aboutit à plusieurs conclusions. Premièrement, les médecins ne diagnostiquent pas en burnout quelqu'un qui aurait un score faible au questionnaire auto-rapporté. En d'autres termes, il ne semble pas y avoir de difficulté pour éliminer le diagnostic de burnout chez ceux qui présentent peu voire aucun signe de burnout. Deuxièmement, les médecins diagnostiquent en burnout certains patients qui présentent un score moyen au questionnaire auto-rapporté. Au vu des caractéristiques rapportées par ces patients, nous supposons qu'ils appartiennent à une classe intermédiaire : vivant un mal-être au travail sans pour autant être en burnout. Selon cette supposition, l'outil de détection précoce du burnout permettrait de détecter chez ces patients les signes précoces d'un burnout. Néanmoins, les médecins qui posent un diagnostic de burnout pourraient aussi avoir tendance à relever plus de plaintes, symptômes et contraintes liées au travail afin d'appuyer leur diagnostic. Troisièmement, le diagnostic de burnout est parfois difficile à poser. Les médecins préfèrent utiliser des termes intermédiaires comme épuisement ou stress afin notamment de voir l'évolution du mal-être avant de s'avancer sur un diagnostic de burnout. Le questionnaire auto-rapporté peut ainsi appuyer une conclusion encore incertaine. Cependant, l'avis du médecin permet in fine d'éliminer des cas avec un score élevé au questionnaire auto-rapporté suite à d'autres difficultés comme le manque d'enthousiasme ou le stress post-traumatique. Cette comparaison nous permet de conclure que la combinaison d'un diagnostic médical et d'un questionnaire aboutirait à un diagnostic plus précis du mal-être ressenti par le travailleur.

7.3. Incapacité de travail et conclusion de l'examen de santé

Probablement en raison du moment de la consultation, les médecins du travail rencontrent plus de patients qui sont actifs professionnellement au moment de la consultation et qui ont bénéficié d'une plus longue durée d'incapacité de travail. A l'inverse, les médecins généralistes rapportent plus d'arrêts de travail chez leurs patients. Enfin, les groupes diagnostiqués en burnout par les médecins sont plus souvent en arrêt de travail. Il ne nous est toutefois pas

possible de déterminer si le diagnostic de burnout conduit plus à prescrire un arrêt de travail ou si la nécessité d'un arrêt de travail conduit à diagnostiquer un burnout.

Enfin, il est important de noter que presque deux tiers des évaluations jugent que le patient est apte à travailler. Ce résultat peut surprendre étant donné que plus de deux tiers des travailleurs sont estimés en burnout. Les médecins du travail considéreraient-ils qu'un travailleur en burnout est apte à travailler ? Nous pensons qu'au-delà du diagnostic posé, il est important de prendre en compte le moment de consultation. En effet, les médecins du travail voient près de 43% de leurs patients en burnout lors de leur retour au travail dans le cadre des examens de pré-reprise (10.3%), examens de reprise (21.4%) et lors d'un trajet de réintégration (11%). Ces derniers seraient dès lors considérés de nouveau aptes à travailler.

7.4. Limites

7.4.1. Participation à l'enquête

Une première limite que nous observons est la difficulté d'impliquer les médecins dans l'enquête, de leur faire remplir les fiches de détection précoce et de recevoir les questionnaires auto-rapportés. Cette difficulté peut être expliquée par plusieurs facteurs. D'entrée de jeu, la méthodologie proposée dans la présente enquête pouvait paraître complexe et difficilement applicable sur le terrain, faute de temps. Cette impression a pu conduire certains médecins à ne pas s'impliquer dans l'enquête ou à arrêter leur participation. Ensuite, la procédure exigée par l'éthique d'une recherche a freiné le recueil de données. D'une part, certains médecins se sont déclarés gênés de faire signer des documents à leurs patients. D'autre part, certains patients voulaient bien participer mais ne souhaitaient pas signer de documents de peur qu'on puisse les identifier par leur nom ou par leur signature. Ces deux craintes éveillées par la signature du consentement éclairé ont pu freiner la participation à l'étude.

La participation à l'enquête et le nombre de fiches complétées nous forcent à la prudence quant à l'interprétation des résultats observés. En effet, une centaine de cas est faible en comparaison de la population belge. Le nombre de médecins est également peu représentatif de la population. Il est donc important d'être prudent dans la généralisation des résultats. Toutefois, la concordance avec les résultats obtenus en 2010 tend à valider les données obtenues dans cette recherche. Dans le même ordre d'idées, notons aussi qu'il est possible que certaines différences, notamment entre les groupes, n'ont pas pu être observées en raison du manque d'effectif.

Enfin, la proportion réduite de médecins généralistes accentue les limites décrites précédemment. En effet, le poids des médecins du travail est plus important dans les données globales relevées. Il faut également relever que les médecins du travail ne rencontrent pas tous les travailleurs. Certaines catégories de travailleurs sont exemptées d'une surveillance de santé et ne font pas appel aux consultations spontanées ou visites de pré-reprise. Il est donc possible que l'étude réalisée ne cible pas ce type de travailleur.

7.4.2. Utilisation de deux questionnaires

Un service externe de prévention et de protection au travail a demandé d'utiliser l'UBOS à la place de l'OLBI. Par conséquent, la comparaison entre le diagnostic du médecin et le score obtenu au questionnaire se base sur deux questionnaires distincts dont les dimensions diffèrent. Il est donc possible que les quatre cas qui ont complété l'UBOS puissent différer des autres cas.

7.4.3. Répartition des cas sur trois mois

L'étude s'étant déroulée sur trois mois, les données recueillies reflètent peut-être une tendance à un moment de l'année (sortie de l'hiver et début du printemps). Une étude plus longue serait nécessaire pour valider la stabilité des données recueillies au cours d'une année. Toutefois, au vu de la difficulté de trouver des participants, il ne nous semble pas opportun d'envisager une telle étude sur une plus longue période.

7.5. Perspectives pour la suite du projet

7.5.1. Rapidité d'utilisation

Les médecins nous ont fait part à plusieurs reprises de leur difficulté à utiliser un questionnaire. Les consultations étant limitées dans le temps et les cas de burnout requérant déjà plus de temps que les autres consultations ; les médecins ne disposent que de très peu de temps pour compléter la fiche de détection précoce du burnout. Il est donc important en vue d'une utilisation médicale d'insister sur la facilité et la rapidité de cette fiche. Bien que la présentation visuelle facilite la lecture, il conviendrait de réfléchir à d'autres moyens d'améliorer l'utilisation de la fiche. A ce stade, nous avons envisagé trois pistes d'amélioration. Une première consiste à réaliser une fiche rapidement complétée permettant de distinguer les patients en burnout des autres types de patients souffrant par exemple de conflit au travail ou encore de harcèlement. La fiche diagnostic plus complète ne serait alors intéressante que par la suite pour valider et approfondir le cas du patient en burnout. Une deuxième possibilité serait d'inclure une version de la fiche qui puisse être adressée au patient lui-même. Les différentes questions ne seraient alors pas

envisagées au moment de la consultation, mais entre les consultations. Cette deuxième option semble intéressante pour les médecins généralistes qui lorsqu'ils suspectent un burnout donnent un deuxième rendez-vous à leur patient dans la semaine qui suit. Enfin, une dernière possibilité, principalement intéressante pour les médecins du travail, serait de faire compléter automatiquement le questionnaire OLBI ou UBOS dans la salle d'attente. Le médecin pourrait dès lors avoir accès aux scores obtenus par le patient (faible, moyen ou élevé). L'outil de détection précoce du burnout permettrait alors d'approfondir les données si le médecin le juge nécessaire. D'autres recherches sur ces éléments pourraient donc être envisagées.

7.5.2. Le suivi du patient

Les médecins généralistes reçoivent plusieurs fois les patients en burnout. L'outil de détection précoce du burnout permettrait également pour ces derniers de suivre l'évolution du mal-être sur plusieurs mois. Ces fiches pourraient dès lors indiquer aux médecins l'état de leurs patients. Une analyse longitudinale suivant plusieurs patients sur le long terme permettrait de recueillir des indications concernant l'évolution du burnout et l'utilisation des fiches comme outil non seulement de détection précoce, mais également comme outil de suivi.

7.5.3. Le maintien et le retour au travail

L'outil de détection précoce du burnout cible les ressources manquantes ainsi que les contraintes rencontrées par le travailleur dans l'exercice de ses fonctions. Pour cette raison, l'outil pourrait également servir de base lors des réunions réalisées dans le cadre du maintien dans l'emploi à travers l'aménagement de l'environnement de travail ou dans le cadre du retour au travail avec les professionnels de la santé et de l'entreprise (les ressources humaines, le médecin du travail, le conseiller en prévention et/ou la ligne hiérarchique) ainsi que le travailleur. En effet, il permettrait de déterminer les changements à réaliser pour apporter de l'aide au travailleur. Une adaptation de l'outil afin qu'il puisse suivre le patient du diagnostic à sa réintégration au travail en passant par son incapacité de travail (pour autant qu'il ait été mis en arrêt de travail) permettrait dès lors un accompagnement plus efficace des patients en burnout. Toutefois, mentionnons qu'un tel suivi doit prendre un compte certaines mesures propres au secret partagé. Les informations ne peuvent ainsi être transmises qu'avec l'accord du patient, à des personnes soumises au secret professionnel (médecins, psychologues, kinésithérapeutes). Ce partage doit être réalisé uniquement lorsqu'une mission commune rassemble les différents intervenants et ne concerne que l'information essentielle au projet.

8. Bibliographie

- Ahola, K., & Hakanen, J. (2007). Job strain, burnout and depressive symptoms: a prospective study among dentists. *Journal of Affective Disorders, 104*, 103-110. doi: 10.1016/j.jad.2007.03.004
- Ahola, K., Toppinen-Tanner, S., & Seppänen, J. (2017). Interventions to alleviate burnout symptoms and to support return to work among employees with burnout: systematic review and meta-analysis. *Burnout Research, 4*, 1-11. doi: 10.1016/j.burn.2017.02.001
- Aiken, L., Sermeus, W., Van den Heede, K., Sloane, D., Busse, R., Griffiths, P., ..., Kutney-Lee (2012). Patient safety, satisfaction and quality of hospital care: cross sectional surveys of nurses and patients in 12 countries in Europe and United States. *British Medical Journal, 344*. doi: 10.1136/bmj.e1717
- Albrecht, S. (2015). Challenge demands, hindrance demands and Psychological need satisfaction: their influence on employee engagement and emotional exhaustion. *Journal of Personnel Psychology, 14*, 70-79. doi : 1027/1866-5888/a000122
- Albrecht, S., Kecklund, G., Rajaleid, K., Leineweber, C. (2017). The longitudinal relationship between control over working hours and depressive symptoms: results from SLOSH, a population-based cohort study. *Journal of Affective Disorders, 215*, 143-151. doi : 10.1016/j.jad.2017.03.010
- Alexandrova-Karamanova, Todorova, Montgomery, Panagopoulou, Costa, Baban, ..., Mijakoski (2016). Burnout and health behaviors in health professionals from seven European countries. *International Archives of Occupational and Environmental Health, 89*, 1059-1075. doi: 10.1007/s00420-016-1143-5
- Allen, B., Holland, P., & Reynolds, R. (2014). The effect of bullying on burnout in nurses: the moderating role of psychological detachment. *Journal of advanced nursing, 71*, 381-390. doi: 10.1111/jan.12489
- Alloy, L., Salk, R., Stange, J., & Abramson, L. (2017). Cognitive vulnerability and unipolar depression. In P., Nathan, R., DeRubeis, & D., Strunk (Eds). *The Oxford Handbook of Mood Disorders*. United States of America, NY: Oxford University Press.
- Alvesson, M. & Spicer, A. (2016). The stupidity paradox: The power and pitfalls of functional stupidity at work. Great Britain, London: Profile Books LTD.
- Ambrose, S., Rutherford, B., Shepherd, D., & Tashchian, A. (2014). Boundary spanner multi-faceted role ambiguity and burnout: an exploratory study. *Industrial Marketing Management, 43*, 1070-1078. doi : 10.1016/j.indmarman.2014.05.020
- Amofo, E., Hanbali, N., Patel, A., & Singh, P. (2015). What are the significant factors associated with burnout in doctors? *Occupational Medicine, 65*, 117-121. doi: 10.1093/occmed/kql44
- Andela, M., Truchot, D., & Ponz, Y. (2014). Exploring a refinement measure of deepacting on burnout. *Studia Psychologica, 56*, 267-272. Retrieved from <https://search.proquest.com/docview/1640472275?accountid=14630>
- Andreassen, C. (2014). Workaholism: an overview and current status of the research. *Journal of Behavioral Addictions, 3*, 1-11. doi: 10.1556/JBA.2.2013.017
- Andreassen, C., Griffiths, M., Hetland, J., Kravina, L., Jensen, F., & Pallesen, S. (2014). The prevalence of workaholism: a survey study in a nationally representative sample of norwegian employees. *PLoS ONE, 9*, e102446. doi: 10.1371/journal.pone.0102446
- Armon, G., Melamed, S., Toker, S., Berliner, S., & Shapira, I. (2014). Joint effect of chronic medical illness and burnout on depressive symptoms among employed adults. *Health Psychology, 33*, 264-272. doi : 10.1037/a0033712

- Assemblée Nationale (2017). *Rapport d'information de l'assemblée nationale du 15 février 2017* (rapport n°4487). France.
- Au, A. (2017). The sociological study of stress: An analysis and critique of the stress process model. *European Journal of Mental Health*, 12, 53-72. doi: 10.5708/EJMH.12.2017.1.4
- Avanzi, L., Schuh, S., Fraccaroli, F., & van Dick, R. (2015). Why does organizational identification relate to reduced employee burnout? The mediating influence of social support and collective efficacy. *Work & Stress*, 29, 1-10. doi: 10.1080/02678373.2015.1004225
- Baka, L. (2015). Does job burnout mediate negative effects of job demands on mental and physical health in a group of teachers? Testing the energetic process of Job Demands-Resources model. *International Journal of Occupational Medicine and Environmental Health*, 28(2), 335–346. DOI: <https://doi.org/10.13075/ijomeh.1896.00246>
- Bakken, I.J., Tveito, K., Gunnes, N., Ghaderi, S., Stoltenberg, C., Trogstad, L.,..., Magnus, P. (2014). Two age peaks in the incidence of chronic fatigue syndrome/myalgic encephalomyelitis: a population-based registry study from Norway 2008-2012. *BMC Medicine*, 12, 167. doi: 10.1186/s12916-014-0167-5.
- Bakker, A., & Costa, P. (2014). Chronic job burnout and daily functioning: a theoretical analysis. *Burnout Research*, 1, 112-119. doi: 10.1016/j.burn.2014.04.003
- Bakker, A., & Demerouti, E. (2007). The job demands-resources model: state of the art. *Journal of Managerial Psychology*, 22, 309-328. doi: 10.1106/02683940710733115
- Bakker, A., & Demerouti, E. (2014). Job demands-resources theory. In P., Chen, & C., Cooper (Eds.). *Work and Wellbeing: Wellbeing: A complete Reference Guide, Volume III*, pp. 1-28. United States, New Jersey: John Wiley & Sons.
- Bakker, A., & Demerouti, E. (2017). Job demands-resources theory: taking stock and looking forward. *Journal of Occupational Health Psychology at 20. Journal of Occupational Health Psychology*, 22, 273-285. doi: 10.1037/ocp0000056
- Bakker, A., Shimazu, A., Demerouti, E., Shimada, K., & Kawakami, N. (2014). Work engagement versus workaholism: a test of the spillover-crossover model. *Journal of Managerial Psychology*, 29, 63-80. doi: 10.1108/JMP.05.2013.0148
- Banerjee, S., Califano, R., Corral, J., de Azambuja, E., de Mattos-Arruda, L., Guarneri, V.,..., Strijbos, M. (2017). Professional burnout in European young oncologists : results of the European Society for Medical Oncology (ESMO) Young Oncologists Committee Burnout Survey. *Annals of Oncology*, 28, 1590-1596. doi: 10.1093/annonc/mdx196
- Barbier, M., Hansez, I., Chmiel, N., & Demerouti, E. (2013). Performance expectations, personal resources, and job resources: how do they predict work engagement? *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 22, 750-762. doi: 10.1080/1359432X.2012.704675
- Beiler-May, A., Williamson, R., Clark, M., & Carter, N. (2017). Gender bias in the measurement of workaholism. *Journal of personality assessment*, 99, 104-110. doi: 10.1080/00223891.2016.1198795
- Bélanger, J., Pierro, A., Barbieri, B., De Carlo, N., Falco, A., & Kruglanski, A. (2016). One size doesn't fit all: the influence of supervisors' power tactics and subordinates' need for cognitive closure on burnout and stress. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 25, 287-300. doi: 10.1080/1359432X.2015.1061999
- Berjot, S., Altintas, E., Lesage, F.-X., & Grebot, E. (2017). Burnout risk profiles among French psychologists. *Burnout Research*, 7, 10-20. doi: 10.1016/j.burn.2017.10.001

- Bermejo-Toro, L., Prieto-Ursua, M., & Hernandez, V. (2016). Towards a model of teacher well-being: personal and job resources involved in teacher burnout and engagement. *Educational Psychology, 36*, 481-501. doi: 10.1080/01443410.2015.1005006
- Berzins, S., Bulloch, A., Burton, J., Dobson, K., Fick, G., & Patten, S. (2017). Determinants and incidence of depression in multiple sclerosis: a prospective cohort study. *Journal of Psychosomatic Research, 99*, 169-176. doi: 10.1016/j.psychores.2017.06.012
- Bianchi, R., Mayor, E., Schonfeld, I., & Laurent, E. (2016). Burnout-depression overlap: a study of Zealand schoolteachers. *New Zealand Journal of Psychology, 45*, 3, 4-11. Retrieved from https://www.researchgate.net/publication/308966641_Burnout-depression_overlap_A_study_of_New_Zealand_schoolteachers_Impact_Factor_Upcoming
- Bianchi, R., & Schonfeld, I. (2016). Burnout is associated with a depressive cognitive style. *Personality and Individual Differences, 100*, 1-5. doi: 10.1016/j.paid.2016.01.008
- Bianchi, R., Schonfeld, I., & Laurent, E. (2015). Burnout-depression overlap: a review. *Clinical Psychology Review, 36*, 28-41. doi: 10.1016/j.cpr.2015.01.004
- Bianchi, R., Schonfeld, I., & Laurent, E. (2016). Burnout et depression, entre normal et pathologique, histoire d'une différenciation hasardeuse. In E. Laurent & P. Vandel (Eds.). *De l'humeur quotidienne à la dépression sévère : manuel pluridisciplinaire de la thymie*, pp. 75-93. Louvain-la-Neuve, Belgium : De Boeck.
- Bilal, A., & Ahmed, H.M. (2017). Organizational Structure as a determinant of job burnout. *Workplace Health & Safety, 65*, 118-128. doi: 10.1177/2165079916662050
- Björklund, C., Jensen, I., & Lohela-Karlsson, M. (2013). Is a change in work motivation related to a change in mental well-being. *Journal of Vocational Behavior, 83*, 517-580. doi: 10.1016/j.jvb.2013.09.002
- Bliese, P., Edwards, J., & Sonnentag, S. (2017). Stress and well-being at work: a century of empirical trends reflecting theoretical and societal influences. *Journal of Applied Psychology, 102*, 389-402. doi: 10.1037/apl0000109
- Blom, V., Bodin, L., Bergström, G., & Svedberg, P. (2015). Applying the demand-control-support model on burnout in managers and non-managers. *International Journal of Workplace Health Management, 9*, 110-122. doi: 10.1108/IJWHM-06-2015.0033
- Blom, V., Richter, A., Hallsten, L., & Svedberg, P. (2015). The associations between job insecurity, depressive symptoms and burnout: the role of performance-based self-esteem. *Economic and Industrial Democracy, 1-16*. doi: 10.1177/0143831x15609118
- Boersma, K., & Lindblom, K. (2009). Stability and change in burnout profiles over time: a prospective study in the working population. *Work & Stress, 23*, 264-283. doi: 10.1080/02678370903265860.
- Borchers, A., & Gershwin, E. (2015). Fibromyalgia: A critical and comprehensive review. *Clinical review in Allergy and Immunology, 49*, 100-151. doi: 10.1007/s12016-015-8509-4
- Bourion, C. (2015). *Le bore-out syndrom : Quand l'ennui au travail rend fou*. France, Paris : Albin Michel.
- Bourion, C., & Trébuq, S. (2011). *Le bore-out-syndrom : la maladie honteuse d'un Occident où il n'y a plus assez de travail pour occuper les salariés, même talentueux, pendant leur temps de travail. L'absorption organisationnelle de l'inactivité concernerait maintenant 30% des salariés*. *Revue internationale de psychosociologie, 41*, 319-346. doi: 10.3917/rips.041.0319
- Bouterfas, N., Desrumaux, P., Leroy-Fremont, N., & Boudenghan, M. (2016). Charge de travail, justice, soutien et résilience : quels effets sur l'épuisement professionnel des travailleurs sociaux et

- quelles médiations par la satisfaction des besoins ? *Les Cahiers Internationaux de la Psychologie Sociales*, 110, 177-207. doi: 10.3917/cips.110.0177
- Brandstätter, V., Job, V., & Schulze, B. (2016). Motivational Incongruence and Well-being at the workplace: person-job fit, job burnout, and physical symptoms. *Frontiers in Psychology*, 7, 1153. doi: 10.3389/psyg.2016.01153
- Brewer, E. & Shapard, L. (2004). Employee burnout: a meta-analysis of the relationship between age or years of experience. *Human Resource Development Review*, 3, 102-123. doi: 10.1177/1534484304263335
- Bria, M., Spânu, F., Baban, A., & Dumitrascu, D. (2014). Maslach Burnout Inventory – General Survey: Factorial validity and invariance among Romanian healthcare professionals. *Burnout Research*, 1, 103-111. doi: 10.1016/j.burn.2014.09.001
- Brooks, S., & Chalder, T. (2017). Chronic fatigue syndrome: Cognitive, Behavioural and Emotional Processing Vulnerability Factors. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 45, 156-169. doi: 10.1017/s1352465816000631
- Buderer, N. (1996). Statistical methodology: I. incorporating the prevalence of disease into the sample size: calculation for sensitivity and specificity. *Academic Emergency Medicine*, 3, 895-900. doi: 10.1111/j.1553-2712.1996.tb03538.x
- Campana, K., & Hammoud, S. (2015). Incivility from patients and their families: can organisational justice protect nurses from burnout? *Journal of Nursing Management*, 23, 716-725. doi: 10.1111/jonm.12201
- Cathébras, P. (2016). Qu'y a-t-il dans un nom ? A propos des anciens et nouveaux noms de la fatigue chronique. *La revue de médecine interne*, 37, 791-795. doi : 10.1016/j.revmed.2016.10.002
- Cedraschi, C., Luthy, C., Girard, E., Piguet, V., Desmeules, J., & Allaz, A.-F. (2012). Representations of symptom history in women with fibromyalgia vs chronic low back pain: a qualitative study. *Psychology, Psychiatry & Brain : Neuroscience Section*, 13, 1562-1570
- Chapelle, F.G. (2016). Modélisation des processus d'épuisement professionnel liés aux facteurs de risques psychosociaux : burn out, bore out, stress chronique, addiction au travail, épuisement compassionnel. *Journal de thérapie comportementale et cognitive*, 26, 111-122. doi: 10.1016/j.jtcc.2016.06.003
- Chiu, L., Stewart, K., Woo, C., Yatham, L., Lam, R. (2015). The relationship between burnout and depressive symptoms in patients with depressive disorders. *Journal of Affective Disorders*, 172, 361-366. doi: 10.1016/j.jad.2014.10.029
- Chopik, W. (2015). Relational attachment and ethical workplace decisions: the mediating role of emotional burnout. *Personality and Individual Differences*, 75, 160-164. doi: 10.1016/j.paid.2014.11.007
- Clark, M., Michel, J., Stevens, G., Howell, J., & Scruggs, R. (2014). Workaholism, work engagement and work-home outcomes: exploring the mediating role of positive and negative emotions. *Stress Health*, 30, 287-300. doi: 10.1002/smi.2511
- Clark, M., Michel, J., Zhdanova, L., Pui, S., & Baltes, B. (2016). All work and no play? A meta-analytic examination of the correlates and outcomes of workaholism. *Journal of Management*, 42, 1836-1873. doi: 10.1177/0149206314522301
- Clauw, D. (2014). Fibromyalgia: a clinical review. *Clinical review & Education*, 311, 1547-1555. doi: 10.1001/jama.2014.3266
- Co-Prev (7 novembre 2018). Evolutive arbeidsartsen in externe preventiediensten 2012-2017 : daling va 940 naar 877. Retrieved from : https://twitter.com/co_prev?lang=fr

- Connolly, S., & Alloy, L. (2017). Rumination interacts with life stress to predict depressive symptoms: An ecological momentary assessment study. *Behaviour Research and Therapy*, *97*, 86-95. doi: 10.1016/j.brat.2017.07.006
- Conseil Supérieur de la Santé (septembre 2017). Burnout et Travail. Bruxelles : CSS. Avis n°9339.
- Cruwys, T., Haslam, A., Dingle, G., Haslam, C., & Jetten, J. (2014). Depression and social identity a review. *Personality and Social Psychology Review*, *18*, 215-238. doi: 10.1177/1088868314523839
- Cummings, M., Gao, F., & Thornburg, K. (2016). Boredom in the workplace: a new look at an old problem. *Human Factors*, *58*, 279-300. doi: 10.1177/0018720815609503
- Dai, W., Chen, X., Arnulf, J.K., & Dai, M. (2014). Consequences of family interference with work: the roles of emotional exhaustion, service sabotage, and negative affectivity. *Social Behavior and Personality*, *42*, 1613-1628. doi: 10.2224/sbp.2014.42.10.1613
- Daloz, L. (2007). Épuisement professionnel et blessures de l'idéal. Réflexions cliniques sur la désillusion des soignants et la formation initiale. *Pédagogie Médicale*, *8*, 82-90. doi: 10.1051/pmed :2007003
- Daloz, L., Balas, M.-L. & Bénony H. (2007). Sentiment de non-reconnaissance au travail, déception et burnout : une exploration qualitative. *Santé mentale au Québec*, *32*, 83-96. doi : 10.7202/017798ar
- Daloz, L., & Bénony, H. (2007). Le sujet en état d'épuisement professionnel : Approche clinique sur une population de soignants. *Archives des Maladies Professionnelles et de l'Environnement*, *68*, 126-135. doi : 10.1016/S1775-8785(07)88910-7
- De Beer, L., Pienaar, J., & Rothmann, S. (2014). Job burnout's relationship with sleep difficulties in the presence of control variables: a self-report study. *South African Journal of Psychology*, *44*, 454-466. doi : 10.1177/0081246314538249
- 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
- Deci, E., & Ryan, R. (2008). Self-determination theory: a macrotheory of human motivation, development, and health. *Canadian Psychology*, *49*, 182-185. doi: 10.1037/a0012801
- Deligkaris, P., Panagopoulou, E., Montgomery, A., & Masoura, E. (2014). Job burnout and cognitive functioning: A systematic review. *Work & Stress*, *28*, 107-123. doi: 10.1080/02678373.2014.909545
- Demerouti, E., Bakker, A., & Leiter, M. (2014). Burnout and Job performance: the moderating role of selection, optimization, and compensation strategies. *Journal of Occupational Health Psychology*, *19*, 96-107. doi: 10.1037/a0035062
- Demerouti, E., Bakker, A., Nachreiner, F., & Schaufeli, W. (2001). The job demands-resources model of burnout. *Journal of Applied Psychology*, *86*, 499-512. doi : 10.1037/0021.9010.86.3.499
- Denko, T., & Friedman, E. (2011). Depression in different types of patients. In E., Friedman, & M., Anderson (Eds). *Handbook of Depression*, pp. 1-10. United-Kingdom, London: Springer.
- Desart, S., Schaufeli, W., & De Witte, H. (2017). Burnout Assesment Tool : état des lieux. Retrieved from : http://burnoutassessmenttool.be/onderzoeksfasen_nl/
- Deschênes, A.-A., Dussault, M., & Frenette, E. (2014). Auto-efficacité émotionnelle et épuisement professionnel de directions d'établissement d'enseignement. *Canadian Journal of Education*, *37* (4), 1-22. Retrieved from : <http://www.jstor.org/stable/canajeducrevucan.37.4.14>

- Eastwood, J., Frischen, A., Fenske, M., & Smilek, D. (2012). The unengaged mind: defining boredom in terms of attention. *Association for Psychological Science*, 7, 482-495. doi: 10.1177/174569162456044
- Eelen, S., Bauwens, S., Baillon, C., Distelmans, W., Jacobs, E., & Verzelen, A. (2014). The prevalence of burnout among oncology professionals oncologists are at risk of developing burnout. *Psycho-Oncology*, 23, 1415-1422. doi: 10.1002/pon.3579
- Evans, M., Barry, M., Im, Y., Brown, A., & Jason, L. (2015). An investigation of symptoms predating CFS onset. *Journal of Prevention & Intervention in the Community*, 43, 54-61. doi: 10.1080/10852352.2014.973240
- Fan, D., Cui, L., Zhang, M., Zhu, C., Härtel, C., & Nyland, C. (2014). Influence of high performance work systems on employee subjective well-being and job burnout: empirical evidence from the chinese healthcare sector. *The International Journal of Human Resource Management*, 25, 931-950. doi: 10.1080/09585192.2014.876740
- Farber, B. (2000). Treatment Strategies for different types of teacher burnout. *Psychotherapy in Practice*, 56, 675-689. doi : 10.1002/(SICI)1097-4679(200005)56:5<675::AID-JCLP8>3.0.CO;2-D
- Faymonville, M.-E., Blavier, A., Palmaricciotti, V., Malaise, N., Salamun, I., Fontaine, R., Libbrecht, D., Tomasella, M., ..., Nyssen, A.-S. (2014). Analyse des caractéristiques biopsychosociales observées chez 1832 patients consultant pour des douleurs chroniques dans le service d'algologie du CHU de Liège. *Douleur & Analgésie*, 27, 181-191. doi : 10.1007/s11724-014-0378-8
- Fernet, C., Chanal, J., & Guay, F. (2017). What fuels the fire: job- or task-specific motivation (or both)? On the hierarchical and multidimensional nature of teacher motivation in relation to job burnout. *Work & Stress*, 31, 145-163. doi: 10.1080/02678373.2017.1303758
- Fernet, C., Lavigne, G., Vallerand, R., & Austin, S. (2014). Fired up with passion: investigating how job autonomy and passion predict burnout at career start in teachers. *Work & Stress*, 28, 270-288. doi: 10.1080/02678373.2014.935524
- Fischer, S., Doerr, J., Strahler, J., Mewes, R., Thieme, K., & Nater, U. (2016). Stress exacerbates pain in the everyday lives of women with fibromyalgia syndrome – the role of cortisol and alpha-amylase. *Psychoneuroendocrinology*, 63, 68-77. doi: 10.1016/j.psyneuen.2015.09.018
- Freitas, A., Carneseca, E., Paiva, C., & Paiva, B. (2014). Impact of a physical activity program on the anxiety, depression, occupational stress and burnout syndrome of nursing professionals. *The Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 22, 332-336. doi: 10.1590/0104-1169.33072420
- Friedman, E. (2011). Classification, causes and epidemiology. In E., Friedman, & M., Anderson (Eds). *Handbook of Depression*, pp. 1-10. United-Kingdom, London: Springer.
- Garland, B., Lambert, E., Hogan, N., Kim, B., Kelley, T. (2014). The relationship of affective and continuance organizational commitment with correctional staff occupational burnout: a partial replication and expansion study. *Criminal Justice and Behavior*, 41, 1161-1177. doi: 10.1177/0093854814539683
- Gelonch, O., Garolera, M., Valls, J., Rosselló, L., & Pifarré, J. (2016). Executive function in fibromyalgia: comparing subjective and objective measures. *Comprehensive Psychiatry*, 66, 113-122. doi: 10.1016/j.comppsy.2016.01.002
- Ghiggia, A., Romeo, A., Tesio, V., Di Tella, M., Colonna, F., Geminiani, G., Fusaro, E., Castelli, L. (2017). Alexithymia and depression in patients with fibromyalgia: when the whole is greater than the sum of its parts. *Psychiatry Research*, 255, 195-197. doi : 10.1016/j.psychres.2017.05.045
- Gillet, N., Fouquereau, E., Huyghebaert, T., & Colombat, P. (2016). Effets du soutien organisationnel perçu et des caractéristiques de l'emploi sur l'anxiété au travail et l'épuisement professionnel : le

- rôle médiateur de la satisfaction des besoins psychologiques. *Psychologie française*, 61, 73-81. doi : 10.1016/j.psfr.2014.05.004
- Ginossar, T., Oetzel, J., Hill, R., Avila, M., Archiropoli, A., & Wilcox, B. (2014). HIV health-care providers' burnout: can organizational culture make a difference? *AIDS Care*, 26, 1605-1608. doi: 10.1080/09540121.2014.936819
- Gluschkoff, K., Elovainio, M., Kinnunen, U., Mullola, S., Hintsanen, M., Keltikangas-Jarvinen, L., & Hintsala, T. (2016). Work stress, poor recovery and burnout in teachers. *Occupational Medicine*, 66, 564-570. doi: 10.1093/occme/kqw086
- Gnilka, P., McLaulin, S., Ashby, J., & Allen, C. (2017). Coping resources as mediators of multidimensional perfectionism and burnout. *Consulting Psychology Journal: Practice and Research*, 69, 209-222. doi: 10.1037/epb0000078
- Goering, D., Shimazu, A., Zhou, F., Wada, T., & Sakai, R. (2017). Not if, but how they differ: a meta-analytic test of the nomological networks of burnout and engagement. *Burnout Research*, 5, 21-34. doi: 10.1016/j.burn.2017.05.003
- Goetz, T., Frenzel, A., Hall, N., Nett, U., Pekrun, R., Lipnevich, A. (2014). Types of boredom: an experience sampling approach. *Motivation and Emotion*, 38, 401-419. doi: 10.1007/s11031-013-9385-y
- Gómez-Urquiza, J., Vargas, C., De la Fuente, E., Fernández-Catillo, R., & Cañadas-De la Fuente, G. (2017). Age as a risk factor for burnout syndrome in nursing professionals: a meta-analytic study. *Research in Nursing & Health*, 40, 99-110. doi: 10.1002/nur.21774
- Graeber, D. (2013). *Bullshit Jobs: A theory*, United Kingdom: Penguin.
- Grebot, E., Olivier, M., Berjot, S., Girault-Lidvan, N., & Duprez, M. (2017). Personnalité et activisme professionnel. *Annales Médico-Psychologiques*, 175, 528-535. doi : 10.1016/j.amp.2016.03.021
- Greeke, E., Chua, A., Healy, B., Rintell, D., Chitnis, T., & Glanz, B. (2017). Depression and fatigue in patients with multiple sclerosis. *Journal of Neurological Sciences*, 380, 236-241. doi: 10.1016/j.jns.2017.07.047
- Grossi, G., Perski, A., Walter, O., & Savic, I. (2015). Stress related exhaustion disorder – clinical manifestation of burnout? A review of assessment methods, sleep impairments, cognitive disturbances, and neuro-biological and physiological changes in clinical burnout. *Scandinavian Journal of Psychology*, 56, 626-636. doi: 10.1111/sjop.12251
- Grossi, G., Thomtém, J., Fandiño-Losada, A., Soares, J., & Sundin, O. (2009). Does burnout predict changes in pain experiences among women living in Sweden? A longitudinal study. *Stress and Health*, 25, 297-311. doi: 10.1002/smi.1281
- Guidetti, G., Viotti, S., Gil-Monte, P. & Converso, D. (2017). Feeling guilty or not guilty. Identifying burnout profiles among Italian teachers. *Current Psychology*, 1-12. doi: 10.1007/s12144-016-9556-6
- Guhn, A., Sterzer, P., Haack, F. & Köhler, S. (2018). Affective and cognitive reactivity to mood induction in chronic depression. *Journal of Affective Disorder*, 229, 275-281. doi: 10.1016/j.jad.2017.12.090
- Hakanen, J. & Schaufeli, W. (2012). Do burnout and work engagement predict depressive symptoms and life satisfaction? A three-wave seven-year prospective study. *Journal of Affective Disorders*, 141, 415-424. doi: 10.1016/j.jad.2012.02.043
- Hakanen, J., Schaufeli, W., & Ahola, K. (2008). The job demands-resources model: a three-year cross-lagged study of burnout, depression, commitment, and work engagement. *Work & Stress*, 22, 224-241. doi: 10.1080/02678370802379432

- Halbesleben, J., Neveu, J.-P., Paustian-Underdahl, S., & Westman, M. (2014). Getting to the “COR”: understanding the role of resources in conservation of resources theory. *Journal of Management*, *40*, 1334-1364. doi: 10.1177/0149206314527130
- Hansez, I., & Laurent, J. (2018). *Création de normes pour la version francophone de l'outil « OLBI »*. Document interne. Université de Liège : Unité VALORH.
- Hansez, I., Mairiaux, P., Firket, P., & Braeckman, L. (2010). Recherche sur le Burnout au sein de la population active belge: synthèse du rapport final. Retrieved from: <http://www.emploi.belgique.be/moduleHome.aspx?id=33630>
- Henry, B. (2014). Nursing burnout interventions: What is being done? *Clinical Journal of Oncology Nursing*, *18*, 211-214. doi: 10.1188/14.CJON.211-214
- Hetland, H., Mjeldheim Sandal, G., & Backer Johnsen, T. (2007). Burnout in the information technology sector: does leadership matter. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, *16*, 58-75. doi: 10.1080/13594320601084558
- Hobfoll, S. (1989). Conservation of resources: A new attempt at conceptualizing stress. *American Psychologist*, *44*, 513-524. doi: 10.1037/0003-066X.44.3.513
- Hobfoll, S., Halbesleben, J., Neveu, J.-P., & Westman, M. (2018). Conservation of resources in the organizational context: the reality of resources and their consequences. *Annual Review of Organizational Psychology and Organizational Behavior*, *5*, 10.1-10.26. doi: 10.1146/annurev-orgpsych-032117-104640
- Hobfoll, S., Johnson, R., Ennis, N. & Jackson, A. (2003). Resource loss, resource gain, and emotional outcomes among inner city women. *Journal of Personality and Social Psychology*, *84*, 632-643. doi: 10.1037/0022-3514.84.3.632
- Hoffman, A., Ettinger, U., Reyes del Paso, G., Duschek, S. (2017). Executive function and cardiac autonomic regulation in depressive disorders. *Brain and Cognition*, *118*, 108-117. doi: 10.1016/j.bandc.2017.08.003
- Huang, J., Wang, Y., Wu, G., & You, X. (2016). Crossover of burnout from leaders to followers: a longitudinal study. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, *25*, 849-861. doi: 10.1080/1359432X.2016.1167682
- Huhtala, M., Tolvanen, A., Mauno, S., & Feldt, T. (2015). The associations between ethical organizational culture, burnout, and engagement: a multilevel study. *Journal of Business Psychology*, *30*, 399-414. doi: 10.1007/s10869-014-9369-2
- Inami (2017). Absentéisme pour maladie en incapacité primaire de travail : analyse et facteurs explicatifs – 2010-2015. Retrieved from: http://www.riziv.fgov.be/SiteCollectionDocuments/etude_si_absenteisme_incapacite_primaire_analyse_2010_2015.pdf
- Jason, L., Evans, M., Brown, A., Sunnquist, M., & Newton, J. (2015). Chronic fatigue syndrome versus sudden onset myalgic encephalomyelitis. *Journal of Prevention & Intervention in the Community*, *43*, 62-77. doi: 10.1080/10852352.2014.973233
- Jeffery, D., Bulathsinhala, L., Kroc, M., & Dorris, J. (2014). Prevalence, health care utilization, and costs of fibromyalgia, irritable bowel, and chronic fatigue syndromes in the military health system, 2006-2010. *Military Medicine*, *179*, 1021-1029. doi: 10.7205/MILMED-D-13-00419
- Jensen, M.T. (2016). A two wave cross-lagged study of work-role conflict, work-family conflict and emotional exhaustion. *Scandinavian Journal of Psychology*, *57*, 591-600. doi: 10.1111/sjop.12328

- Jimenez, P. & Dunki, A. (2017). The buffering effect of workplace resources on the relationship between the areas of worklife and burnout. *Frontiers in Psychology*, 8, 12. doi: 10.3399/fpsyg.2017.00012
- Johnston, S., Brenu, E., Staines, D., & Marshall-Gradisnik, S. (2013). The prevalence of chronic fatigue syndrome/myalgic encephalomyelitis : a meta-analysis. *Clinical Epidemiology*, 5, 105-110. doi: 10.2147/CLEP.S39876
- Kakiashvili, T., Leszek, J., & Rutkowski, K. (2013). The medical perspective on burnout. *International Journal of Occupational Medicine and Environmental Health*, 26, 401-412. doi: 10.2478/s13382-013-0093-3
- Karasek, R. (1979). Job demands, job decision latitude, and mental strain: implications for job redesign. *Administrative Science Quarterly*, 24, 285-308. doi: 10.2307/2392498
- Karsavuran, S., & Kaya, S. (2017). The relationship between burnout and mobbing among hospital managers. *Nursing Ethics*, 24, 337-348. doi: 10.1177/0969733015602054
- Kenworthy, J., Fay, C., Frame, M., & Petree, R. (2014). A meta-analytic review of the relationship between emotional dissonance and emotional exhaustion. *Journal of Applied Social Psychology*, 44, 94-105. doi: 10.1111/jasp.12211
- Kibler, M. (2015). Prevent your star performers from losing passion for their work. Harvard Business Review. Retrieved from: <https://hbr.org/2015/01/prevent-your-star-performers-from-losing-passion-in-their-work>
- Kirkegaard, T., & Brinkmann, S. (2015). Rewriting stress: toward a cultural psychology of collective stress at work. *Culture & Psychology*, 21, 81-94. doi: 10.1177/1354067X15568978
- Kleinsorge, T., Diestel, S., Scheil, J., & Niven, K. (2014). Burnout and the fine-tuning of cognitive resources. *Applied Cognitive Psychology*, 28, 274-278. doi: 10.1002/acp.2999
- Koh, M., Chong, P., Neo, P., Ong, Y., Yong, W., Ong, W., Shen, M., & Hum, A. (2015). Burnout, psychological morbidity and use of coping mechanisms among palliative care practitioners: a multi-centre cross-sectional study. *Palliative Medicine*, 29, 633-642. doi : 10.1177/0269216315575850
- Korwin, J.-D., Chiche, L., Banovic, I., Ghali, A., Delliaux, S., Authier, F.-J.,..., Morinet, F. (2016). Le syndrome de fatigue chronique : une nouvelle maladie ? *La revue de médecine interne*, 37, 811-819. doi : 10.1016/j.revmed.2016.05.003
- Kristensen, T., Borritz, M., Villadsen, E., & Christensen, K. (2005). The copenhagen burnout inventory: A new tool for the assessment of burnout. *Work & Stress*, 19, 192-207. doi: 10.1080/02678370500297720
- Kwiatosz-Muc, M., Fijalkowska-Nestorowicz, A., Fijalkowska, M., Aftyka, A., & Kowalczyk, M. (In press). Stress prevalence and stressors among anaesthesiology an intensive care unit workers. A multicentre survey study. *Australian Critical Care*. doi: 10.1016/j.aucc.2017.11.001
- Lal, R.S., & Sing, A.P. (2015). Employee's work stress: review and presenting a comprehensive model. *Journal of Psychosocial Research*, 10, 409-420. Retrieved from: <http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=1&sid=228c6876-aaa3-42bf-a805-e8341d4f2336%40sessionmgr102>
- LaLibre (2016). Après le burn-out, le brown-out guette les travailleurs. Retrieved from: <http://www.lalibre.be/lifestyle/psycho/apres-le-burn-out-le-brown-out-guette-les-travailleurs-580753cadc701ccd4d7d01a5>
- Lanzo, L., Aziz, S., & Wuensch, K. (2015). Workaholism and incivility: stress and psychological capital's role. *International Journal of Workplace Health Management*, 9, 165-183. doi: 10.1108/IJWHM-08-2015-0051

- Laroche, F., & Guérin, J. (2015). Fibromyalgie : où en est-on en 2015 ? *Douleur & Analgésie*, 28, 31-39. doi: 10.1007/s11724-015-0407-2
- Laschinger, H., Fida, R. (2014). A time-lagged analysis of the effect of authentic leadership on workplace bullying, burnout, and occupational turnover intentions. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 23, 739-753. doi: 10.1080/1359432X.2013.804646
- Lastovkova, A., Carder, M., Rasmussen, H.M., Sjoberg, L., de Groene, G., Sauni, R., Vevoda, J., ... & Pelcova, D. (2018). Burnout syndrome as an occupational disease in the European Union: an exploratory study. *Industrial Health*, 56, 160-165. doi: 10.2486/indhealth.2017-0132
- Lee, S.M., Cho, S.H., Kissinger, D., & Ogle, N. (2010). A typology of burnout in professional counselors. *Journal of Counseling and Development*, 88, 131-138. doi: 10.1002/j.1556-6678.2010.tb00001.x
- Lee, R., Hermens, D., Porter, M., & Redoblado-Hodge, M.A. (2012). A meta-analysis of cognitive deficits in first-episode major depressive disorder. *Journal of Affective Disorders*, 140, 113-124. doi: 10.1016/j.jad.2011.10.023
- Leiter, M. (2015). Key worklife areas contributing to health care burnout: reflections on the ORCAB project. *British Journal of Health Psychology*, 20, 223-227. doi: 10.1111/bjhp.12124
- Leiter, M., Bakker, A., & Maslach, C. (2014). The contemporary context of job burnout. In M., Leiter, A., Bakker, C., Maslach (Eds.). *Burnout at Work: a psychological perspective*, pp. 1-9. United States, NY : Psychology Press.
- Leiter, M., & Maslach, C. (2016). Latent burnout profiles: a new approach to understanding the burnout experience. *Burnout Research*, 3, 89-100. doi:10.1016/j.burn.2016.09.001
- Leone, S., Wessely, S., Huibers, M., Knottnerus, A., & Kant, I. (2011). Two sides of the same coin? On the history and phenomenology of chronic fatigue and burnout. *Psychology & Health*, 26, 449-464. doi : 10.1080/08870440903494191
- Lennartsson, A.-K., Billig, H. & Jonsdottir, I., (2014). Burnout is associated with elevated prolactin levels in men but not in women. *Journal of Psychosomatic Research*, 76, 380-383. doi: 10.1016/j.jpsychores.2014.03.007
- Lennartsson, A.-K., Jonsdottir, I., & Sjörs, A. (2016). Low heart rate variability in patients with clinical burnout. *International Journal of psychophysiology*, 110, 171-178. doi: 10.1016/j.ijpsycho.2016.08.005
- Lennartsson, A.-K., Sjörs, A., & Jonsdottir, I. (2015). Indication of attenuated DHEA-s response during acute psychosocial stress in patients with clinical burnout. *Journal of psychosomatic research*, 79, 107-111. doi : 10.1016/j.jpsychores.2015.05.011
- Leroy-Frémont, N., Desrumaux, P., & Moundjiegout, T. (2014). Les effets des demandes au travail et de la justice organisationnelle sur l'épuisement professionnel : quels effets médiateurs du soutien social et de l'estime de soi ? *Pratiques psychologiques*, 20, 231-248. doi : 10.1016/j.prps.2014.09.002
- Lheureux, F., Truchot, D., & Borteyrou, X. (2016). Suicidal tendency, physical health problems and addictive behaviours among general practitioners: their relationship with burnout. *Work & Stress*, 30, 173-192. doi: 10.1080/02678373.2016.1171806
- Li, Y. (2014). Building affective commitment to organization among Chinese university teachers: the roles of organizational justice and job burnout. *Educational Assesment Evaluation and Accountability*, 26, 135-152. doi: 10.1007/s11092-014-9192-3
- Li, A., Early, S., Mahrer, N., Klaristenfeld, J. & Gold, J. (2014). Group cohesion and organizational commitment: protective factors for nurse residents' job satisfaction, compassion fatigue,

- compassion satisfaction, and burnout. *Journal of Professional Nursing*, 30, 89-99. doi: 10.1016/j.profnurs.2013.04.004
- Li, X., Hou, Z.-J., Chi, H.-Y., Liu, J., & Hager, M. (2014). The mediating role of coping in the relationship between subtypes of perfectionism and job burnout: a test of the 2X2 model of perfectionism with employees in China. *Personality and Individual Differences*, 58, 65-70. doi: 10.1016/j.paid.2013.10.007
- Liedberg, G.M., & Björk, M. (2014). Symptoms of subordinated importance in fibromyalgia when differentiating working from non-working women. *Work*, 48, 155-164. doi: 10.3233/WOR-131607
- Lin, Y.-S., Huang, W.-S., Yang, C.-T., & Chiang, M.-J. (2014). Work-leisure conflict and its associations with well-being: the roles of social support, leisure participation and job burnout. *Tourism Management*, 45, 244-252. doi : 10.1016/j.tourman.2014.01.004
- Lukkahatai, N., Walitt, B., Espina, A., Gelio, A., & Saligan, L. (2016). Understanding the association of fatigue with other symptoms of fibromyalgia: development of a cluster model. *Arthritis Care & Research*, 68, 99-107. doi: 10.1002/acr.22626
- Mahmoodi-Shahrehabaki, M. (2017). The effect of perfectionism on burnout among English language teachers: the mediating role of anxiety. *Teachers and Teaching*, 23, 91-105. doi: 10.1080/13540602.2016.1203776
- Mäkikangas, A., Hyvönen, K., & Feldt, T. (2017). The energy and identification continua of burnout and work engagement: developmental profiles over eight years. *Burnout Research*, 5, 44-54. doi: 10.1016/j.burn.2017.04.002
- Mäkikangas, A., & Kinnunen, U. (2016). The person-oriented approach to burnout: a systematic review. *Burnout Research*, 3, 11-23. doi: 10.1016/j.burn.2015.12.002
- Mäkikangas, A., Rantanen, J., Bakker, A., Kinnunen, M.-L., Pulkkinen, L., & Kokko, K. (2015). The circumplex model of occupational well-being: its relation with personality. *Journal for Person-Oriented Research*, 1, 115-129. doi: 10.17505/jpor.2015.13
- Malin, K. & Littlejohn, G. (2016). Psychological factors mediate key symptoms of fibromyalgia through their influence on stress. *Clinical Rheumatology*, 35, 2353-2357. doi: 10.1007/s10067-016-3315-9
- Malinowska, D., & Tokarz, A. (2014). The structure of workaholism and types of workaholic. *Polish Psychological Bulletin*, 45, 211-222. doi: 10.2478/ppb-2014-0027
- Manzano-García, G., & Aveyala-Calvo, J.-C. (2013). New perspectives: towards an integration of the concept « burnout » and its explanatory models. *Anales de psicología*, 29, 800-809. doi : 10.6018/analesps.29.3.145241
- Marchand, A., Juster, R.-P., Durand, P., & Lupien, S. (2014). Burnout symptom sub-types and cortisol profiles: what's burning most? *Psychoneuroendocrinology*, 40, 27-36. doi : 10.1016/j.psychneuen.2013.10.011
- Maricutoiu, L., Sava, F., & Butta, O. (2016). The effectiveness of controlled interventions on employees' burnout: a meta-analysis. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 89, 1-27. doi: 10.1111/joop.12099
- Maslach, C. (2017). Finding solutions to the problem of burnout. *Consulting Psychology Journal: Practice and Research*, 69, 143-152. doi: 10.1037/cpb0000090
- Maslach, C., & Leiter, M. (2008). Early predictors of job burnout and engagement. *Journal of Applied Psychology*, 93, 498-512. doi: 10.1037/0021-9010.93.3.493

- Maslach, C., & Leiter, M. (2016). Burnout. In G. Fink (2016). *Stress: concepts, cognition, emotion, and behavior: Handbook of Stress, Volume 1*. Pp. 351-357. United Kingdom. England: Academic Press
- Maslach, C., & Leiter, M. (2017). New insights into burnout and health care: strategies for improving civility and alleviating burnout. *Medical Teacher*, 39, 160-163. doi : 10.1080/0142159X.2016.1248918
- Mazzetti, G., Schaufeli, W., & Guglielmi, D. (2014). Are workaholics born or made? Relations of workaholism with person characteristics and overwork climate. *International Journal of Stress Management*, 21, 227-254. doi: 10.1037/a0035700
- McCraw, S., & Parker, G. (2017). The prevalence and outcomes of exposure to potentially traumatic stressful life events compared across patients with bipolar disorder and unipolar depression. *Psychiatry Research*, 255, 399-404. doi: 10.1016/j.psychres.2017.06.070
- Mojsa-Kaja, J., Golonka, K., & Marek, T. (2015). Job burnout and engagement among teachers-worklife areas and personality traits as predictors of relationships with work. *International Journal of Occupational Medicine and Environmental Health*, 28, 102-119. doi: 10.13075/ijom.1896.00238
- Molino, M., Bakker, A., & Ghislieri, C. (2016). The role of workaholism in the job demands-resources model. *Anxiety, Stress & Coping*, 29, 400-414. doi: 10.1080/10615806.2015.1070833
- Montero-Marín, J., & García-Campayo, J. (2010). A newer and broader definition of burnout: validation of the « Burnout Clinical Subtype Questionnaire (BCSQ-36)». *BMC Public Health*, 10, 302. doi: 10.1186/1471-2458-10-302
- Montero-Marín, J., Prado-Abril, J., Demarzo, M., Gascon, S., & García-Campayo, J. (2014). Coping with stress and types of burnout: explanatory power of different coping strategies. *Plos ONE*, 9. doi: 10.1371/journal.pone.0089050
- Montero-Marín, J., Tops, M., Manzanera, R., Demarzo, M., Alvarez de Mon, M., & García-Campayo, J. (2015). Mindfulness, resilience, and burnout subtypes in primary care physicians: the possible mediating role of positive and negative affect. *Frontiers in Psychology*, 6, 1895-1902. doi: 10.3389/fpsyg.2015.01895
- Montero-Marín, J., Zubiaga, F., Cereceda, M., Demarzo, M., Trenc, P., & García-Campayo (2016). Burnout subtypes and absence of self-compassion in primary healthcare professionals: a cross-sectional study. *Plos ONE*, 11. doi : 10.1371/journal.pone0157499
- Montgomery, A., Georganta, K., Doulougeri, K., & Panagopoulou, E. (2015). Burnout: Why interventions fail and what can we do differently? In M., Karanika-Murray, & C. Biron (Eds.). *Derailed organizational interventions for stress and well-being: confessions of failure and solutions for success*, pp. 37-44. United States, N-Y: Springer.
- Moritz, S., Göritz, A., McLean, B., & Westermann, S., & Brodbeck, J. (2017). Do depressive symptoms predict paranoia or vice versa? *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 56, 113-121. doi: 10.1016/j.jbtep.2016.10.002
- Nahavandi, K.H. (2018). Calculating sensitivity, specificity and predictive values for medical diagnostic tests. *Gene, Cell and Tissue*, 5, e802720. doi: 10.5812/gct.80270
- Nicol, A., Sieberg, C., Clauw, D., Hassett, A., Moser, S., & Brummett, C. (2016). The association between a history of lifetime traumatic events and pain severity, physical function and affective distress in patients with chronic pain. *The Journal of Pain*, 17, 1334-1348. doi: 10.1016/j.jpain.2016.09.003
- Oerlemans, W., & Bakker, A. (2014). Burnout and daily recovery: a day reconstruction study. *Journal of Occupational Health Psychology*, 19, 303-314. doi: 10.1037/s0036904

- Offenbächer, M., Dezutter, J., Vallejo, M., & Toussaint, L. (2015). The role of Forgiveness in Chronic Pain and fibromyalgia. In L., Toussaint, E., Worthington, & D., Williams (Eds). *Forgiveness and Health: Scientific evidence and theories relating forgiveness to better health*, pp. 123-137, Pays-Bas, Dordrecht : Springer. doi: 10.1007/978-94-017-9993-5
- Ojedokun, O., & Idemudia, E. (2014). Burnout among paramilitary personnel in Nigeria: a perspective from conservation of resources theory. *South African Journal of Psychology*, 44, 106-117. doi: 10.1177/0081246313516256
- Olivares-Faundez, V., Gil-Monte, P., & Figueiredo-Ferraz, H. (2014). The mediating role of feelings of guilt in the relationship between burnout and the consumption of tobacco and alcohol. *Japanese Psychological Research*, 56, 340-348. doi: 10.1111/jpr.12058
- Onder, C., & Basim, N. (2008). Examination of developmental models of occupational burnout using burnout profiles of nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 64, 514-523. doi: 10.1111/j.1365-2648.2008.04818.x
- Oosterholt, B., Maes, J., Van der Linden, D., Verbraak, M., & Kompier, M. (2014). Cognitive performance in both clinical and non-clinical burnout. *Stress*, 17, 400-409. doi: 10.3109/10253890.2014.949668
- Oosterholt, B., Maes, J., Van der Linden, D., Verbraak, M., & Kompier, M. (2015). Burnout and cortisol: evidence for a lower cortisol awakening response in both clinical and non-clinical burnout. *Journal of Psychosomatic Research*, 78, 445-451. doi: 10.1016/j.jpsychores.2014.11.003
- Oosterholt, B., Maes, J., Van der Linden, D., Verbraak, M., & Kompier, M. (2016). Getting better, but not well: a 1.5 year follow-up of cognitive performance and cortisol levels in clinical and non-clinical burnout. *Biological Psychology*, 117, 89-99. doi: 10.1016/j.biopsycho.2016.02.009
- Oosterholt, B., Van der Linden, D., Maes, J., Verbraak, M., & Kompier, M. (2012). Burned out cognition: cognitive functioning of burnout patients before and after a period with psychological treatment. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, 38, 358-369. doi: 10.5271/sjweh.3256
- Orosz, A., Federspiel, A., Haisch, S., Seeher, C., Dierks, T., & Cattapan, K. (2017). A biological perspective on differences and similarities between burnout and depression. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 73, 112-122. doi: 10.1016/j.neubiorev.2016.12.005
- World Health Organization (WHO) (2017). Depression and other common mental disorders: global Health Estimates. Geneva, Switzerland: WHO Document Production Services. Retrieved from: http://www.who.int/mental_health/management/depression/prevalence_global_health_estimates/en/
- Park, H., Jacob, A., Wagner, S., & Baiden, M. (2014). Job control and burnout: a meta-analytic test of conservation of resources model. *Applied Psychology*, 63, 607-642. doi: 10.1111/apps.12008
- Pasqual Marques, A., de Sousa do Espírito Santo, A., Assumpção Berssaneti, A., Akemi Matsutani, L., King Yuan, S.L. (2017). Prevalence of fibromyalgia: literature review update. *Revista Brasileira de reumatologica*, 57, 356-363. doi: 10.1016/j.rbre.2017.01.005
- Paykel, E. (2008). State of the art: basic concepts of depression. *Dialogues in clinical neuroscience*, 10, 279-289. Retrieved from : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3181879/>
- Périlleux, T., & Vendramin, P. (2017). Le travail est-il devenu insoutenable ? Sociétés en changements, 1, 1-8. Retrieved from : <https://uclouvain.be/fr/instituts-recherche/iacchos/societes-en-changement-notes.html>
- Pines, A., & Zaidman, N. (2014). Stress and burnout in bicultural teams in hi-tech industry. *British Journal of Management*, 25, 819-832. doi: 10.1111/1467-8551.12056.

- Queiroz, L.P. (2013). Worldwide Epidemiology of Fibromyalgia. *Current Pain Headache Reports*, 17, 356. doi: 10.1007/s11916-013-0356-5
- Quigley, L., Wen, A., & Dobson, K. (2017). Avoidance and depression vulnerability: an examination of avoidance in remitted and currently depressed individuals. *Behaviour Research and Therapy*, 97, 183-188. doi: 10.1016/j.brat.2017.07.015
- Rawolle, M., Wallis, M., Badham, R., & Kehr, H. (2016). No fit, no fun: the effect of motive incongruence on job burnout and the mediating role of intrinsic motivation. *Personality and Individual Differences*, 89, 65-68. doi: 10.1016/j.paid.2015.09.030
- Ray, T., Kenigsberg, T.A., & Pana-Cryan, R. (2017). Employment arrangement, job stress, and health-related quality of life. *Safety Science*, 100, 46-56. doi: 10.1016/j.ssci.2017.05.003
- Read, J., Sharpe, L., Modini, M., & Dear, B. (2017). Multimorbidity and depression: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 221, 36-46. doi: 10.1016/j.jad.2017.06.009
- Reis, D., Xanthopoulou, D. & Tsaousis, I. (2015). Measuring job and academic burnout with the Oldenburg Burnout Inventory (OLBI): Factorial invariance across samples and countries. *Burnout Research*, 2, 8-18. doi : 10.1016/j.burn.2014.11.001
- Rimes, K., Ashcroft, J., Bryan, L., & Chalder, T. (2016). Emotional suppression in chronic fatigue syndrome: experimental study. *Health Psychology*, 35, 979-986. doi: 10.1037/hea0000341
- Rouxel, G., Michinov, E., & Dodeler, V. (2016). The influence of work characteristics, emotional display rules and affectivity on burnout and job satisfaction: a survey among geriatric care workers. *International Journal of Nursing Studies*, 62, 81-89. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2016.07.010
- Rupert, P., Miller, A., & Dorociak, K. (2015). Preventing burnout: what does the research tell us? *Professional Psychology: research and practice*, 46, 168-174. doi: 10.1037/a0039297
- Rush, J. (2007). The varied clinical presentations of major depressive disorder. *Clinical Psychiatry*, 68, 4-10.
- Sahar, K., Thomas, S., & Clarke, S. (2016). Adjustment to fibromyalgia: the role of domain-specific self-efficacy and acceptance. *Australian Journal of Psychology*, 68, 29-37. doi: 10.1111/ajpy.12089
- Saijo, Y., Chiba, S., Yoshioka, E., Kawanishi, Y., Nakagi, Y., Itoh, T.,..., Yoshida, T. (2014). Effects of work burden, job strain and support on depressive symptoms and burnout among Japanese physicians. *International Journal of Occupational Medicine and Environmental Health*, 27, 980-992. doi: 10.2478/s13382-014-0324-2.
- Salami, S., & Ajitoni, S. (2016). Job characteristics and burnout: the moderating roles of emotional intelligence, motivation and pay among bank employees. *International Journal of Psychology*, 51, 375-382. doi: 10.1002/ijop.12180
- Salanova, M., Del Libano, M., Llorens, S., & Schaufeli, W. (2014). Engaged, Workaholic, Burned-out or just 9-to-5 ? Toward a typology of employee well-being. *Stress Health*, 30, 71-81. doi: 10.1002/smi.2499
- 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 and Adolescence*, 38, 1316-1327. doi: 10.1007/s10964-008-9334-3
- Salvagioni, D., Melanda, F., Mesas, A., Gonzalez, A., Gabani, F., & de Andrade, S. (2017). Physical, psychological and occupational consequences of job burnout: a systematic review of prospective studies. *PLoS ONE*, 12. doi : 10.1371/journal.pone.0185781

- Sassi, N., & Neveu, J.-P. (2010). Traduction et validation d'une nouvelle mesure d'épuisement professionnel : le Shirom-Melamed Burnout Measure. *Canadian Journal of Behavioral Science*, *42*, 177-184. doi: 10.1037/a0017700
- Schaufeli, W. (2017). Burnout: a short socio-cultural history. In S., Neckel, A.K., Schaffner & G., Wagner (Eds.). *Burnout, Fatigue, Exhaustion: an interdisciplinary perspective on a modern affliction*. Pp. 105-128. Switzerland, Cham: Springer Nature.
- Schaufeli, W., & Bakker, A. (2004). Job demands, job resources, and their relationship with burnout and engagement: a multi-sample study. *Journal of Organizational Behavior*, *25*, 293-315. doi: 10.1002/job.248
- Schaufeli, W.B., De Witte, H. & Desart, S. (2019). *Handleiding Burnout Assessment Tool (BAT)*. KU Leuven, België: Intern rapport.
- Schaufeli, W., & van Dierendonck, D. (1993). The construct validity of two burnout measures. *Journal of Organizational Behavior*, *14*, 631-647. doi: 10.1002/job.4030140703
- Schaufeli, W., & Salanova, M. (2014). Burnout, boredom and engagement in the workplace. In M., Peeters, J., de Jonge, & T., Taris (Eds). *An introduction to contemporary work Psychology*, pp. 293-320. United States, New Jersey: John Wiley & Sons.
- Schneider, A., Hilbert, S., Hamann, J., Skadsem, S., Glaser, J., Löwe, B., & Bühner, M. (2017). The implications of psychological symptoms for length of sick leave. *Deutsch Arzteblatt international*, *114*, 291-297. doi: 10.3238/arztebl.2017.0291
- Schouteten, R. (2017). Predicting absenteeism: screening for work ability or burnout. *Occupational Medicine*, *67*, 52-57. doi:10.1093/occmed/kqw161
- Securex (2015). L'absentéisme en 2015. Retrieved from: <http://www.securex.be/fr/detail-page/White-paper---Labsentisme-en-2015/>
- Service public fédéral: Santé Publique, Sécurité de la Chaîne Alimentaire et Environnement (2018). Statistiques annuelles des professionnels des soins de santé en Belgique. Retrieved from: <https://organesdeconcertation.sante.belgique.be/fr/documents/hwf-statan-2017-statistiques-detaillees>
- Shimazu, A., Schaufeli, W., Kamiyama, K., & Kawakami, N. (2015). Workaholism vs. Work engagement: the two different predictors of future well-being and performance. *International Journal of Behavioral Medicine*, *22*, 18-23. doi: 10.1007/s12529-014-9410-x
- Shi, X., & Zhang, L. (2017). Effects of altruism and burnout on driving behavior of bus drivers. *Accident Analysis & Prevention*, *102*, 110-115. <https://doi.org/10.1016/j.aap.2017.02.025>
- Shin, H., Noh, H., Jang, Y., Yang, M.P., & Lee, M.L. (2012). A longitudinal examination of the relationship between teacher burnout and depression. *Journal of employment counseling*, *50*, 124-137. doi: 10.1002/j.2161-1920.2013.00031.x
- Shin, H., Park, Y.M., Ying, J.Y., Kim, B., Noh, H., & Lee, S.M. (2014). Relationships between coping strategies and burnout symptoms: a meta-analytic approach. *Professional Psychology: research and practice*, *45*, 44-56. doi: 10.1037/a0035220
- Shirom, A. (2005). Reflections on the study of burnout: the views expressed in work & stress commentaries are those of the author(s), and do not necessarily represent those of any other person or organization, or of the journal. *Work & Stress*, *19*, 263-270. doi: 10.1080/02678370500376649
- Shoji, K., Cieslak, R., Smoktunowicz, E., Rogala, A., Benight, C., & Luszczinska, A. (2016). Associations between job burnout and self-efficacy: a meta-analysis. *Anxiety, Stress & Coping*, *29*, 367-386, doi: 10.1080/10615806.2015.1058369

- Siegrist, J. (1996). Adverse health effects of high-effort/low-reward conditions. *Journal of Occupational Health Psychology, 1*, 27-41. doi: 10.1037/1076-8998.1.1.27
- Siegrist, J. (2016). A theoretical model in the context of economic globalization. In J., Siegrist, & Wahrendorf, M. (Eds). *Work Stress and Health in a Globalized Economy: The Model of Effort-Reward Imbalance*, pp. 3-20. Switzerland, Cham : Springer. doi: 10.1007/978-3-319-32937-6
- Silvia, P., Mironovova, Z., McHone, A., Sperry, S., Harper, K., Kwapil, T., & Eddington, K. (2016). Do depressive symptoms « blunt » effort ? An analysis of cardiac engagement and withdrawal for an increasingly difficult task. *Biological Psychology, 118*, 52-60. doi: 10.1016/j.biopsycho.2016.04.068
- Sokka, L., Leinikka, M., Korpela, J., Henelius, A., Lukander, J., Pakarinen, S., Alho, K., & Huottilainen, M. (2017). Shifting of attentional set is inadequate in severe burnout: evidence from an event-related potential study. *International Journal of Psychophysiology, 112*, 70-79. doi: 10.1016/j.ijpsycho.2016.12.004
- Solidaris (2012). Rapport de recherché: Le stress au travail: si on attaquait le mal à la racine. Retrieved from : http://www.institut-solidaris.be/wp-content/uploads/2016/04/Therm2_versiondef.pdf
- Son, S., Kim, D.-Y., & Kim, M. (2014). How perceived interpersonal justice relates to job burnout and intention to leave: the role of leader-member exchange and cognition-based trust in leaders. *Asian Journal of Social Psychology, 17*, 12-24. doi: 10.1111/ajsp.12038
- Sonnentag, S. (2017). A task-level perspective on work engagement: a new approach that helps to differentiate the concepts of engagement and burnout. *Burnout Research, 5*, 12-20. doi: 10.1016/j.burn.2017.04.001
- Spurk, D., Hirschi, A., & Kauffeld, S. (2016). A new perspective on the etiology of workaholism: the role of personal and contextual career-related antecedents. *Journal of Career Assessment, 24*, 747-764. doi: 10.1177/1069072715616127
- Stadje, R., Dornieden, K., Becker, A., Biroga, T., Bösner, S., Haasenritter, J.,..., Donner-Banzhoff, N. (2016). The differential diagnosis of tiredness a systematic review. *BMC Family Practice, 17*, 147. doi: 10.1186/s12875-016-0545-5
- Stange, J., Hamilton, J., Fresco, D., & Alloy, L. (2017). Perseverate or decenter? Differential effects of metacognition on the relationship between parasympathetic inflexibility and symptoms of depression in a multi-wave study. *Behaviour Research and Therapy, 97*, 123-133. doi: 10.1016/j.brat.2017.07.007
- Sulea, C., Beek, I., Sarbescu, P., Birga, D., & Schaufeli, W. (2015). Engagement, boredom, and burnout among students: basic need satisfaction matters more than personality traits. *Learning and Individual Differences, 42*, 132-138. doi: 10.1016/j.jindif.2015.08.018
- Svedberg, P., Hallsten, L., Narusyte, J., Bodin, L., & Blom, V. (2016). Genetic and environmental influences on the association between performance-based self-esteem and exhaustion: a study of the self-worth notion of burnout. *Scandinavian Journal of Psychology, 57*, 419-426. doi: 10.1111/sjop.12309
- Szczepanik, J., Furey, M., Nugent, A., Henter, I., Zarate, C., & Lejuez, C. (2017). Altered interaction with environmental reinforcers in major depressive disorder: relationship to anhedonia. *Behaviour Research and Therapy, 97*, 170-177. doi: 10.1016/j.brat.2017.08.003
- Tartakovsky, E. (2016). Personal value preferences and burnout of social workers. *Journal of Social Work, 16*, 657-673. doi: 10.1177/1468017315589872
- Taylor, N., & Millear, P. (2016). The contribution of mindfulness to predicting burnout in the workplace. *Personality and Individual Differences, 89*, 123-128. doi: 10.1016/j.paid.2015.10.005

- Teoharides, T., Tsilioni, I., Arbetman, L., Panagiotidou, S., Stewart, J., Gleason, R., & Russell, I. (2015). *The journal of Pharmacology and Experimental Therapeutics*, 355, 255-263. doi: 10.1124/jpet.115.227298
- Ter Hoeven, C., Zoonen, W., & Fonner, K. (2016). The practical paradox of technology: the influence of communication technology use on employee burnout and engagement. *Communication Monographs*, 83, 239-263. doi: 10.1080/03637751.2015.1133920
- Thuynsma, C., & de Beer, L. (2017). Burnout, depressive symptoms, job demands and satisfaction with life : discriminant validity and explained variance. *South African Journal of Psychology*, 47, 46-59. doi: 10.1177/0081246316638564
- Tikkanen, L., Pyhältö, K., Pietarinen, J., & Soini, T. (2017). Interrelations between principals' risk of burnout and profiles and proactive self-regulation strategies. *Social Psychology of Education*, 20, 259-274. doi: 10.1007/s11218-017-9379-9
- Tims, M., Bakker, A., & Derks, D. (2012). Development and validation of the job crafting scale. *Journal of Vocational Behavior*, 80, 173-186. doi: 10.1016/j.jvb.2011.05.009
- Toker, S., & Biron, M. (2012). Job burnout and depression: Unraveling their temporal relationship and considering the role of physical activity. *Journal of Applied Psychology*, 97, 699-710. doi: 10.1037/s0026914
- Underhill, R.A. (2015). Myalgic encephalomyelitis, chronic fatigue syndrome : an infectious disease. *Medical Hypotheses*, 85, 765-773. doi: 10.1016/j.mehy.2015.120.011
- Van Dierendonck, D., Schaufeli, W., & Buunk, B. (2001). Burnout and inequity among human service professionals: a longitudinal study. *Journal of Occupational Health Psychology*, 6, 43-52. doi : 10.1037/1076-8998.6.1.43
- Van Droogenbroeck, F., Spruyt, B., & Vanroelen, C. (2014). Burnout among senior teachers : investigating the role of workload and interpersonal relationships at work. *Teaching and teacher education*, 43, 99-109. Doi:10.1016/j.tate.2014.07.005
- Van Wijhe, C., Peeters, M., & Schaufeli, W. (2014). Enough is enough: cognitive antecedents of workaholism and its aftermath. *Human Resource Management*, 53, 157-177. doi: 10.1002/hrm.21573
- van Woerkom, M., Nishii, L., & Bakker, A. (2016). Accumulative job demands and support for strength use: fine-tuning the job demands-resources model using conservation of resources theory. *Journal of Applied Psychology*, 101, 141-150. doi: 10.1037/apl0000033
- Vandevala, T., Pavey, L., Chelidoni, O., Chang, N.-F., Creagh-Brown, B., & Cox, A. (2017). Psychological rumination and recovery from work in intensive care professionals: associations with stress, burnout, depression and health. *Journal of Intensive Care*, 5, 16. doi: 10.1186/s40560-017-0209-0
- Vanheule, S., Rosseel, Y., Vlerick, P., Van de Ven, P., & Declercq, F. (2012). Onderzoeknotitie : De factoriële validiteit en meetinvariantie van de Utrechtse Burnout Schaal: Algemene versie (UBOS-A). *Gedrag & Organisatie*, 25, 192-201. Retrieved from [http://users.ugent.be/~bvdeven/05%20Vanheule,%20Rosseel,%20Vlerick,%20Van%20de%20Ven%20&%20Declercq%20\(2012\)%20-%20G&O.pdf](http://users.ugent.be/~bvdeven/05%20Vanheule,%20Rosseel,%20Vlerick,%20Van%20de%20Ven%20&%20Declercq%20(2012)%20-%20G&O.pdf)
- Varinen, A., Kosunen, E., Mattila, K., Koskela, T., & Sumanen, M. (2017). The relationship between childhood adversities and fibromyalgia in the general population. *Journal of Psychosomatic Research*, 99, 137-142. doi: 10.1016/j.jpsychores.2017.06.011
- Veage, S., Ciarrochi, J., Deane, F., Andresen, R., Oades, L., & Crowe, T. (2014). Value congruence, importance and success and in the workplace: links with well-being and burnout amongst mental

- health practitioners. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 3, 258-264. doi: 10.1016/j.jcbs.2014.06.004
- Wagaman, A., Geiger, J., Shokley, C., & Segal, E. (2015). The role of empathy in burnout, compassion satisfaction, and secondary traumatic stress among social workers. *Social Work*, 60, 201-209. doi : 10..1093/sw/swv014
- Wahrendorf, M., & Chandola, T. (2016). A life course perspective on work stress and health. In J., Siegrist, & Wahrendorf, M. (Eds). *Work Stress and Health in a Globalized Economy: The Model of Effort-Reward Imbalance*, pp. 43-66. Switzerland, Cham: Springer. doi: 10.1007/978-3-319-32937-6
- Wang, H., Hall, N., & Rahimi, S. (2015). Self-efficacy and causal attributions in teachers: effects on burnout, job satisfaction, illness, and quitting intentions. *Teaching and Teacher Education*, 47, 120-130. doi: 10.1016/j.tate.2014.12.005
- Weigl, M., Stab, N., Herms, I., Angerer, P., Hacker, W., & Glaser, J. (2016). The associations of supervisor support and work overload with burnout and depression: a cross-sectional study in two nursing settings. *Journal of Advanced Nursing*, 72, 1774-1788. doi: 10.1111/jan.12948
- Wilski, M., Chmielewski, B., & Tomczak, M. (2015). Work locus of control and burnout in polish physiotherapists: the mediating effect of coping styles. *International Journal of Occupational Medicine and Environmental Health*, 28, 875-889. doi: 10.13075/ijomeh.1896.00287
- Winer, S., Bryant, J., Bartoszek, G., Rojas, E., Nadorff, M., & Kilgore, J. (2017). Mapping the relationship between anxiety, anhedonia and depression. *Journal of Affective Disorders*, 221, 289-296. doi: 10.1016/j.jad.2017.06.006
- Winstanley, S., & Hales, L. (2015). A preliminary study of burnout in residential social workers experiencing workplace aggression: might it be cyclical ? *British Journal of Social Work*, 45, 24-33. doi: 10.1093/bjsw/bcu036
- Wisetborisut, A., Angkurawaranon, C., Jiraporncharoen, W., Uaphanthasath, R., & Wiwatanadate, P. (2014). Shift work and burnout among health care workers. *Occupational Medicine*, 64, 279-286. doi: 10.1039/ocmed/kqu009
- Wojdyio, K. (2015). “Workaholism” does not always mean workaholism? – About the controversial nomenclature in the research on work addiction. *Polisch Psychological Bulletin*, 46, 133-136. doi: 10.1515/ppb-2015-0017
- Wolfe, F., Clauw, D., Fitzcharles, M.-A., Goldenberg, D., Katz, R., Mease, Russell, A., ..., Yunus, M. (2010). The american college of rheumatology preliminary diagnostic criteria for fibromyalgia and measurement of symptom severity. *Arthritis Care & Research*, 62, 600-610. doi: 10.1002/acr.20140
- Wu, Y.-L., Chang, L.-Y., Lee, H.-C., Fang, S.-C., & Tsai, P.-S. (2017). Sleep disturbances in fibromyalgia: a meta-analysis of case-control studies. *Journal of Psychosomatic Research*, 96, 89-97. doi: 10.1016/j.jpsychores.2017.03.011
- Yang, S., Meredith, P., & Khan, A. (2017). Is mindfulness associated with stress and burnout among mental health professionals in Singapore? *Psychology, Health & Medicine*, 22, 673-679. doi: 10.1080/13548506.2016.1220595
- Zhou, F.-C., Wang, Y.-Y., Zheng, W., Zhang, Q., Ungvari, G., Ng, C., Zhang, J., & Xiang, Y.-T. (2017). Prospective memory deficits in patients with depression: a meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 220, 79-85. doi: 10.1016/j.jad.2017.05.042