



**Conseil  
Supérieur de la Santé**

## **BURNOUT ET TRAVAIL**

**SEPTEMBRE 2017  
CSS N° 9339**



**.be**



**Conseil  
Supérieur de la Santé**

## **BURNOUT ET TRAVAIL**

**SEPTEMBRE 2017**

**CSS N° 9339**

In this scientific advisory report on public health policy, the Superior Health Council of Belgium provides the Belgian authorities with specific recommendations on prevention and treatment of burnout and on profile of competences for professionals.

## DROITS D'AUTEUR

Service public Fédéral de la Santé publique, de la Sécurité  
de la Chaîne alimentaire et de l'Environnement

### **Conseil Supérieur de la Santé**

Place Victor Horta 40 bte 10  
B-1060 Bruxelles

Tél.: 02/524 97 97

E-mail: [info.hgr-css@health.belgium.be](mailto:info.hgr-css@health.belgium.be)

Tous droits d'auteur réservés.

Veillez citer cette publication de la façon suivante:

Conseil Supérieur de la Santé. Burnout et travail. Bruxelles:  
CSS; 2017. Avis n° 9339.

La version intégrale de l'avis peut être téléchargés à partir  
de la page web: [www.css-hgr.be](http://www.css-hgr.be)

Cette publication ne peut être vendue



## **AVIS DU CONSEIL SUPERIEUR DE LA SANTE N° 9339**

### **Burnout et travail**

In this scientific advisory report on public health policy, the Superior Health Council of Belgium provides the Belgian authorities with specific recommendations on prevention and treatment of burnout and on profile of competences for professionals.

Version validée au Collège de  
Septembre 2017<sup>1</sup>

### **RESUME**

Les maladies psychosociales constituent un problème de santé publique majeur, et participent à l'augmentation importante des maladies de longue durée que l'on constate actuellement. Il est donc essentiel d'avoir à leur égard des stratégies de prévention et d'intervention efficaces. Parmi ces problématiques, le burnout a la particularité de ne pas être inscrit dans les classifications et de ne pas encore avoir de critères diagnostiques officiels. Par ailleurs, il doit être appréhendé autant par le monde médical que professionnel puisqu'il est lié au contexte professionnel.

Le Conseil Supérieur de la Santé (CSS) a donc décidé d'élaborer un avis qui vise à mieux définir la notion de burnout, à donner des recommandations concernant son évaluation et sa prise en charge, et à déterminer les besoins en formation et le profil de compétences des professionnels de la santé qui vont accompagner ces travailleurs détectés comme étant en souffrance à cause de leur travail.

Le burnout est ainsi défini comme un épuisement résultant du manque (prolongé) de réciprocité entre l'investissement et ce qui est reçu en retour. Cet épuisement a un impact sur le contrôle des émotions et des cognitions, ce qui provoque aussi des changements dans les comportements et les attitudes (prise de distance), et résulte en un sentiment d'inefficacité professionnelle.

Pour la prévention du burnout, le CSS recommande d'abord de réfléchir à un changement dans le modèle de société (modèle de la performance), auquel le burnout est largement lié. Il faudrait une organisation du travail plus « soutenable », qui se recentrerait sur la qualité du travail et renforcerait la perspective du parcours de vie des individus.

La prévention (primaire, secondaire et tertiaire) du burnout passe par ailleurs principalement par des interventions au niveau de l'organisation.

Pour détecter de manière précoce les situations à risque et adapter les stratégies de prévention, le médecin du travail et le conseiller en prévention pour les aspects psychosociaux peuvent s'appuyer sur plusieurs signaux collectifs (absentéisme, turnover etc.) et individuels (fatigue, difficultés de concentration etc.).

Les conditions de travail doivent être améliorées en agissant sur les ressources (soutien social, variété des tâches, reconnaissance, etc.) et les contraintes (charge de travail, conflits de rôle, interférences avec la vie privée, etc.) dont le déséquilibre peut mener au burnout.

<sup>1</sup> De Raad behoudt zich het recht voor om in dit document op elk moment kleine typografische verbeteringen aan te brengen. Verbeteringen die de betekenis wijzigen, worden echter automatisch in een erratum opgenomen. In dergelijk geval wordt een nieuwe versie van het advies uitgebracht.

En complément de ces actions visant les facteurs de risque organisationnels, les organisations peuvent aussi mettre en place des actions auprès des individus, afin de développer leurs compétences et aptitudes.

Vu l'absence de critère diagnostique officiellement reconnu, le diagnostic du burnout se fait par exclusion d'autres pathologies physiques et psychiques (notamment la dépression), sur base d'un entretien clinique (anamnèse, observation des symptômes) et, éventuellement d'instruments de mesure. Il n'existe cependant actuellement pas d'instrument validé permettant d'établir le diagnostic. La littérature a également montré qu'il n'y avait pas de biomarqueur du burnout.

Le traitement du burnout passe quant à lui le plus souvent par un arrêt de travail, dont la durée dépendra de l'état de santé du travailleur. Il comporte trois étapes : la crise, la phase d'identification des solutions, et la phase de l'application des solutions. La prise en charge, non médicamenteuse, visera, par des interventions psychothérapeutiques, la réduction des symptômes et la réinsertion professionnelle.

Le retour au travail doit quant à lui être progressif et préparé, avec une adaptation du milieu professionnel et un dispositif d'accompagnement personnalisé et transparent.

Le diagnostic et l'accompagnement doivent se faire par un ou des professionnels de la santé formés à cet effet (en-dehors du milieu professionnel), c'est-à-dire possédant une expertise clinique couplée à une connaissance du milieu du travail (clinique du travail et psychologie clinique). Les compétences de ce professionnel sont définies dans l'avis. Une collaboration étroite entre le milieu professionnel (médecine du travail, conseiller en prévention aspects psychosociaux) et les soins de santé peut être importante dès les premiers signes de souffrance et jusqu'au retour au travail, pour que l'accompagnement individuel soit associé à des changements au niveau de l'environnement de travail.

Le *feedback* de l'intervenant sera par ailleurs aussi important à prendre en compte pour adapter la prévention primaire dans l'organisation.

#### Mots clés

Keywords	<a href="#">Mesh terms</a> *	Sleutelwoorden	Mots clés	Stichwörter
Burnout	Burnout, Professional	Burnout	Burnout	Burnout
Definition		Definitie	Définition	Definition
Primary Prevention	Primary Prevention	Primaire preventie	Prévention primaire	Primärprävention
Secondary Prevention	Secondary Prevention	Secundaire preventie	Prévention secondaire	Sekundärprävention
Tertiary Prevention	Tertiary Prevention	Tertiaire preventie	Prévention tertiaire	Tertiärprävention
Diagnosis	Diagnosis	diagnose	Diagnostic	Diagnose
Return to Work	Return to Work	Werkhervatting	Retour au travail	Berufsrückkehr
Competency		Competentie	Compétence	Kompetenz
Education		Opleiding	Formation	Ausbildung

\* MeSH (Medical Subject Headings) is the NLM controlled vocabulary thesaurus used for indexing articles for PubMed.

## TABLE DES MATIERES

1. INTRODUCTION ET QUESTION .....	4
2. ELABORATION ET ARGUMENTATION.....	6
2.1 Méthodologie .....	6
2.2 Elaboration .....	7
2.2.1 Définition du burnout.....	7
2.2.1.1 Historique et définitions issues de la littérature .....	7
2.2.1.2 Manifestations cliniques.....	10
2.2.1.3 Définition du burnout.....	11
2.2.2 Processus physiologique .....	11
2.2.3 Diagnostic.....	12
2.2.3.1 Diagnostic différentiel .....	12
2.2.3.2 Procédure diagnostique.....	14
2.2.4 Prévalence .....	15
2.2.5 Facteurs de risque.....	16
2.2.5.1 Facteurs sociétaux .....	16
2.2.5.2 Facteurs liés au travail.....	17
2.2.5.3 Facteurs liés à l'individu.....	19
2.2.6 Interventions.....	20
2.2.6.1 Prévention primaire et secondaire .....	20
2.2.6.2 Prévention tertiaire .....	24
2.2.7 Pronostic .....	31
2.2.8 Formation des intervenants professionnels de santé .....	31
2.2.8.1 Introduction.....	31
2.2.8.2 Aperçu des formations sur la prise en charge du burnout .....	32
2.2.8.3 Compétences des intervenants dans la littérature .....	32
2.2.8.4 Profil de compétences .....	33
3. CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS.....	35
4. REFERENCES .....	37
5. ANNEXES .....	42
6. COMPOSITION DU GROUPE DE TRAVAIL .....	47
<b>Au sujet du Conseil Supérieur de la Santé (CSS).....</b>	<b>Erreur ! Signet non défini.</b>

## ABREVIATIONS ET SYMBOLES

CIM	Classification Internationale des Maladies
CSS	Conseil Supérieur de la Santé
DSM	Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux
HAS	Haute Autorité de Santé ( France)
KCE	Centre fédéral d'expertise des soins de santé
MBI	Maslach, Burnout Inventory
SPF ETCS	Service Public Fédéral Emploi, Travail et Concertation Sociale
UBOS	Utrechtse Burnout Schaal

### 1. INTRODUCTION ET QUESTION

Les problèmes de santé mentale représentent actuellement l'une des plus importantes causes d'absence au travail. Ce type de pathologie, dont la fréquence s'accroît ces dernières années, entraîne souvent de longues périodes d'invalidité et un risque de rechute important. Selon l'institut national d'assurance maladie-invalidité (INAMI), les invalidités pour des troubles mentaux représentaient ainsi en 2014 35 % du total des invalidités, et expliquaient en partie l'augmentation considérable du nombre d'invalides ces dernières années (plus de 25% d'augmentation entre 2010 et 2015). En 2016, on dénombrait encore 20.000 invalidités de longue durée de plus qu'en 2015.

Or, le stress, le harcèlement moral et le burnout ont de plus en plus d'impact sur la santé, et sont générateurs de détresses psychologiques voire de pathologies mentales (ILO, 2000). Selon l'Agence européenne pour la santé et la sécurité au travail, le stress serait par ailleurs le deuxième problème de santé le plus répandu dans le monde du travail. En Belgique, 32,7 % des travailleurs déclarent ressentir un stress lié au travail pendant la plus grande partie ou la totalité de leur temps de travail (European Working Conditions Survey 2015). D'après certains auteurs (Davies et Teasdale, 1994; Levi et Lunde-Jensen, 1996), 10 % des maladies professionnelles seraient liées au stress. L'étude Belstress a également montré que le stress serait à l'origine de 50 à 60 % de l'absentéisme. Selon l'Observatoire européen des conditions de travail, les congés de maladies de longue durée occasionnés par des troubles mentaux, y compris le stress, ont ainsi augmenté de 74 % en Allemagne entre 1995 et 2002 (Dewa et al., 2011). Dans les pays Scandinaves, les absences liées au stress ont augmenté entre 2010 et 2015 de 119 % (communication personnelle de Kristina Alexanderson à Elke Van Hoof le 05.06.2017<sup>2</sup>).

Par ailleurs, le burnout résulte souvent en de l'absentéisme et du présentéisme (Wallace et al., 2009 ; Embriaco et al., 2007 ; Moors et al., 2001 ; Peterson et al., 2008). Il faut également tenir compte du risque de suicide : Trontin et al. (2009) estiment par exemple qu'il y a un suicide professionnel par jour en France.

Ces problèmes représentent donc des coûts énormes, tant en termes de souffrance humaine qu'en termes de réduction des performances économiques. Selon une enquête de l'Agence européenne pour la santé et la sécurité au travail (EU-OSHA, 2014), le stress lié au travail coûterait ainsi chaque année 25.4 milliards € dans l'Union Européenne. Le projet européen Matrix (2013) a quant à lui estimé à 617 milliards € par an le coût des dépressions liées au travail en Europe (en incluant le présentéisme et l'absentéisme, la perte de productivité, les frais de santé et les indemnités d'incapacités. Ce projet a aussi montré que chaque euro dépensé dans un programme de promotion et de prévention (améliorations de l'environnement de travail, gestion du stress et traitements psychologiques) génère un bénéfice économique net de 10,25€.

---

<sup>2</sup>Le mail est à disposition auprès du CSS

Le burnout est en effet largement lié au contexte professionnel, à l'organisation du travail. C'est le contexte organisationnel et sociétal qui fait émerger cette problématique (le burnout pourrait être vu comme une réaction normale à un contexte pathologique). Plusieurs études ont bien démontré ce lien direct entre certaines dimensions de l'organisation du travail et la santé psychologique des personnes (Karasek & Theorell, 1990 ; Vézina et al., 2011). Il est donc essentiel que toutes les parties prenantes (et notamment les employeurs) comprennent bien leur rôle dans l'apparition du burnout, afin de pouvoir d'une part limiter la stigmatisation ou la culpabilisation des personnes qui en souffrent et d'autre part renforcer la prévention (primaire, secondaire et tertiaire).

Plusieurs initiatives ont déjà été menées en Belgique à ce sujet. Les lois du 28 février 2014 et du 28 mars 2014 et l'AR du 10 avril 2014 ont notamment inscrit les aspects psychosociaux dans la définition du bien-être au travail, qui doit être garanti par les employeurs. Ces derniers doivent donc depuis lors prendre les mesures nécessaires pour prévenir les risques psychosociaux au travail, pour prévenir les dommages découlant de ces risques ou pour limiter ces dommages. Le burnout est explicitement mentionné comme risque psychosocial. L'arrêté royal du 28 octobre 2016, entré en vigueur le 1er décembre 2016, prévoit par ailleurs un trajet de réintégration sur mesure pour accompagner les travailleurs en incapacité de travail de longue durée vers un travail adapté ou un autre travail (temporairement ou définitivement), en donnant un rôle important au conseiller en prévention-médecin du travail. Enfin, plusieurs études ont été menées sur le sujet spécifique du burnout, notamment par le Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE ; Jonckheer et al., 2011) ou pour le compte du SPF ETCS (2010, 2012).

En Europe également plusieurs pays sont actifs sur ce sujet. En France, l'Académie nationale de médecine a publié en 2016 un rapport sur le burnout, la Haute Autorité de Santé (HAS) a publié en mars 2017 un rapport concernant la définition et la prise en charge du burnout, et l'inscription du burnout au tableau des maladies professionnelles a été débattue par les parlementaires au printemps 2015. Cette proposition a cependant été rejetée, probablement du fait de l'imprécision des contours de cette réalité. On constate en effet que, si le sujet est d'actualité et fait l'objet de nombreuses publications et rapports, un problème majeur réside dans le fait que le burnout reste encore pour beaucoup une notion floue aux contours mal définis. Il n'est d'ailleurs pas repris comme trouble dans les classifications médicales de référence.

Les professionnels de la santé se sentent en tous cas souvent démunis face à cette problématique mal définie, et n'ont pas non plus suffisamment de connaissance des aspects organisationnels du travail.

On constate également que de plus en plus d'intervenants (coachs, thérapeutes, etc.) se déclarent professionnels de la problématique sans avoir les compétences nécessaires.

En concertation avec les autres instances actives dans le domaine notamment, le Service Public Fédéral Emploi, Travail et Concertation Sociale (SPF ETCS), Fedris et l'INAMI, le CSS a donc décidé d'élaborer un avis sur l'évaluation et l'accompagnement des travailleurs détectés comme étant en souffrance à cause de leur travail, ainsi que sur le profil de compétences et les besoins en formation des professionnels de la santé qui vont les accompagner. Par ailleurs, l'avis portera également sur les stratégies de prévention à mettre en place au sein des organisations puisqu'il n'est pas possible d'agir sur l'individu sans tenir compte de son contexte professionnel et que les stratégies de prévention primaire, secondaire et tertiaire sont étroitement liées.

Dans cet objectif de bien définir le burnout, le CSS a par ailleurs fait le choix de se limiter au burnout dans le cadre professionnel. Le burnout se définit en effet majoritairement dans la littérature internationale par son lien avec le travail, même si certains auteurs appliquent désormais cette notion à d'autres contextes (école, famille, etc.).

## 2. ELABORATION ET ARGUMENTATION

### 2.1 Méthodologie

Après analyse de la demande, le Collège et le président du groupe de travail ont identifié les expertises nécessaires. Sur cette base, un groupe de travail *ad hoc* a été constitué, au sein duquel des expertises en psychologie, ergothérapie, médecine du travail, psychiatrie et médecine de réadaptation étaient représentées. Les experts de ce groupe ont rempli une déclaration générale et *ad hoc* d'intérêts et la Commission de Déontologie a évalué le risque potentiel de conflits d'intérêts.

Le groupe de travail a dans un premier temps rassemblé les différents rapports et directives publiés sur le sujet en Belgique et à l'étranger ces dernières années. Plusieurs rapports ont ainsi pu être utilisés comme base de travail :

- Vandenbroeck S., Vanbelle E., De Witte H., Moerenhout E., Sercu M., De Man H., Vanhaecht K., Van Gerven E., Sermeus W., Godderis L. Étude sur le bien-être au travail chez le personnel médical et infirmier en Belgique. Pour le compte du SPF Santé publique et du SPF Emploi ; KU Leuven et IDEWE – 2012
- Jonckheer P, Stordeur S, Lebeer G, Roland M, De Schampheleire J, De Troyer M, Kacenenbogen N, Offermans AM, Pierart J, Kohn L. Le Burnout des médecins généralistes: prévention et prise en charge. Health Services Research (HSR). Bruxelles: Centre federal d'expertise des soins de santé (KCE). 2011. KCE Reports 165B. D/2011/10.273/54
- Recherche sur le Burnout au sein de la population active belge (Université de Liège ; UGent), 2013.
- Développement de l'outil de détection précoce du burnout, 2015
- Le syndrome d'épuisement professionnel ou burnout. Mieux comprendre pour mieux agir. DGT, Anact, INRS. 2015
- Le burnout. Académie nationale de médecine. 2016
- LVE, NHG, NVAB. Eén lijn in de eerste lijn bij overspanning en burnout. Multidisciplinaire richtlijn overspanning en burnout voor eerstelijns professionals. 2011
- Recommandations thérapeutiques du Réseau suisse d'experts sur le burnout (SEB). Forum Médical Suisse, 2016.

Le groupe a également pris connaissance à la fin de ses travaux du rapport de la Haute Autorité de Santé « Repérage et prise en charge cliniques du syndrome d'épuisement professionnel ou burnout », publié en mars 2017.

Ces rapports contiennent déjà des revues systématiques de la littérature, relativement récentes. Le groupe de travail a dès lors estimé qu'il n'était pas utile de refaire une analyse complète, mais a toutefois voulu actualiser ces rapports et les compléter concernant les interventions thérapeutiques, en recherchant les revues systématiques et méta-analyses les plus récentes.

Pour cela, les bases de données Medline et PsycINFO ont été examinées. Les filtres suivants ont été appliqués :

- Période : de 2005 à 2016
- Méta-analyses
- Revue systématique
- En anglais, français et néerlandais

Les chaînes de recherche étaient les suivantes : (adjustment disorders or burnout or professional stress or work stress or occupational stress or job stress or neurasthenia or minor depression) AND (therapy or treatment or counseling or guidance or drug therapy or stress management or intervention or rehabilitation).

Cette recherche a obtenu un résultat de 124 références. Après avoir filtré « dans le titre » et avoir supprimé les doubles exemplaires, il est resté 39 références. Un filtrage complet a abouti à 15 références utiles. Des références supplémentaires ont également été retenues pour l'analyse en raison de leur pertinence.

Après approbation de l'avis par le groupe de travail, le Collège a validé l'avis en dernier ressort.

## **2.2 Elaboration**

### **2.2.1 Définition du burnout**

#### **2.2.1.1 Historique et définitions issues de la littérature**

Le burnout est un concept introduit pour la première fois en 1974 par le psychiatre américain Freudenberger pour décrire l'épuisement au travail de professionnels de l'aide et du soin. Christina Maslach a par la suite, au début des années 1980, étudié et analysé plus en détails l'épuisement survenant en milieu professionnel (dans les domaines sociaux, de la santé et de l'enseignement). Si, au départ, il était donc surtout associé aux métiers d'aide et de soins, il s'est progressivement étendu à tous les travailleurs et types de travail. Par ailleurs, il reste actuellement dans la littérature considéré comme exclusivement lié au travail (y compris non rémunéré, ce qui inclut aussi les étudiants par exemple) même si certains auteurs (Kristensen et al, 2005) veulent étendre le burnout au-delà du travail. Le phénomène a ainsi notamment été mis en évidence dans le contexte des mères au foyer et de la parentalité (Guéritault, 2008 ; Mikolajczak & Roskam, 2017). Corten (2014) montre par ailleurs que si le burnout est lié uniquement au travail, c'est surtout parce que l'instrument le plus utilisé n'est applicable qu'au travail. Il serait cependant possible de développer une nouvelle échelle de burnout non spécifique au travail et étendre ainsi la notion à d'autres domaines. Cependant, selon Schaufeli et Taris (2005), un nouveau terme devrait alors être introduit. Un burnout est cependant toujours susceptible d'avoir des effets sur la situation familiale (on ne parvient pas à se détendre à la maison parce que l'on a des exigences trop élevées au travail).

Le burnout ne fait actuellement pas l'objet d'un diagnostic officiel dans les classifications médicales de référence que sont la Classification Internationale des Maladies (CIM-10) de l'Organisation mondiale de la santé, et le Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM5) de l'Association américaine de psychiatrie.

Il est cependant repris dans la CIM 10 dans les codes Z (les facteurs influant sur l'état de santé et motifs de recours aux services de santé), rubrique «Troubles liés aux difficultés à gérer sa vie», clé diagnostique ZT3.0 «Z73.0 Syndrome d'épuisement (burnout)». Il ne passe donc pas pour un trouble psychique à part entière, mais il peut en accompagner un.

Un chevauchement considérable avec la neurasthénie peut par ailleurs aussi être constaté (code F48 dans la CIM 10, trouble qui se caractérise principalement par une fatigue mentale ou physique).

Bibeau et al (1989) suggèrent par ailleurs que le burnout pourrait être inséré dans la catégorie trouble de l'adaptation avec inhibition au travail du DSM. Il correspond en effet à la définition, à l'exception d'une persistance des symptômes après la disparition du facteur responsable du stress de départ. La catégorie V 62 du DSM IV correspond également à un problème professionnel non lié à une pathologie mentale.

La littérature apporte donc un grand nombre de définitions du burnout. On retrouvera dans le rapport du SPF ETCS (2012) une revue complète à ce sujet.

Ce sont en fait les travaux de Christina Maslach qui servent de référence pour définir les dimensions du burnout : il s'agirait d'un syndrome d'épuisement émotionnel, de dépersonnalisation et de réduction de l'accomplissement personnel. En élaborant une échelle de mesure, sur base d'entretiens, elle a en effet pu mettre en évidence plusieurs dimensions, sur base desquelles elle a élaboré une deuxième échelle plus précise (« *Maslach, Burnout Inventory* », MBI) et proposé une définition du burnout. On constate donc que la définition est ici basée sur un instrument de mesure, alors que c'est habituellement l'inverse qui se produit. D'un point de vue épistémologique il s'agit d'une faiblesse importante du concept de « burnout ». Les définitions du burnout sont par ailleurs principalement symptomatiques et ne donnent pas vraiment d'indication sur les origines de la souffrance. Le concept reste flou pour beaucoup de professionnels.

Selon le rapport du SPF ETCS (2012), la définition de Schaufeli & Enzmann (1988, p.36 cités dans Schaufeli & Buunk, 2003) permet de synthétiser un certain nombre d'éléments qui se retrouvent dans les diverses définitions :

*“le burnout est un état d'esprit négatif persistant lié au travail, chez des individus “normaux”, qui est caractérisé par de l'épuisement, un sentiment d'inefficacité, une démotivation et des comportements dysfonctionnels au travail. Cet état d'esprit n'est souvent pas remarqué par le travailleur pendant un long moment. Il résulte d'une différence entre les intentions et la réalité du travail. Souvent, les travailleurs entretiennent cet état d'esprit par des stratégies d'adaptation qui sont inefficaces”.*

Selon certains auteurs, le burnout pourrait cependant se définir par la seule dimension d'épuisement émotionnel. Toutes les théories le considèrent en effet comme sa dimension principale, et la traduction française du mot « burnout » en « épuisement » va dans ce sens. La troisième dimension (l'efficacité professionnelle) est par ailleurs la plus controversée.

La directive « *één lijn in de eerste lijn bij overspanning en burnout* » élaboré aux Pays-Bas par trois associations professionnelles (de psychologues, médecins généralistes et médecins du travail - LVE, NHG, NVAB ; 2011) définit quant à elle le burnout de la manière suivante :

Il est question de burnout quand les trois critères suivants sont présents :

- Il y a épuisement, surmenage (« *overspanning* »)
- Les plaintes sont apparues il y a plus de 6 mois
- La sensation de fatigue et d'épuisement sont clairement à l'avant plan.

Ils définissent par ailleurs la notion d'« *overspanning* » par la présence des 4 critères suivants :

1. Au moins trois des plaintes suivantes sont présentes :
  - Fatigue
  - Sommeil perturbé ou agité
  - Irritabilité
  - Ne plus supporter le bruit / la foule
  - Labilité émotionnelle
  - Ruminations
  - Se sentir traqué
  - Problèmes de concentration ou de mémoire
2. Les sentiments de perte de contrôle et / ou d'impuissance agissent en réponse à l'incapacité de faire face au stress dans le fonctionnement quotidien. La gestion du stress est insuffisante; la personne n'y arrive plus et a le sentiment de perdre prise.
3. Il y a des limitations importantes dans le fonctionnement professionnel et / ou social.
4. La détresse, la perte de contrôle et le dysfonctionnement ne sont pas seulement le résultat direct d'un trouble psychiatrique.

Cette définition implique donc que le burnout nécessite une détresse (1<sup>er</sup> critère), des stressors face auxquels on ne sait plus faire face (2<sup>ème</sup> critère) et un dysfonctionnement professionnel ou social clair (3<sup>ème</sup> critère). Pour mieux définir ce dysfonctionnement, le groupe qui a élaboré la directive propose de considérer que la personne doit avoir abandonné au moins 50 % d'un ou plusieurs rôles sociaux (rôle d'employé, de père ou de mère, etc.).

Le quatrième critère signifie que ces symptômes ne sont pas la conséquence directe d'un trouble psychiatrique, comme la dépression (un burnout peut cependant être diagnostiqué en parallèle à une dépression).

Pour qu'il soit question de burnout, il faut également un aspect chronique, et la fatigue doit être en premier plan. Par contre, le groupe qui a élaboré ces directives ne considère pas que le lien au travail soit une caractéristique nécessaire du burnout.

La Société allemande de psychiatrie, psychothérapie, psychosomatique et neurologie (DGPPN, 2012) définit quant à elle le burnout comme « un trouble lié à une situation de stress, qui représente un état de risque non spécifique pouvant engendrer des maladies secondaires tant psychiatriques (par ex. insomnies, dépression, troubles anxieux, addiction) que somatiques (par ex. syndrome métabolique, diabète, maladies cardio-cérébrovasculaires, acouphène) dans le cas de la chronicisation de l'état de stress ou d'une récupération insuffisante ainsi que d'une prédisposition correspondante ».

Le Conseil suédois de la santé et du bien-être a quant à lui introduit la notion de « trouble de l'épuisement » dans la version suédoise de la CIM-10, afin de permettre un diagnostic de « burnout clinique ». Les critères sont :

a) une fatigue physique ou psychologique depuis au moins 2 semaines, en conséquence de stressors clairement identifiés et présents depuis au moins 6 mois et

b) un manque significatif d'énergie psychologique ou d'endurance est clairement à l'avant plan du tableau clinique et

c) au moins 4 symptômes ont été présents pratiquement tous les jours les deux dernières semaines (problème de mémoire ou de concentration, difficulté à traiter les demandes ou à faire face à la pression, irritabilité ou labilité émotionnelle, problèmes de sommeil, fatigue physique et manque d'endurance, symptômes somatiques comme mal de dos, mal à la nuque, palpitations, symptômes gastro-intestinaux, vertiges, hypersensibilité au son).

Ces symptômes doivent causer une détresse significative et une déficience fonctionnelle, et ne doivent pas être attribuables à une autre cause qu'un stress au travail ou dans la sphère privée (Grossi et al., 2015).

Les recommandations suisses (Hochstrasser et al., 2016) considèrent le burnout comme étant dû à un déséquilibre entre l'implication de l'employé et le gain personnellement mis à profit, ou à une disproportion entre les exigences professionnelles et les ressources professionnelles. La présentation clinique du burnout est caractérisée par un épuisement prononcé permanent en concomitance avec une capacité de récupération altérée s'accompagnant des symptômes d'un état de stress tels que la forte sensibilité aux stimuli, l'agressivité, la labilité émotionnelle, les troubles de l'attention, de multiples symptômes végétatifs, des troubles du sommeil et des performances moindres.

Le burnout est donc conçu comme un processus évoluant le plus souvent d'un état de stress (surtout lié au travail mais pas uniquement), de plus en plus chronique vers une dépression avec une résistance nettement insuffisante au stress. Les symptômes sont fonction du stade d'évolution du burnout. Il constituerait plutôt un état de risque, pouvant engendrer des maladies secondaires psychiatriques et somatiques dans le cas de la chronicisation d'un état de stress continu.

Dans son rapport, la HAS définit également l'épuisement professionnel comme un « épuisement physique, émotionnel et mental qui résulte d'un investissement prolongé dans des situations de travail exigeantes sur le plan émotionnel ».

A la KUL, une équipe de recherche dirigée par Wilmar Schaufeli et Hans De Witte a aussi élaboré sa propre définition du burnout, dans le but de mettre en place un instrument d'évaluation qui pourrait servir en pratique clinique.

Ils décrivent le burnout de la manière suivante :

« En raison d'une surcharge au travail, souvent accompagnée d'une vulnérabilité personnelle et/ou de difficultés dans la vie privée, l'énergie nécessaire à la régulation de certains processus cognitifs et émotionnels ne peut plus être mobilisée. Cette perte de contrôle s'associe à l'épuisement pour aboutir à une réaction d'autoprotection dans laquelle est adoptée une distance mentale par rapport à la source d'épuisement (dans le cas d'un burnout: le travail). Il s'agit alors principalement d'une attitude négative, par exemple sous forme de cynisme. Néanmoins, cette attitude peut également se traduire par une distance physique prise par rapport au travail (par exemple en évitant le contact avec les collègues). La perte de contrôle engendre en outre une humeur dépressive chez la personne. Cette humeur est donc la conséquence d'une réaction émotionnelle et ne doit pas être assimilée à une dépression en tant que trouble psychologique indépendant.

Les symptômes de tension nerveuse (stress) sont considérés comme des symptômes secondaires et peuvent être utilisés pour obtenir une image plus complète du burnout. Ils constituent souvent le premier motif pour lequel une aide est sollicitée et peuvent être le signe avant-coureur d'un burnout sous forme de surmenage ». (source <https://kuleuvenblogt.be/2017/02/20/op-zoek-naar-een-nieuwe-definitie-van-burn-out/>) .

Selon cette équipe, il y aurait donc 5 symptômes constitutifs du burnout :

1. l'épuisement (physique et psychologique),
2. la perte de contrôle cognitif (problèmes de mémoire, d'attention, de concentration dûs à une perturbation du fonctionnement cognitif),
3. la perte de contrôle émotionnel (réactions émotionnelles exacerbées, faible tolérance),
4. des symptômes dépressifs (humeur sombre, sentiment de culpabilité),
5. une distanciation mentale (on se retire, mentalement ou physiquement) de son travail.

### 2.2.1.2 Manifestations cliniques

Le burnout se manifeste à travers plusieurs types de symptômes, dont on ne peut pas toujours dire s'ils sont des éléments constitutifs du burnout ou des conséquences. Ceux-ci peuvent être à la fois physiques, affectifs, cognitifs et comportementaux, mais plus d'études empiriques sont nécessaires pour pouvoir les identifier clairement. Pour une description détaillée de ceux-ci, on peut à nouveau se référer au rapport du SPF ETCS 2012).

En voici un rapide aperçu :

Physiques : principalement des troubles du sommeil (et une fatigue chronique due à un sommeil qui n'est plus réparateur), et des tensions musculaires avec douleurs rachidiennes (dos, nuque). Des troubles de l'appétit, douleurs gastriques, maux de têtes, nausées, vertiges, prise ou perte soudaine de poids, asthénie peuvent aussi être observés. Selon certains auteurs, le burnout pourrait également affaiblir le système immunitaire (Schaufeli et Bakker, 2007).

Affectifs / émotionnels : anxiété, irritabilité, tension nerveuse, humeur dépressive, manque d'entrain, etc. L'individu peut aussi ne manifester aucune émotion.

Cognitifs : les capacités de traitement de l'information sont diminuées (concentration, difficultés à réaliser plusieurs tâches à la fois, à nuancer, à prendre des décisions, troubles de la mémoire). On peut aussi constater des erreurs mineures.

Comportementaux : cynisme, indifférence, perte d'empathie, isolement, comportement agressif traduisant une diminution de la tolérance à la frustration, baisse de motivation, désengagement, dévalorisation, comportements addictifs (automédication pour retrouver un niveau élevé de performance professionnelle (amphétamines, cocaïne, caféine, modafinil) ou pour diminuer le stress (alcool, anxiolytiques)).

### 2.2.1.3 Définition du burnout

En tenant compte de ces manifestations cliniques et des définitions les plus utilisées dans la littérature internationale (notamment Maslach et Jackson, 1986 ; Maslach et Leiter, 1997, Schaufeli & Buunk, 2003 ; Schaufeli, 2006, Maslach, Leiter, & Schaufeli, 2009) le CSS définit dans cet avis le burnout de la manière suivante :

Le Burnout est :

- 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, demande) et ce qui est reçu en retour (ressources), ou un déséquilibre entre des attentes et la réalité du travail vécue,
- qui provoque un épuisement professionnel (à la fois émotionnel, physique et psychique) : fatigue extrême que les temps de repos habituels ne suffisent plus à soulager et qui devient chronique, 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 :

- Une distanciation mentale : la personne se détache et devient cynique. 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 ; mais cette distance forme alors elle-même un problème.
- Ce qui résulte en un sentiment d'inefficacité professionnelle : diminution de l'accomplissement personnel 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.

### 2.2.2 Processus physiologique

Il n'existe à l'heure actuelle pas de soutien scientifique clair concernant l'impact du burnout sur les processus physiologiques (Danhof-Pont, 2011), ou à l'inverse sur les mécanismes perturbés à l'origine du burnout. Il n'est pas toujours possible non plus de distinguer les causes et les conséquences.

Le burnout implique un stress chronique et pourrait donc exprimer une surcharge du système physiologique régulateur de stress s'accompagnant, sur le plan neurobiologique, d'une dérégulation de l'axe hormonal du stress. Les données publiées (Bianchi, 2015) montrent cependant une certaine hétérogénéité concernant les altérations fonctionnelles de l'axe hypothalamo-hypophyso-adrénocorticotrope chez les personnes en burnout (cet axe, dont l'activation sous-tend la sécrétion de cortisol, est altéré dans les troubles anxieux, la dépression et le stress post-traumatique).

Le stress peut également altérer plusieurs facteurs neurotrophes dans le système nerveux central, notamment le facteur neurotrophique dérivé du cerveau et celui de l'activité de la protéine de liaison à l'élément de réponse à l'adénosine monophosphate cyclique, deux facteurs essentiels pour la plasticité du système nerveux (Krishnan & Nester, 2008). Le stress peut donc modifier la plasticité du système nerveux, ce qui provoque des altérations structurelles et fonctionnelles (pouvant notamment mener à une dépression).

On constate également une hyperactivité permanente ou une dysrégulation du système hypothalamo- hypophyso-surrénalien (axe HPA) dans la majeure partie des cas cliniques. Le récepteur de glucocorticoïdes serait en fait plus sensible chez des sujets non traités, souffrant d'un épuisement lié au travail (Menkeet al., 2014), du fait de la formation et de la libération accrue des hormones hypothalamiques corticolibérine et arginine-vasopressine au niveau du système nerveux central, ce qui provoque des symptômes caractéristiques du burnout dans différentes régions du cerveau tels qu'un état d'abattement, des troubles cognitifs et du sommeil (Holsboer & Ising, 2010; Griebel & Holsboer, 2012).

Des études épigénétiques suggèrent aussi que la méthylation de l'ADN pourrait être un médiateur de la réponse individuelle au stress, et pourrait donc être utilisée comme un biomarqueur potentiel des troubles mentaux liés au stress. Une récente revue systématique de la littérature à ce sujet (Bakusic et al., 2017) indique des liens entre la méthylation du gène du récepteur des glucocorticoïdes (NR3C1) et le stress chronique et la dépression, la méthylation du gène du transporteur de la sérotonine (SLC6A4) et le stress, la dépression et le burnout, et la méthylation du gène du facteur neurotrophique dérivé du cerveau et le stress lié au travail et les symptômes dépressifs.

En conclusion, on ne peut donc affirmer avec certitude qu'il y a un lien entre le burnout et certains processus physiologiques.

### **2.2.3 Diagnostic**

#### **2.2.3.1 Diagnostic différentiel**

Le burnout ne se caractérise pas par un diagnostic clinique mais se définit comme un syndrome, dont la symptomatologie pourrait s'inscrire à la fois dans les troubles dépressifs, les troubles de l'adaptation, les troubles anxieux... Puisque l'épuisement et d'autres symptômes ne sont pas spécifiques de ce syndrome, qu'il ne fait pas l'objet d'un diagnostic officiel dans les classifications médicales de référence et n'a pas d'outil diagnostique établi, le diagnostic de burnout est donc un **diagnostic médical d'exclusion** qui doit se faire dans le cadre d'une évaluation plus complète du fonctionnement psychique et somatique de la personne. Un diagnostic différentiel approfondi des maladies psychiatriques (notamment, dépression et troubles anxieux), internes et neurologiques doit être établi. Il s'agit de clarifier des pathologies physiques ou psychiques primaires d'une part, mais aussi de cerner les troubles comorbides survenant avec le burnout d'autre part.

Il y a lieu d'écartier des **pathologies psychiatriques** (dépression majeure, troubles anxieux). Ces troubles peuvent apparaître sous la forme de maladies secondaires au burnout ou en être indépendants et être mal interprétés comme constituant un burnout. En présence d'une maladie secondaire psychiatrique découlant du développement d'un burnout, une composante d'épuisement prononcée peut être observée la plupart du temps.

Pour certains auteurs, le burnout est notamment très proche de la dépression. Dans leur revue systématique de la littérature, Bianchi et al. (2015) n'ont d'ailleurs pas trouvé suffisamment de preuve qu'il existe bien une différence entre les deux concepts. Ils expliquent cela d'une part par l'absence de critères diagnostiques consensuels du burnout, et d'autre part par l'hétérogénéité des troubles dépressifs, qui n'est pas suffisamment prise en compte dans les études.

D'autres auteurs estiment au contraire que ce sont des entités bien distinctes, bien qu'il y ait un important chevauchement entre les deux (Schaufeli et Enzmann, 1998 ; Glass & Mc Knight, 1996). C'est principalement la composante d'épuisement émotionnel qui recouvre les deux entités, qui restent cependant difficiles à distinguer d'un point de vue clinique.

Ce serait en fait la relation du burnout avec le travail qui constituerait l'un des principaux éléments le distinguant de la dépression. Alors que la dépression est un trouble de l'humeur général, le burnout est toujours en lien avec le travail (Glass & McKnight, 1996 ; Bakker, et al. 2000, Schaufeli & Taris, 2005). Les personnes en burnout auront envie de réinvestir d'autres domaines et vont retrouver de la vitalité en-dehors du travail, tandis que les personnes en dépression n'auront pas envie de se faire plaisir, quel que soit le domaine. L'anhédonie et l'humeur dépressive sont en effet des symptômes caractéristiques de la dépression. On constate aussi souvent des sentiments de honte chez les personnes en burnout.

Les données de la littérature indiquent donc qu'il s'agirait en fait de deux syndromes cliniques distincts qui présentent certaines similarités et prennent surtout leur origine dans des contextes différents.

Hoogduin, Schaap & Methorst (1996) ont aussi identifié plusieurs critères qui différencient le burnout de la dépression :

1. Bien que manquant également d'énergie, la personne en burnout donne une plus grande impression de vitalité, et a des sentiments de tristesse, de colère, et de malheur plutôt que de dépression ;
2. chez la personne en burnout, l'inactivité et l'indécision sont liées à une fatigue extrême, et non pas à leur humeur comme chez les personnes en dépression. L'absence de plaisir sera plutôt liée à l'incapacité d'entreprendre des activités, alors que les personnes en dépression seront incapables d'apprécier ce qu'elle font ;
3. les personnes en burnout perdent rarement du poids, ne manifestent pas d'inhibition psychomotrice (plutôt une agitation), et se plaignent de l'indécision et des troubles de la concentration, qu'elles attribuent à la fatigue (contrairement aux personnes dépressives qui les attribueront à la maladie) ;
4. les sentiments de culpabilité sont davantage ancrés dans la réalité chez les personnes en burnout. La personne en burnout n'a par ailleurs pas de pensée suicidaire, caractéristique de la dépression.

Enfin, une dépression peut aussi faciliter un burnout et un burnout peut évoluer en dépression.

Il faut également écarter les **pathologies organiques** qui présentent des symptômes semblables à ceux du burnout, comme les troubles endocriniens (hypothyroïdie), neurologiques, oncologiques, infectieux (Lyme), du sommeil (apnées, etc.), cardiaques.

Il faut aussi distinguer le burnout du syndrome de fatigue chronique et de la fibromyalgie.

Enfin, il ne faut pas non plus confondre le burnout avec l'addiction au travail (« workaholisme ») et le stress, puisque le burnout n'est pas synonyme de stress à proprement parler, même si une exposition prolongée au stress peut mener au burnout.

Le rapport du SPF ETCS (2012) donne un aperçu détaillé des différentes pathologies avec lesquelles il est important de ne pas confondre le burnout. Un tableau récapitulatif se trouve en annexe.

### 2.2.3.2 Procédure diagnostique

Il faut d'abord évaluer par l'anamnèse s'il est question de burnout sur base des manifestations cliniques et des critères définis (voir point 2.2.1 Définition), de l'analyse des conditions de travail (analyse de la chronologie et de la durée des événements ainsi que des éléments déclencheurs du mal-être) et des facteurs de sensibilité individuelle (voir point 2.2.2 facteurs de risque).

Un canevas développé par le CITES à l'intention de Fedris pour l'expertise de dossiers liés au burnout, est ainsi composé de six parties : anamnèse, étiologie (facteurs professionnels, facteurs d'amortissement, facteurs d'aggravation), antécédents (psychiatriques), sémiologie (symptômes physiques, cognitifs et affectifs, comportementaux), traitements et évolutions, examens complémentaires et conclusions (reprise des facteurs qui permettent de conclure à un burnout).

Il n'existe par ailleurs pas d'instrument validé permettant d'établir le diagnostic de burnout, mais certains instruments peuvent potentiellement être utilisés à titre informatif.

Dans les études, c'est principalement l'échelle de Maslach & Jackson (1981) le « **Maslach Burnout Inventory** » qui est utilisée, mais cette échelle n'a pas été élaborée dans le but de faire des évaluations individuelles.

Elle existe en deux versions pour des populations spécifiques (les professions d'aide et de soins, les professions de l'enseignement et de la formation) et une version pour la population générale au travail (MBI-Human Services Survey, MBI-Educators Survey et MBI-General Survey), et a été traduite (et validée) en 24 langues.

Le MBI est un questionnaire validé composé de trois dimensions réparties sur 22 items:

- l'épuisement émotionnel (EE) – 9 items,
- la dépersonnalisation (D) – 5 items,
- l'accomplissement personnel (AP) – 8 items.

Dans le MBI-GS, qui compte 16 items, les trois dimensions sont renommées épuisement émotionnel, cynisme et efficacité professionnelle.

La personne interrogée indique la fréquence selon laquelle elle éprouve le sentiment décrit dans l'item considéré. Le MBI précise, pour chacune des trois dimensions, si le niveau est « faible », « moyen » ou « élevé ». Il ne fournit cependant pas de score général permettant de poser un diagnostic (les dimensions sont indépendantes entre elles et on ne peut donc pas additionner les scores de chacune).

Même si le MBI est couramment utilisé aujourd'hui, d'autres outils ont aussi été développés, comme le « **Oldenburg Burnout Inventory** », basé sur le modèle « *job demands – resources* (Demerouti et al., 2001). Cet instrument est basé sur un modèle similaire au MBI mais n'est constitué que de deux dimensions : l'épuisement émotionnel (conséquence d'efforts physiques, affectifs et cognitifs intenses) et le désengagement (se distancer de son travail et avoir une attitude négative vis-à-vis de celui-ci). Il ne prend donc pas en compte l'accomplissement personnel. Chaque dimension est mesurée par huit items, évalués par une échelle à 4 modalités allant de 1 (pas du tout d'accord) à 4 (tout à fait d'accord). La formulation de ces items répondrait aux principales critiques émises envers le MBI et serait plus équilibrée puisque certains items sont énoncés négativement, alors que le MBI ne reprend que des items formulés positivement. Des normes belges ont par ailleurs été élaborées pour cet outil via la récolte de 4000 données dans des secteurs d'activités variés.

Le **Copenhagen Burnout Inventory** explore quant à lui la seule dimension de l'épuisement (à la fois personnel, professionnel et relationnel); tout comme le **Shirom Melamed Burnout Measure**, recommandé par le Réseau Suisse d'experts vu sa disponibilité et sa facilité d'interprétation.

Les directives néerlandaises proposent quant à elles un instrument basé sur la « checklist pour l'orientation du problème et diagnostic de première ligne » de Van der Klink et Terluin (2005). Cette checklist passe en revue tous les domaines qui sont traités dans l'anamnèse, mais est trop longue pour pouvoir être utilisée en pratique quotidienne. Le groupe de travail qui a élaboré les directives a adapté la définition, et a étendu la notion de participation à toutes les activités dans lesquelles il y a un engagement vers une autre personne ou organisation, qu'elle soit rémunératrice ou non (étudier, activités ménagères, aide aux personnes, travail bénévole ...).

La '**Utrechtse Burnout Schaal**' (UBOS) (Schaufeli en van Dierendonck, 2000) est l'équivalent néerlandais du MBI et évalue 3 dimensions du burnout : l'épuisement émotionnel, la distance et la compétence diminuée. Il y a trois versions : une version spécifique pour les professions contractuelles, une pour les enseignants, et une version générale. Cet instrument définit le burnout comme un score qui se situe dans le quartile le plus élevé pour l'épuisement, associé à un score situé dans le quartile le plus élevé pour la dépersonnalisation ou avec un score situé dans le quartile le moins élevé pour l'accomplissement personnel.

Une nouvelle échelle de ce type est actuellement en cours d'élaboration à la KUL. Le but est d'avoir des normes (belges) actualisées, mais aussi un instrument qui répond mieux au modèle actuel d'équilibre entre ce que la personne investit dans son travail et ce qu'elle en retire. Cet instrument permettra également d'évaluer les symptômes de stress ou cognitifs. Il devrait être disponible fin 2017, et devrait permettre d'une part d'identifier les risques de burnout dans les entreprises et prendre sur cette base les premières mesures préventives, et d'autre part d'établir le diagnostic de burnout en pratique clinique, éventuellement en combinaison avec un entretien. Il sera dès lors également possible de récolter des données pour établir des chiffres de prévalence dans la population.

Pour établir le diagnostic différentiel (notamment, avec la dépression), il est recommandé d'utiliser des échelles comme la Vierdimensionale Klachtenlijst (4DKL), la Hamilton Depression Scale (HAMD), ou la Beck Depression Inventory (BDI), en complément de l'anamnèse et des critères cliniques.

Puisqu'aucun questionnaire (excepté l'UBOS) n'a été validé en utilisant des échantillons représentatifs de patients, il serait donc important de pouvoir disposer d'instruments de mesure facilement accessibles et utilisables.

Enfin, aucun **biomarqueur** n'a actuellement pu être identifié par la recherche (Danhof-Pont et al., 2011) pour établir le diagnostic du burnout. Ces auteurs expliquent l'absence de lien entre le burnout et 36 biomarqueurs notamment par l'aspect hétérogène de l'entité burnout.

#### **2.2.4 Prévalence**

Etant donné l'absence actuelle de définition unanimement reconnue, et de normes de critères diagnostiques officiels il est très difficile d'avoir des chiffres de prévalence concernant le burnout. De plus, quand ces chiffres sont disponibles, ils sont très difficilement comparables, du fait des différences culturelles, et des différences dans les méthodologies utilisées. Il n'y a donc pour le moment aucune estimation fiable et scientifiquement valide de la prévalence du burnout. On peut seulement relever certains chiffres issus d'études particulières, qui ne sont cependant pas comparables entre eux.

L'étude menée pour le compte du Service Public Fédéral (SPF) Emploi, Travail et Concertation Sociale (ETCS) par Hansez et al. (2010) a mesuré l'ampleur du phénomène au sein de la population active belge. Globalement, la prévalence du burnout dans cette étude s'élevait à 0,8 %. Etant donné la méthodologie de l'étude, qui s'est appuyée sur le diagnostic des médecins (généralistes ou médecins du travail) plutôt que sur une auto-évaluation, ce chiffre représente cependant une estimation a minima par rapport à la prévalence réelle dans la population au travail.

Aux Pays Bas, la prévalence dans la population active a été estimée à 5 %, à l'aide des 3 versions de l'UBOS (pour les professions contractuelles, les enseignants, et la version générale), et avec des valeurs seuils validées sur base des scores moyens de clients en traitement pour une problématique liée au burnout (Taris, et al., 2001).

Par ailleurs, comparativement à d'autres secteurs, le burnout se rencontrerait plus fréquemment chez les prestataires de soins tels que les médecins ou le personnel infirmier (Prins et al., 2010, Tummers et al., 2002).

Ainsi, une étude européenne RN4CAST (Aiken et al., 2012) a donné une indication de la prévalence du burnout chez certains médecins et infirmiers belges, en utilisant sa propre interprétation du MBI. Cette étude a montré que 25 % des quelque 3000 répondants obtenaient un score élevé d'épuisement émotionnel.

Ferdinande et ses collègues ont réalisé une étude sur la dépression et le burnout chez les médecins belges (2008) et le personnel infirmier belge (2011) travaillant aux soins intensifs. Environ 15 % des médecins et des infirmiers ont obtenu un score élevé en termes d'épuisement émotionnel, 28 % (infirmiers) et 38 % (médecins) ont obtenu un score élevé en termes de dépersonnalisation et 43 % des infirmiers contre 32 % des médecins ont obtenu un score élevé en termes de diminution de l'accomplissement personnel.

Une étude a également été menée auprès de 1198 médecins et 4635 infirmiers de 37 hôpitaux belges, afin de déterminer la prévalence, les facteurs de risque et les conséquences du burnout dans ces professions médicales (Vandenbroeck et al., 2013). Un questionnaire a été utilisé pour évaluer les exigences (par exemple charge de travail), les ressources (par exemple l'autonomie) et les conséquences du burnout (par exemple le bien être). Un burnout a été identifié chez 6.6 % des répondants, et 13.5 % ont été considérés à risque.

Une autre étude (Van den Broeck et al., 2017) qui a évalué des échantillons de quatre secteurs différents (soins de santé, industrie, service et services publics) a montré que ces 4 secteurs variaient en ce qui concerne les exigences, les ressources, le burnout, et l'engagement dans le travail. En ce qui concerne le burnout, les scores les plus importants ont été retrouvés dans le secteur des services et services publics, et le taux le plus bas dans les soins de santé.

### **2.2.5 Facteurs de risque**

Le burnout étant le résultat de la rencontre entre un individu particulier (et des problèmes d'ordre privé) et une situation de travail dégradée, dans un environnement social spécifique, trois types de facteurs influencent l'apparition du burnout : les facteurs liés au travail, les facteurs individuels, et les facteurs sociétaux.

Il n'y a cependant pas suffisamment d'études prospectives pour pouvoir identifier des relations causales entre les différents facteurs définis et le burnout. Toute association peut être interprétée de différentes façons : le facteur identifié peut être un facteur de risque de burnout, une cause potentielle de burnout ou encore la conséquence d'une situation de burnout.

#### **2.2.5.1 Facteurs sociétaux**

Selon plusieurs auteurs, le burnout serait lié aux évolutions récentes de la société (Kaesemans et al., 2016). Ces évolutions seraient de plusieurs types :

- augmentation de la pression du temps, liée à la multiplication des rôles et des tâches de chacun susceptibles de rentrer en conflit (au niveau du temps à partager, des influences réciproques, des attentes qui peuvent être différentes dans les différents rôles etc.) ;
- renforcement de l'individualisme, dans une société qui a perdu ses réseaux sociaux traditionnels, et où les relations sociales se basent davantage sur la concurrence que sur la solidarité. L'individu est aussi devenu le seul responsable de ses succès et échecs ;
- la digitalisation, qui impose des réactions immédiates et de manière continue ;

- la pression de la performance, et l'importance de la réussite, devenue centrale dans le sens donné à la vie. Il faut toujours faire plus et mieux, tant au travail que dans les loisirs, qui doivent toujours apporter de nouvelles expériences.

Perilleux et Vendramin (2017) estiment également que le modèle de société actuel, axé sur la performance, est source de burnout car il ne permet pas de reconnaître les défaillances personnelles, les contradictions sociales, les tiraillements de valeurs.

Ce modèle de la performance serait caractérisé par :

- l'intensification de la production, qui va de pair avec une exigence d'intensifier sa propre implication dans l'activité : il faut être à disposition de l'entreprise, en effaçant les distinctions entre temps de travail et temps hors travail ;
- le pouvoir de la mesure et le développement du « gouvernement par l'objectif » : la quantité devient plus importante que la qualité, la personne a peu d'influence sur les critères d'un travail bien fait, ce qui peut amener des sentiments de perte du sens du métier ;
- la sélection tendue vers « l'excellence » dans des organisations dont les organigrammes deviennent indéchiffrables, et dont les tâches et attributions sont maintenues dans le flou ;
- la diffusion d'une idéologie de l'entreprise de soi, où l'on est responsable de soi-même (pour les aspects financiers, relationnels, éducatifs, de santé...), et où l'on doit faire preuve de flexibilité dans son existence tout entière ;
- une fragilisation des inscriptions collectives de métiers : les formes de solidarité proche sont détruites par l'intensification de la production et les évaluations individualisées.

Selon ces auteurs, il est donc tout aussi important d'évaluer les facteurs sociétaux que ceux liés à l'individu ou au contexte organisationnel, et de réfléchir à un changement dans le modèle de société autant que d'agir sur les facteurs organisationnels et individuels.

### 2.2.5.2 Facteurs liés au travail

Le burnout se définit dans un contexte professionnel et organisationnel particulier et résulte d'une exposition prolongée à un ensemble de facteurs, qui provoque un déséquilibre entre les ressources dont dispose l'individu et les exigences de son travail.

Au départ, le burnout était associé aux professions liées aux secteurs de la santé et de l'éducation, où l'activité principale était liée à la relation humaine. Par la suite, les recherches se sont étendues à d'autres secteurs dans lesquels les travailleurs sont également en contact avec des personnes, puis à des professions où les contacts sont moins importants (Maslach, et al., 2001).

Schaufeli et Enzmann (1998) sont finalement arrivés à la conclusion que ce ne sont pas les stresseurs liés aux clients (par exemple la charge émotionnelle), mais bien les stresseurs d'ordre général liés au travail (par exemple la charge de travail) qui jouent un rôle déterminant dans l'émergence du burnout. Le burnout ne devrait donc pas être limité au secteur des services humains. Cependant, d'après Schaufeli et Enzmann (1998) les différentes dimensions du burnout seraient vécues différemment selon les caractéristiques de la profession.

Demerouti et al (2001) montrent par ailleurs dans leur modèle *Job Demands Resources* que les demandes épuisent les ressources des travailleurs et donc augmentent le burnout, tandis que les ressources diminuent le sentiment d'épuisement. Il y aurait une trentaine de facteurs qui peuvent contribuer au développement du burnout d'une part (*jobs demands*) et une trentaine qui peuvent créer de l'enthousiasme d'autre part (*job resources*), ces facteurs étant très spécifiques à chaque métier et situation professionnelle. De manière générale, on voit cependant que les exigences principales concernent la charge de travail, la charge émotionnelle, les conflits de rôle, et les interférences entre travail et vie privée. Les ressources principales se situeraient quant à elles dans l'autonomie, le support social, la variété des tâches, l'utilisation des compétences et le feedback.

Maslach et Leiter (1997, cités dans Maslach, 2010; Maslach, et al., 2001) ont quant à eux identifié six domaines de déséquilibre générateurs de burnout : les valeurs, l'équité, l'esprit de groupe, la rémunération, le contrôle et la charge de travail.

Plus la correspondance entre ces six domaines et la personne est faible, plus il y a de risque de burnout. La manière dont les six dimensions interagissent n'est pas claire, mais il semblerait que les valeurs jouent un rôle central par rapport aux autres dimensions. Le poids des différentes dimensions varie également selon les individus (Maslach, Schaufeli & Leiter, 2001 ; Maslach, 2010).

Les modèles classiques du stress au travail semblent par ailleurs pertinents pour expliquer l'apparition d'un burnout. Selon Eurofound (2010), les principaux facteurs de risque pour le stress sont la charge de travail, le manque de contrôle et d'autonomie, de longues heures de travail, de mauvaises relations avec les collègues et le changement organisationnel. Selon Siegrit (1996), le déséquilibre entre les efforts réalisés et les récompenses (modèle effort-récompense) est un facteur important. Clot (2010) parle également de la « qualité empêchée ». Les conflits de rôle ou l'ambiguïté de rôle, et l'insécurité de la situation de travail peuvent également jouer un rôle.

Plus spécifiquement, la surcharge de travail est un facteur objectif dont l'incidence sur le burnout est bien connue. La charge de travail est déterminée par la quantité de travail à effectuer dans un laps de temps déterminé et dépend du personnel disponible (Laschinger, & Leiter, 2006).

Beaucoup de ces ressources et facteurs de risque sont directement liés au management de proximité. Hansez & Firket (2014) montrent ainsi qu'il y a des liens importants entre les différentes formes d'accompagnement des managers et la santé des travailleurs (excès de contrôle ou absence totale de management, manque de soutien, de reconnaissance et de respect de la hiérarchie... ).

Dans l'étude de Vandebroek et al. (2013), l'analyse des facteurs de risque a montré que les facteurs organisationnels (charge de travail, charge affective, conflit de rôle, opportunités d'apprentissage et de développement, support social) étaient les déterminants principaux de la fatigue émotionnelle, qui est fortement liée à une mauvaise santé et à l'intention de turnover.

Dans l'étude de Van den Broeck et al. (2017), on voit dans tous les secteurs un lien important entre les exigences et les ressources d'une part et le burnout et l'engagement dans le travail d'autre part. Dans cette étude, l'engagement était le plus grand dans le secteur des soins. De manière générale, on a retrouvé peu de différences entre les secteurs en ce qui concerne les exigences, bien que les employés dans les soins de santé et le secteur des services semblent rapporter une plus grande charge de travail, ainsi que plus de ressources.

La réglementation sur les risques psychosociaux (lois du 28 février 2014 et du 28 mars 2014, AR du 10 avril 2014) définit quant à elle plusieurs domaines susceptibles de générer des risques psychosociaux :

- l'organisation du travail: notamment la structure d'organisation (horizontale-verticale), la manière dont sont réparties les tâches, les procédures de travail, les outils de gestion, le style de management, les politiques générales menées dans l'entreprise ;
- le contenu du travail: la tâche du travailleur en tant que telle : la complexité et la variation des tâches, les exigences émotionnelles (relation au public, contact avec la souffrance, devoir cacher ses émotions, etc.), la charge mentale, la charge physique, la clarté des tâches ;
- les conditions de travail: les modalités d'exécution de la relation de travail: les types de contrat et d'horaires (le travail de nuit, le travail posté, les horaires atypiques, ...), les possibilités d'apprentissage, la gestion des carrières, les procédures d'évaluation ;
- les conditions de vie au travail: l'environnement physique dans lequel le travail est effectué: l'aménagement des lieux de travail, les équipements de travail, le bruit, l'éclairage, les substances utilisées, les positions de travail ;

- les relations interpersonnelles au travail: cela regroupe les relations internes (entre travailleurs, avec le chef direct, la ligne hiérarchique,...) mais également les relations avec les tiers, les possibilités de contact, la communication. On y considère la qualité des relations (coopération, intégration ...).

En résumé, les facteurs organisationnels de risque (contraintes) et de protection (ressources) seraient principalement de quatre types :

- **interpersonnels**, par exemple le soutien social. Le soutien social dont bénéficie un individu est conditionné par la qualité des relations interpersonnelles avec ses collègues et ses supérieurs hiérarchiques, par la solidarité et la confiance existantes entre les personnes, par leur compétence et leur disponibilité, par la reconnaissance du travail accompli, mais aussi par l'existence de groupes ou d'espaces de discussion et de régulation pour les travailleurs ;
- **liés aux tâches** (charge de travail (perçue), contrôle, feedback, variété des tâches, utilisation des compétences, moyens à disposition) ;
- **liés à la croissance** (par exemple les possibilités de carrière). Il est notamment important d'assurer une juste reconnaissance du travail. Le burnout est lié à un déséquilibre fort entre les contraintes et les ressources de l'individu. Le travailleur ne doit donc pas avoir le sentiment d'un manque de réciprocité entre ce qu'il investit dans son activité professionnelle et ce qu'il reçoit en retour, notamment en terme de reconnaissance, et particulièrement par rapport à ce que donnent et reçoivent en retour ses collègues. Il faut donc être transparent et équitable dans les processus de reconnaissance de chacun ;
- **liées à l'organisation** (par exemple, les possibilités de participation : le travailleur doit pouvoir participer aux prises de décision, son avis doit pouvoir être écouté et pris en compte.

### 2.2.5.3 Facteurs liés à l'individu

Selon la plupart des recherches, les caractéristiques de l'environnement de travail sont des déterminants plus importants du burnout que les caractéristiques individuelles.

On constate cependant une vulnérabilité biologique, notamment au stress, via des spécificités génétiques ou épigénétiques, ainsi qu'un rôle de la personnalité ou de variables démographiques (Schaufeli & Enzmann, 1998; Shirom, 2005).

En ce qui concerne les caractéristiques liées à l'individu, le lien entre, d'un côté, l'épuisement professionnel et, de l'autre côté, le genre, l'âge ou le niveau d'études, n'est pas établi. Les résultats des études sont divergents.

L'âge est la variable démographique qui est la plus liée au burnout : les plus jeunes seraient plus sujets au burnout. Cependant, il y a un effet d' « *healthy worker effect* » (Schaufeli & Buunk, 2003; Shah, 2009) qui fait que l'âge sélectionne aussi les travailleurs « résistants » au burnout.

Le genre ne semble pas être un prédicteur important du burnout.

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

Les personnes qui ont une éducation plus élevée semblent être davantage sensibles au burnout, probablement parce qu'elles occupent des postes à plus fortes responsabilités, ou qu'elles ont plus d'attentes par rapport à leur travail (Maslach, et al., 2001).

Plusieurs auteurs ont mentionné le rôle des traits de personnalité dans l'apparition d'un burnout. On a notamment invoqué

- le neuroticisme qui correspond à une personnalité anxieuse, hostile et dépressive (tendance à percevoir, construire et ressentir la réalité et les événements comme menaçants, pénibles et problématiques) ;
- des stratégies d'adaptation aux situations stressantes (*coping*) évitantes ou passives plutôt que combatives ou actives ;
- une faible estime de soi (Maslach, et al., 2001; Schaufeli & Buunk, 2003) ;
- se baser plutôt sur le feeling que la réflexion pour agir (Maslach, et al., 2001) ;
- des tendances au perfectionnisme, le caractère consciencieux (être méthodique, organisé, soigné, méticuleux, persévérant, etc.) ;
- le *locus* de contrôle et le style d'attribution (Maslach, et al., 2001; Schaufeli & Buunk, 2003).

Dans leur revue, Alarcon et al. (2009) ont montré que l'estime de soi, le sentiment d'efficacité, le *locus of control*, la stabilité émotionnelle, l'extraversion, le caractère consciencieux, l'optimisme, la personnalité proactive, l'affectivité positive et négative et le courage étaient significativement liés au burnout.

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

La méta-analyse de By Lee et al (2011) a montré que, parmi les antécédents du burnout, l'implication trop importante était le facteur le plus corrélé avec la fatigue émotionnelle, alors que le contrôle était le plus corrélé (négativement) avec la dépersonnalisation et l'accomplissement. D'un autre côté, la satisfaction au travail était le plus liée avec la fatigue, la dépersonnalisation et l'accomplissement.

En résumé il n'y a pas de facteur, excepté la charge de travail, qui peut expliquer l'apparition d'un burnout. La charge de travail renvoie ici à l'expérience subjective que la charge est plus importante que les capacités. Ni l'âge ni le sexe ne semblent être un facteur prédictif. Les travailleurs plus âgés ont néanmoins besoin d'une période plus grande pour récupérer. Il ressort des différentes méta-analyses existantes que le secteur est de moins en moins considéré comme un facteur de risque. Les traits de personnalités sont quant à eux autant des facteurs de protection que des facteurs de risques, en fonction du contexte dans lequel ils se manifestent.

## **2.2.6 Interventions**

Les interventions relatives au burnout peuvent différer de deux manières. D'une part elles peuvent être de prévention primaire, secondaire ou tertiaire. D'autre part, elles peuvent se concentrer sur les individus et les effets sur celui-ci (comme le stress, l'anxiété, la communication, l'activité physique), ou sur un grand groupe d'employés, ou sur l'organisation dans son ensemble et les résultats organisationnels (comme l'absentéisme, le turnover, la satisfaction des employés et la productivité).

### **2.2.6.1 Prévention primaire et secondaire**

#### **2.2.6.1.1 Facteurs sociétaux**

Les stratégies de prévention du burnout doivent prendre en compte les trois types de facteurs de risque identifiés. Ainsi, il est d'abord important que les mondes académique, clinique et politique se mobilisent pour conscientiser à propos de la domination du monde économique par rapport au bien être collectif et individuel, et que des changements à ce niveau soient mis en œuvre. Prévenir ou soigner le burnout doit en effet inclure un changement dans le modèle de société, plutôt que de reposer uniquement sur des solutions adaptatives, ou sur la médication ou la psychologisation.

Les interventions, tant individuelles que collectives, doivent donc être articulées à une nouvelle régulation du travail plus « soutenable », portée par les acteurs sociaux et les pouvoirs publics. Le travail soutenable a été défini par le programme international de recherche SALTSA comme « un système qui doit être en mesure de reproduire et développer toutes les ressources et composantes qu'il utilise » (Docherty et al., 2002). Il s'agit donc de trouver des alternatives aux systèmes intensifs de travail, qui augmentent les rythmes et la charge de travail.

Pour cela, il faut se recentrer sur la qualité du travail, sous toutes ses dimensions, et renforcer la perspective du parcours de vie des individus. La Fondation européenne pour l'amélioration des conditions de vie et de travail (Eurofound) promeut également cette approche, qui associe l'analyse du travail et la prise en compte de l'individu dans son ensemble.

Le concept de qualité de vie, et la manière d'intégrer la dimension dynamique des parcours doivent cependant encore être mieux définies, tant par le monde scientifique, que par les acteurs publics et ceux du monde du travail.

En Belgique, la note de politique générale sur l'emploi de 2015 mentionne la notion de « travail durable », en le définissant comme « un travail qui motive de manière intrinsèque, qui donne suffisamment d'opportunités pour apprendre, qui ne stresse pas et qui laisse suffisamment de liberté pour la famille, le sport et les hobbies. ». Selon Perilleux et Vendramin, les différents axes d'action prioritaires définis dans cette note (par exemple l'emploi des travailleurs âgés, le stress et le burnout, la réintégration de travailleurs en incapacité de travail) ne remettent cependant pas en cause la vision de l'organisation et du travail et ne contestent pas le modèle de la performance, pourtant considérés comme sources potentielles de burnout.

Certaines mesures plus transversales peuvent ainsi être prises pour prévenir le burnout, comme stimuler une vision réaliste des métiers et, dès l'école, soutenir les élèves dans le choix de leur métier ou spécialisation, ou sensibiliser au burnout et promouvoir un mode de vie sain, lutter contre le « *workaholisme* » et le surinvestissement de l'activité professionnelle. On peut également, dès l'enfance, et notamment à l'école, sensibiliser au bien-être, à la gestion du stress et aux autres méthodes de *coping*.

#### **2.2.6.1.2 Facteurs individuels et organisationnels**

Etant donné que les facteurs situationnels et organisationnels jouent un rôle important dans l'épuisement professionnel, la prévention doit également être mise en œuvre dans l'organisation du travail et le management des personnes. Toutefois, plusieurs études constatent que l'évaluation de l'efficacité des interventions centrées sur l'organisation du travail a conduit à des résultats contradictoires et parfois décevants (Schaufeli & Buunk, 2003; Van der Klink et al., 2001).

Une récente méta-analyse (Van Hoof et al., in preparation) montre également que les preuves des effets des interventions axées sur l'organisation, sont partagées. Des effets positifs sont parfois trouvés sur l'absentéisme et la satisfaction des employés, mais aucun effet n'a pu être détecté dans de nombreuses autres études. Ce peu d'effet serait néanmoins davantage lié à la manière dont les interventions sont mises en place plutôt qu'aux interventions en elles-mêmes.

La plupart des études sont peu claires sur la façon dont les interventions ont été mises en œuvre dans le lieu de travail. Les études devraient au minimum décrire la façon dont l'intervention a été mise en œuvre, comment elle a été perçue par les employés et si elle était soutenue par les dirigeants. On s'attend en effet à ce que les interventions aient un plus grand effet quand les employés et les dirigeants la soutiennent.

Cette revue montre également que les interventions dirigées vers l'individu ont des effets plus importants et plus positifs en comparaison aux interventions qui visent les organisations et aux interventions mixtes (dirigées vers l'individu et l'organisation). Ces interventions sont la plupart du temps de prévention secondaire, par exemple apprendre à l'individu à mieux gérer son stress, à identifier les sources d'aide et à adapter son travail (clinique du travail). L'effet sur l'organisation de ces interventions visant l'individu paraît quant à lui minime, voire négligeable.

Ceci peut être expliqué par le fait que ces interventions sont souvent concentrées sur une partie seulement de tous les facteurs susceptibles d'affecter la santé des employés.

Certains auteurs (Maslach et al., 2001 et Schaufeli et Peeters, 2000) estiment cependant que les stratégies individuelles sont relativement inefficaces dans le lieu de travail, puisque les personnes n'y ont pas de contrôle sur les facteurs de stress (contrairement à d'autres domaines de leur vie). Pour ces auteurs, il est en effet inutile de former des individus à faire face au stress et de les renvoyer ensuite à leur environnement de travail stressant.

En pratique, le CSS recommande de combiner des interventions visant l'organisation et d'autres plutôt orientées vers les individus (Hätinen et al., 2007) :

- Au niveau organisationnel, les stratégies rejoignent les stratégies de **prévention des risques psychosociaux**. L'instrument « Indicateur d'alerte des risques psychosociaux », mis au point par le SPF ETCS en 2015, permet par exemple de détecter la présence de risques psychosociaux dans l'entreprise et d'évaluer le niveau où ils apparaissent. Il est évidemment essentiel d'adapter les mesures de prévention aux risques identifiés, qui peuvent être très différents selon l'organisation, le secteur d'activité. Il faut donc toujours commencer par une évaluation du risque psychosocial afin d'identifier les antécédents spécifiques qui devraient être visés par des mesures de prévention. Ainsi, les interventions de prévention primaire vont à la fois viser à favoriser l'enthousiasme et à diminuer les facteurs de stress de l'environnement de travail (voir point 2.2.2 Facteurs de risque), de façon à prévenir le burnout. La méta-analyse de Dreison (2016) a montré que la formation était l'intervention dans l'organisation la plus efficace.  
L'identification des risques psychosociaux, dans laquelle le burnout est évalué, peut par ailleurs également en elle-même permettre de prévenir le burnout par la conscientisation qu'elle apporte.
- Au niveau de l'individu, il s'agit d'apporter suffisamment de ressources aux personnes (notamment, du support social) afin de compenser les effets négatifs des facteurs de risque. Il s'agit alors de **prévention secondaire** : on vise à aider les individus à gérer et à faire face aux facteurs de stress dans le milieu professionnel. Ces interventions sont organisées au sein des entreprises mais se situent à un niveau individuel car il s'agit d'une intervention dirigée vers le ressenti des individus plutôt que sur l'organisation du travail. Il s'agit par exemple de formations continues ou de groupes de soutien par les pairs (collègues ou superviseurs), de créer des espaces où les employés peuvent parler de leur travail et de leurs préoccupations et les accompagner dans la recherche de moyens pour agir sur leur situation de travail et en améliorer la qualité. On vise à développer les compétences et aptitudes de l'individu afin de l'aider à mieux gérer les contraintes du travail (Halbesleben & Buckley, 2004; Maslach, et al., 2001) et à rétablir son équilibre. On peut aussi informer et former les travailleurs : les sensibiliser afin qu'ils sachent détecter d'éventuels signaux (de leurs collègues ou d'eux-mêmes), réduire la discrimination et l'isolement en expliquant que le burnout est surtout lié à des facteurs organisationnels. Toute l'organisation doit être impliquée dans ces formations (ligne hiérarchique, collègues).

Au sujet de la prévention secondaire, Fedris mène actuellement une étude, en collaboration avec l'Ulg (Prof. I. Hansez) et UGent (Prof. L. Braeckman), pour développer un trajet de prise en charge des membres du personnel atteints ou menacés par un syndrome de burnout en relation avec le travail suite à un risque psychosocial élevé (voir Annexe 4). Le trajet a pour objectif de permettre le maintien au travail ou la reprise rapide du travail des membres du personnel souffrant de burnout à un stade précoce.

### 2.2.6.1.3 Détection précoce

Les acteurs de la prévention au sein de l'entreprise (médecins du travail, conseillers en prévention) doivent aussi être attentifs afin de **détecter de manière précoce** les situations à risque. Ils peuvent pour cela s'appuyer sur un ensemble de signaux tant individuels que collectifs :

#### Signaux collectifs :

- les indicateurs liés au fonctionnement de l'entreprise ou de la structure : absentéisme, présentéisme ; turn over ; qualité du travail ; actions sociales...
- les indicateurs liés à la santé et à la sécurité des travailleurs : inaptitudes au travail, demandes d'aménagement de poste, accidents de travail, troubles musculo-squelettiques, pathologies psychiques, situations graves ou dégradées comme des tentatives de suicide, harcèlement...

#### Signaux individuels :

L'individu peut par ailleurs manifester également plusieurs symptômes que les médecins du travail, conseillers en prévention aspects psychosociaux, psychologues et médecins généralistes peuvent détecter en s'appuyant sur les symptômes constitutifs du burnout (voir point 2.2.1.2 Manifestations cliniques), comme la fatigue, les difficultés de concentration, l'irritabilité, la dévalorisation de ses compétences, le désinvestissement, etc.

Ces premiers signes doivent non seulement permettre une prise en charge individuelle mais aussi permettre d'agir en prévention sur la situation professionnelle du travailleur. Le médecin du travail doit notamment jouer son rôle d'alerte collective en prévention des risques dans l'entreprise s'il y a récurrence de signaux, évoquant le début de conséquences sur la santé des travailleurs.

Ces signes d'alerte peuvent cependant facilement passer inaperçus, ce qui peut faire sous-estimer le burnout. De plus, les travailleurs atteints ont tendance à continuer à travailler, ce qui fait que les entreprises ne leur consacrent pas souvent l'attention nécessaire (Maslach & Goldberg, 1998).

Pour faciliter cette détection précoce, un outil a été développé par l'Université de Gand, l'Université de Liège, la clinique du stress CITES et Arista pour le SPF ETCS (disponible sur le site du SPF ETCS). Son objectif principal est d'apporter une aide aux professionnels de la santé (médecins du travail, médecins généralistes, conseillers en prévention aspects psychosociaux, psychologues) pour déceler les signes avant-coureurs du burnout. Le sens clinique du professionnel permet de mettre en évidence la présence du burnout et son importance. Cet outil a aussi pour objectif de donner les premières pistes aux professionnels pour la prise en charge du travailleur.

Il est complété lors d'un entretien avec le travailleur. Il s'agit de cocher les différents symptômes que présente le travailleur selon leurs fréquences d'apparition. Ces symptômes peuvent être aspécifiques mais peuvent tous apparaître chez un travailleur en burnout. Ils sont présentés par ordre d'importance dans chaque catégorie : symptômes physiques, cognitifs-affectifs et comportementaux. La logique de cet outil est de se baser sur le regard du professionnel (jugement clinique) et non sur un nombre minimal de symptômes présents chez le travailleur (même si on constate, à titre indicatif, que 8 symptômes en moyenne seraient rapportés par un travailleur en burnout).

Dans une optique de suivi du travailleur et de collaboration avec d'autres professionnels, il est aussi intéressant de pouvoir comparer les différents volets de l'outil de dépistage au cours des différentes rencontres avec le travailleur en burnout. Plusieurs exemplaires peuvent donc être utilisés par le même professionnel lors de visites successives ou par des professionnels différents.

## **2.2.6.2 Prévention tertiaire**

### **2.2.6.2.1 Introduction**

Le burnout doit être vu comme une alarme qui permet d'arrêter un mode de vie qui n'est pas durable. Il faut donc agir sur les sphères personnelles et professionnelles de l'individu, et lui permettre de successivement, se reposer, se reconstruire, réfléchir et retrouver le désir de travailler, et enfin retourner au travail.

Dans la littérature, on retrouve beaucoup moins de données concernant les aspects curatifs du burnout que ceux qui traitent de l'aspect préventif. De plus, il n'est pas toujours facile de distinguer ce qui relève de la prévention et du traitement (Maslach & Goldberg, 1998; Weber & Jaekel-Reindhard, 2000), puisque les programmes thérapeutiques proposés visent généralement à réduire les symptômes du burnout mais également à favoriser un processus de réadaptation professionnelle, ce qui relève de la prévention tertiaire.

Les actions mises en œuvre doivent en tous cas concerner à la fois le travailleur et son milieu professionnel, pour que les mêmes causes ne reproduisent pas les mêmes effets (éventuellement aussi chez d'autres travailleurs).

Dans leur revue de littérature, Awa et al. (2010) constatent en effet que les interventions centrées sur la personne réduisent l'épuisement professionnel à court terme (6 mois ou moins), tandis qu'une combinaison de ces interventions avec des interventions visant le milieu professionnel a des effets positifs de plus longue durée (12 mois et plus).

Westermann et al (2014) tirent les mêmes conclusions, même si selon eux la preuve est limitée. Cette nécessité d'approche intégrée est confirmée par Grosch et Olsen, cités dans un article de Farber (2000) et dans un article de Friedeman (2000). Blonk et al. (2006) ont également montré qu'une intervention combinant des techniques centrées sur l'individu et d'autres sur le travail a des effets statistiquement significatifs sur le retour au travail à temps plein ou à temps partiel.

Cependant, les effets positifs des interventions diminuent toujours au cours du temps sauf si elles sont intégrées de manière structurelle et/ou qu'il y a des séances de rappel. Etant donné l'adaptation de la législation en Belgique, on peut s'attendre à ce que les entreprises intègrent davantage les facteurs organisationnels de sorte à ce que la durée des effets positifs des mesures soit facilitée.

Pour traiter le burnout le CSS recommande donc d'associer un changement ou une réorganisation au niveau de l'environnement de travail, à diverses formes de counseling et de psychothérapie de réhabilitation (Ahola, et al., 2007 ; Schaufeli & Buunk, 2003) qui visent une reprise du travail.

### **2.2.6.2.2 Interventions individuelles**

#### **Arrêt de travail**

L'intervention auprès d'un travailleur en burnout inclut le plus souvent un arrêt de travail de deux à trois mois.

Aux Pays-Bas on voit aussi apparaître une nouvelle politique selon laquelle on travaille simultanément sur la récupération des symptômes durant le retour du travail, plutôt que de d'abord récupérer et puis retourner travailler (Nieuwenhuijsen, 2004).

Il faut en effet garder à l'esprit la distinction entre psychopathologie et incapacité de travail : ce n'est pas parce qu'on a une souffrance psychique qu'on est incapable de travailler. La littérature concernant les « troubles de santé mentales communs » indique aussi clairement qu'il faut travailler à la reprise dès que la situation de crise est dépassée. Cette distinction entre psychopathologie et incapacité de travail est un nouveau paradigme dans les soins de santé mentale.

Une absence de longue durée pour maladie semble aussi retarder l'amélioration des plaintes et la récupération complète pour nombre d'autres pathologies (par exemple, les douleurs au dos).

Si l'incapacité de travail peut néanmoins être nécessaire pour écarter du risque, il est de toute façon inutile d'être en incapacité de travail sans accompagnement. Le processus doit être accompagné au moins toutes les trois semaines, et des interventions adaptées doivent être menées en temps utile. La thérapie doit être activatrice, viser les solutions et être dirigée vers la récupération du fonctionnement. Le traitement demande aussi une implication active de la personne dans le processus, ainsi que de son environnement.

## **Accompagnement**

Cet accompagnement doit se faire par un professionnel de la santé formé, c'est-à-dire qui possède une expertise clinique couplée à une connaissance du milieu du travail et du psychodiagnostic, indépendant de l'employeur ou des instances de contrôle. Une formation en clinique du travail est indispensable (voir point 2.2.4 Formation des intervenants). Il faut en effet rester vigilant devant la multitude de coachs et thérapeutes qui se profilent comme spécialistes du burnout sans avoir les compétences nécessaires. Il faut également faire attention aux modules d'interventions qui se développent au sein même du milieu professionnel (par exemple les services de prévention). Ces structures, de même que les médecins du travail, n'ont en effet pas comme mission d'effectuer un travail de diagnostic et / ou thérapeutique, et ces offres posent donc plusieurs questions éthiques et déontologiques, notamment en ce qui concerne le secret médical, ou le libre choix de l'intervenant pour la personne. Celle-ci peut en effet se sentir psychologiquement forcée d'accepter la proposition (pour raisons financières, pour éviter le conflit avec l'employeur ...). Cette offre de l'entreprise met également la personne dans une position d'infériorité et l'empêche de réellement envisager toutes les possibilités pour la suite de sa carrière. En offrant ce suivi à la personne, l'entreprise risque par ailleurs de se décharger de toute autre responsabilité.

Les directives multidisciplinaires néerlandaises (2011) élaborées aux Pays-Bas indiquent que l'accompagnement devrait se dérouler en trois étapes :

- La première étape est la phase de la crise. La compréhension et l'acceptation sont les premières conditions pour pouvoir aller plus loin. Il faut en effet pouvoir identifier et accepter les différents sentiments (anxiété, colère, culpabilité, honte, échec, peur ...) que l'on ressent, pour pouvoir ensuite les gérer. Cette phase peut prendre au minimum de 1 à 3 semaines, durant lesquelles des périodes de repos doivent alterner avec des périodes d'activité. Il faut donner des explications, offrir de la perspective, expliquer les plaintes, conseiller sur la structure quotidienne. L'aide doit être courte, rapide et directe.
- La deuxième phase est celle des problèmes et solutions (en moyenne, 3 à 6 semaines). Durant cette phase il faut stimuler la personne à quitter sa position individuelle et avoir une vision plus globale, pour trouver des solutions pour les facteurs qui ont participé à l'apparition du burnout. L'objectif est de faire concorder les ressources de la personne avec les exigences du poste de travail.  
Il faut permettre à la personne d'identifier les forces, les ressources et les faiblesses liées à la profession. On peut aussi identifier ce qu'on attend de son travail, la signification qu'il a et l'importance qu'on y accorde, ainsi que la manière dont on peut atteindre ces attentes, y compris la quantité de travail nécessaire et le stress qu'on se sent capable de gérer. Les attentes non rencontrées ou irréalistes jouent un rôle important dans le burnout. Il est donc important de comprendre les aspects du travail qui ne sont pas compatibles avec les buts, aspirations ou personnalité du travailleur.  
On peut ensuite élaborer des modèles d'adaptation plus constructifs, et explorer d'autres perspectives professionnelles.

L'intervention se focalise donc sur la mise en adéquation de l'exigence de performance avec les ressources disponibles, sur la correction d'attitudes et de conduites dysfonctionnelles, ainsi que sur la faculté de mener un mode de vie correspondant aux valeurs et aux objectifs cruciaux pour l'identité personnelle.

- La troisième phase est celle de l'application des solutions (en moyenne, 3 à 6 semaines). Dans la phase d'application on stimule la personne à appliquer les solutions trouvées dans sa situation quotidienne (travail, privé, social) pour mieux correspondre à ses besoins. On va donc mettre en place des actions pour réduire les sources de stress qui ont été identifiées et aider le travailleur à trouver une manière de réagir aux conditions responsables du burnout. C'est la personne elle-même qui doit élaborer un schéma avec ses activités tant personnelles que sociales, parmi lesquelles le travail. L'équilibre doit pouvoir être trouvé entre le temps passé au travail par rapport à celui à la maison.

La personne pourrait donc récupérer son fonctionnement et participer à ses rôles sociaux en moyenne en 3 mois. Cette durée est évidemment indicative, car elle peut fortement varier d'un individu à l'autre. En fonction de la personne et de l'état (de fatigue notamment) dans lequel elle était au départ, plus de temps peut être nécessaire. D'un point de vue clinique, trois semaines semblent en effet bien souvent insuffisantes pour récupérer lors de la phase de crise. La stabilisation des symptômes et du fonctionnement peut être une indication, par exemple s'il n'y a pas de détérioration (en tenant compte des facteurs contextuels) et que la personne est capable d'être active pendant 4h. Lorsque les circonstances ne rendent pas possible un retour au travail précoce, il faut envisager d'autres options (comme le bénévolat) pour activer la personne. Une attention particulière doit par ailleurs être accordée à la surveillance de l'énergie, afin que la personne apprenne à répartir son énergie et à prévoir les pauses nécessaires, et qu'une amélioration durable de l'état énergétique puisse s'opérer.

Le rôle de l'intervenant évoluera évidemment en fonction de l'étape du trajet de soins, mais ses consultations en clinique du travail reprendront généralement les tâches suivantes (FEDRIS, août 2017):

- écouter et parler de la réalité du travail, en donnant de la place à la subjectivité et reconnaître la souffrance ;
- faire identifier à la personne les ressources personnelles, collectives (notamment organisationnelles) mais aussi médicales et légales dans le but de lui permettre de redevenir acteur de sa situation ;
- faire réfléchir la personne sur les moyens de redonner du sens au travail dans sa vie et travailler sur ses attentes pour que celles-ci puissent être mieux en accord avec la réalité du travail ;
- apporter un soutien individuel et un accompagnement de carrière dans le sens d'aider la personne à dresser un bilan de sa carrière et identifier avec elle ce qu'il peut ou veut encore faire. Eventuellement construire avec le client un nouveau projet professionnel sur cette base-là ;
- définir avec la personne le type de soutien et d'accompagnement psychologique éventuellement nécessaire : techniques spécifiques individuelles comme les approches cognitive, comportementale, émotionnelle ou corporelle (e.g. relaxation); ou des techniques collectives incluant les formations de type 'self-management skills' (e.g. gestion du stress, récupération d'énergie) ou les groupes de soutien par les pairs ;

- échanger avec la personne sur l'opportunité d'une réunion pluridisciplinaire avec le lieu de travail et le cas échéant préparer le travailleur à cet échange sur les conditions de travail pour réfléchir au maintien au travail (e.g. clarification du rôle, des responsabilités, du type de soutien du superviseur direct, de la quantité/temps de travail) ou au retour au travail en cas d'absence maladie (e.g. retour progressif, aménagement des conditions de travail, préparation des collègues et de la ligne hiérarchique). L'intervenant va permettre au travailleur de bénéficier d'éléments d'analyse, de questions à poser à l'employeur, l'objectif étant de préparer le travailleur à négocier son maintien/retour dans l'emploi avec des éléments pertinents.

L'intervenant assure également l'organisation et le suivi des séances de soutien et d'accompagnement psychologique nécessaires à la personne, propose des séances de psychoéducation sur le stress, le burnout et la dépression, une amélioration des compétences en gestion du stress, en résolution de conflits, en interaction sociale, prévention des rechutes, orientation de carrière et en stratégies d'adaptation, ainsi que sur la récupération d'énergie, le sommeil, et l'hygiène de vie.

### Interventions thérapeutiques

Le traitement comporte aussi l'utilisation de diverses stratégies thérapeutiques. Comme toute intervention psychiatrique et psychothérapeutique, l'intervention auprès de l'individu doit avoir lieu selon une approche multidimensionnelle. Etant donné la complexité du tableau clinique, il n'est pas possible de traiter tous les burnouts avec la même stratégie d'intervention. Par ailleurs, étant donné la diversité dans les études (types d'interventions, méthodes utilisées, objectifs etc.) il est difficile de donner des recommandations claires concernant les interventions à mettre en place.

Seule la **thérapie cognitivo-comportementale** a suffisamment de preuves dans la littérature pour être recommandée dans les interventions. Les interventions comportementales cognitives sont cependant aussi les plus étudiées, ce résultat peut donc venir uniquement du fait qu'il y a peu d'autres techniques thérapeutiques qui ont été étudiées à ce jour.

La thérapie cognitivo-comportementale convient en effet très bien pour travailler sur une conception de soi négative, sur des attitudes et des stratégies d'adaptation dysfonctionnelles ainsi que sur des problèmes interpersonnels.

On peut ainsi utiliser des techniques visant à développer les capacités d'adaptation et à évaluer leur efficacité pour résoudre des problèmes ou réduire la tension émotionnelle dans une situation de stress (Maslach, et al., 2001; Schaufeli & Buunk, 2003; Schaufeli & Peeters, 2000). Ce type d'intervention auprès de professionnels concernés par l'épuisement professionnel a prouvé une certaine efficacité, même après un an (Schaufeli & Enzmann, 1998). Terluin et al. (2005) a également montré que les thérapies cognitivo-comportementales ou de résolution de problèmes pouvaient être efficaces.

Bien que des recherches soient encore nécessaire à ce sujet, d'autres programmes psychothérapeutiques comme les formations à l'affirmation de soi ou aux aptitudes psychosociales ou relationnelles ont aussi montré des effets positifs (Awa, et al., 2010), de même que l'apprentissage de la relaxation (Schaufeli & Buunk, 2003; Schaufeli & Peeters, 2000; Van Rhenen et al., 2005), ou d'autres interventions de **thérapies corporelles**. Celles-ci favorisent en effet la relaxation profonde et promeuvent la perception du corps (ou conscience corporelle), qui est le plus souvent réduite en cas de stress, intensifiant ainsi le processus d'une nouvelle prise de conscience de soi-même et des propres ressources. Pour servir d'exercices de décontraction, divers procédés peuvent être mis en oeuvre comme la relaxation musculaire progressive, l'entraînement autogène (autorelaxation), le qi gong, le yoga. Les recommandations suisses mettent quant à elles l'accent sur la pratique d'exercices d'attention réguliers, qui concourt à la relaxation, à la réduction durable du stress, au développement d'une plus grande sérénité et d'une meilleure acceptation de soi.

Ils conseillent d'inciter les sujets souffrant d'un burnout à faire régulièrement des exercices d'attention en groupe pouvant être complétés par des exercices individuels. Par exemple, la méthode «Mindfulness-based Stress Reduction» (MBSR) de réduction du stress fondée sur la pleine conscience (Kabat-Zinn & Kroh, 2006 ; Lehrhaupt et al., 2013) est simple à transmettre, peu exigeante et efficace. Selon Van Hoof et al. (in preparation), la formation à la pleine conscience qui met l'accent sur l'amélioration des techniques d'auto-régulation d'un individu apporte des effets positifs sur l'employé, mais pas sur l'organisation en tant que telle. La HAS (2017) recommande également des interventions centrées sur la personne de type relaxation et techniques psychocorporelles (combinées à des interventions d'ordre organisationnel).

L'évaluation de ces interventions donne cependant des résultats contradictoires et leur effet se limite souvent à une réduction de l'épuisement émotionnel, sans avoir d'impact sur la dépersonnalisation ou l'accomplissement personnel (Awa, et al., 2010; Halbesleben & Buckley, 2004; Maslach, et al., 2001; Schaufeli & Buunk, 2003).

Une méta-analyse a montré que les stratégies individuelles telles que les interventions cognitivo-comportementales, les techniques de relaxation, et les interventions multimodales (par exemple, une combinaison des deux) sont efficaces pour réduire le stress au travail (Schaufeli & Peeters, 2000; Van der Klink et al., 2001). Parmi celles-ci, les interventions cognitivo-comportementales sont les plus efficaces. Une méta-analyse publiée en 2008 a confirmé cette constatation (Richardson & Rothstein, 2008), tandis qu'une revue de Regehr et al. (2014) a aussi montré que les approches cognitives, comportementales et basées sur la pleine conscience sont efficaces pour diminuer le stress auprès des étudiants en médecine et médecins praticants et que ces approches pourraient contribuer à diminuer le burnout chez les médecins.

Les mesures cognitives et comportementales semblent en fait avoir une influence positive sur des paramètres psychologiques, tandis que les mesures de relaxation ont davantage d'impact sur les paramètres physiologiques (Murphy, 1996). Des traitements combinés alliant les deux approches se sont avérés les plus efficaces.

Une récente méta-analyse (Van Hoof et al., in preparation) montre aussi qu'il y a de plus en plus de soutien scientifique pour les **interventions psychologiques positives**. (Bohlmeijer et al, 2014 Bohlmeijer & Hulsbergen 2013. Fava et al, 2011 ; & Fava Tomba 2009, Fava et al, 2005. Fava et al., 2004;. Fava et al 1998). Les interventions psychologiques positives sont souvent proposées comme traitement de bien-être et partent des forces de la personne. Il s'agit d'une intervention structurée, directive de 8 sessions basée sur un modèle de psycho-éducation (Fava & Tomba, 2009). Dans la première phase de traitement, le patient enregistre les moments où il se sent bien ou expérimente du bien-être. Il enregistre également l'intensité de ce bien-être, les circonstances et les pensées qui clôturent (de manière précoce) ce moment. De cette façon, le patient comprend ce qui est important pour lui et quelles sont les barrières (comme les cognitions) qui l'empêchent d'être bien plus longtemps. Il s'agit d'augmenter la capacité à faire des choix basés sur l'acceptation de soi et l'autonomie et visant des objectifs personnels significatifs. Il s'agit aussi d'avoir confiance en ses propres capacités à atteindre ces objectifs, et de pouvoir les atteindre dans le contexte social et de relations positives. Lorsque les gens sont capables de vivre de cette façon, ils peuvent mieux faire face à de plus grands et plus petits problèmes et réduisent le risque de trouble mental.

D'après cette méta-analyse, autant les approches cognitivo-comportementales que les interventions psychologiques positives ont un impact sur les résultats organisationnels, à savoir l'absentéisme.

Cette méta-analyse montre aussi des effets positifs pour la thérapie d'acceptation et d'engagement, la thérapie d'inoculation du stress et la formation à la gestion du stress, l'entraînement des compétences (communication, gestion des conflits, gestion du temps, etc.). Des résultats mitigés sont par contre retrouvés pour les interventions multimodales (thérapie cognitivo-comportementale et pleine conscience par exemple), et les programmes d'aide aux employés.

Il n'existe actuellement pas suffisamment de preuve d'efficacité dans la littérature de son efficacité, mais une approche interpersonnelle ou une **approche systémique** associant le partenaire ou la famille peuvent être instaurés, car le burnout peut souvent être la cause de problèmes interpersonnels (Hochstrasser et al., 2016). Or, il est aussi important d'avoir la collaboration de l'environnement, le soutien social étant essentiel pour surmonter le burnout, et particulièrement le soutien social dans le milieu professionnel. Il est donc important de remettre sur pieds ces relations, peut-être mises à mal par le burnout, qui pousse souvent à mettre à distance ceux qui veulent aider.

Les personnes atteintes d'un burnout subissent la plupart du temps une crise de sens et elles considèrent leur mode de vie orienté jusqu'à présent vers la performance et le succès comme étant inadapté à la transposition de leurs valeurs et de leurs objectifs. Il est aussi très utile d'aborder activement ces questions lors du traitement. Même si la littérature ne fournit pas de preuve concernant l'efficacité de cette approche, il importe que le praticien soit au moins ouvert à cette **perspective existentielle** (Hochstrasser et al., 2016), et puisse soutenir la personne qui souhaiterait faire d'autres choix de vie.

D'après les recommandations suisses (Hochstrasser et al., 2016), une **activité sportive** modérée, adaptée aux capacités physiques constitue un élément constitutif pertinent du traitement du burnout. Elle contribue à réduire le stress, elle sert d'adjuvant aux antidépresseurs et elle permet de structurer la journée.

En pratique tous les sports peuvent être utilisés mais on conseillera surtout les sports aérobiques et ceux entraînant peu de lésions physiques ou articulaires.

Enfin, un **traitement neuropsychologique** peut être utile pour les problèmes de concentration, compréhension, attention, mémoire... Il arrive en effet souvent que ces pertes cognitives persistent, alors que les autres symptômes se trouvent déjà en rémission, et qu'elles puissent faire échouer une réintégration professionnelle.

La **médication** n'a quant à elle en principe pas de place dans le traitement du burnout et n'est pas recommandée par les directives actuelles. Le risque existe notamment que la personne attribue toute amélioration au médicament et non pas à ses propres actions et forces.

On ne trouve en tous cas pas de preuve de l'efficacité de l'utilisation d'antidépresseurs pour traiter le burnout en première ligne (LVE, NHG, NVAB, 2011). Ceux-ci ne sont en effet pas efficaces dans une dépression majeure légère ou modérée. Ils ne sont donc vraisemblablement pas efficaces en cas de plaintes plus légères encore comme le burnout. Ce type de traitement est cependant souvent proposé, parce que le burnout est confondu avec une dépression. Or, les individus en burnout sont souvent capables de récupérer sans médication psychotropes. Parler, être soutenu et utiliser différentes méthodes de coping sont souvent suffisantes.

Des traitements pharmacologiques (antidépresseurs) peuvent cependant être proposés en présence d'un trouble dépressif, selon le type et la gravité des symptômes (Ahola, et al., 2007; Weber & Jaekel-Reinhard, 2000).

Une attention particulière doit par ailleurs être accordée à l'hygiène du sommeil et au traitement des insomnies existantes.

## **Retour au travail et interventions dans l'organisation**

Pour faciliter le retour au travail et éviter tout risque de rechute, il est important que des actions soient entreprises au niveau des facteurs de risque identifiés au travail. Le travailleur ne doit en effet pas se retrouver pas un cadre de travail identique. Le retour à l'emploi doit donc se préparer avec la personne et son environnement personnel et professionnel (employeur, ressources humaines, responsable direct, collègues et médecine du travail), et en garantissant un espace et un temps intermédiaires sécurisants qui permettent à l'individu de se reconstruire une identité professionnelle. Il faut notamment pouvoir s'assurer de la bienveillance de l'environnement de travail.

Une collaboration étroite entre les professionnels de la santé (médecin, psychiatre, psychologue) et le milieu professionnel (médecin du travail, médecin conseil, conseiller en prévention aspects psychosociaux...) doit donc être mise en place aussi vite que possible<sup>3</sup>. Une bonne collaboration entre les professionnels est en effet nécessaire pour que les méthodes utilisées par chacun soient cohérentes. Les professionnels doivent aussi chacun bien connaître les limites de leur domaine de compétences et savoir quand il devient nécessaire d'impliquer d'autres professionnels. Le professionnel de la santé qui intervient doit donc avoir un contact avec le milieu de travail et pouvoir exercer une influence concrète dessus. Il doit seconder la personne lors d'un entretien avec l'employeur et débattre de la réinsertion progressive ainsi que des ajustements requis du poste de travail.

L'échange d'information doit toujours se faire avec l'accord de la personne : il faut bien sûr dans ce cadre respecter le secret médical et la confidentialité des données médicales et individuelles. Idéalement, cette concertation se fait donc parmi les professionnels qui entrent dans le cadre de l'arrêté royal réglementant les professions de santé afin de garantir le respect du secret partagé.

L'arrêté royal « réintégration » du 28 octobre 2016, entré en vigueur le 1<sup>er</sup> décembre 2016 permet aux travailleurs en incapacité de travail de longue durée de réintégrer le milieu professionnel en leur donnant un travail adapté ou un autre travail soit temporairement, soit définitivement. Bien que la procédure soit toujours sur base volontaire, il est maintenant aussi possible que l'employeur demande lui-même un trajet de réintégration pour ses travailleurs malades, à partir du moment où l'incapacité atteint 4 mois. L'AR prévoit pour ce trajet de réintégration une concertation entre le médecin du travail, le médecin conseil, le médecin traitant, l'employeur et le travailleur. Cet arrêté royal promeut également l'aspect collectif de la mise en place d'une politique de réintégration au sein de l'entreprise, puisqu'il prévoit que l'employeur consulte régulièrement le comité pour la prévention et la protection au travail au sujet des possibilités, au niveau collectif, de travail adapté ou d'autre travail et aux mesures pour adapter les postes de travail.

Dans cette optique, une étude est aussi en cours au "Centrum voor Omgeving en gezondheid" de la KU Leuven, dans le but d'élaborer un trajet pour favoriser le retour au travail de travailleurs absents pour burnout, en mettant en place des mesures tant individuelles que liées à l'organisation. L'étude vise aussi à impliquer tous les acteurs concernés (médecin, psychologue, médecin du travail, médecin conseil, employeur, manager...), en accordant une attention particulière à la communication entre eux.

Plusieurs possibilités peuvent être envisagées pour le retour au travail, comme un changement complet ou une continuité avec les projets antérieurs, en mettant en place un dispositif de suivi progressif (très rapproché au début, puis ajusté) pour veiller à réguler la charge de travail, rediscuter pas à pas des enjeux de l'activité et des priorités.

Une reprise des activités professionnelles à temps partiel peut aussi aider les personnes à reprendre leur travail à temps plein par la suite (si on adapte les conditions de travail) et ce grâce à divers mécanismes comme l'expérience de réussite, le sentiment d'auto-efficacité et de contrôle, etc. (Blonk, et al., 2006).

Il n'est par ailleurs pas recommandé de changer de travail trop tôt, au risque de renforcer le sentiment d'échec et de repartir sur de mauvaises bases dans un nouvel environnement. Il faut plutôt d'abord essayer d'identifier les problèmes dans l'emploi actuel et d'entreprendre des actions face aux sources de stress.

Si toutes les tentatives d'éliminer les sources de stress ou de changer le milieu professionnel ont échoué il faut alors penser de manière prudente à la suite, en définissant par exemple de manière réaliste l'emploi adéquat pour la personne

---

<sup>3</sup> Pour cela, on peut également se référer aux rapports du SPF ETCS sur la collaboration entre médecins généralistes et médecins du travail (Amélioration de la collaboration entre le médecin généraliste et les médecins conseils et les médecins du travail, 2011 et Validation des propositions issues du projet sur la collaboration entre les médecins, 2013).

Enfin, au-delà de la prise en charge du travailleur et de la préparation de son retour dans les meilleures conditions possibles, l'entreprise doit, plus globalement, identifier les facteurs liés au travail qui ont pu ou qui peuvent favoriser l'apparition et le développement du burnout et mettre en place une démarche de prévention collective en utilisant les stratégies de prévention primaire déjà développées plus haut.

Par ailleurs, la formalisation et la transparence du dispositif d'accompagnement sont essentielles pour le retour du travailleur mais aussi pour le collectif de travail qui voit, de ce fait, que l'entreprise a pris conscience de l'existence et de l'importance du sujet, et qu'elle prend des mesures de prévention adaptées.

Il y a quelques études qui surveillent les trajectoires de retour au travail, avec un impact positif en conséquence. Les trajectoires de retour au travail facilitent le retour au travail, préviennent les rechutes et se concentrent sur la réduction de l'absentéisme. Ces trajectoires ont été encore trop peu étudiées dans des études comparatives (par rapport à d'autres interventions et / ou à des listes d'attente).

Il peut aussi être utile de mettre en place au sein de l'entreprise des espaces de soutien et de discussion autour du travail afin qu'il n'y ait pas de stigmatisation de la personne.

### **2.2.7 Pronostic**

Il y a beaucoup d'études sur les facteurs de pronostics, mais la qualité de certaines études, les différences dans les définitions utilisées, la différence dans les facteurs explorés et les différences dans l'opérationnalisation font qu'il est difficile de tirer des conclusions.

Les métaanalyses ne permettent pas de tirer de conclusions, et il n'y a pas de preuves qui permettent de trouver des facteurs de pronostics spécifiques, si ce n'est qu'il y a une grande diversité de facteurs, souvent contradictoires, associés à un retour différé au travail.

Sur base de la revue de Dekkers- Sanchez, qui a pu mettre en évidence des facteurs de risque de long absentéisme, les recommandations néerlandaises recommandent malgré tout que les prestataires de soins (médecins, psychologue, médecin du travail) aient une attention particulière pour les personnes qui :

1. ont plus de 50 ans ;
2. ont une histoire importante d'absentéisme (plus de 100 jours dans les 12 derniers mois) ;
3. ont des croyances basées sur la peur et les obstacles concernant leur retour au travail, présentent des signaux d'évitement ou sont connus pour un style de coping passif ;
4. ne sont pas confiants dans leur capacité à un retour au travail réussi (ne s'attendent pas à pouvoir retourner au travail ou ont besoin de plus de 3 mois pour y penser) ;
5. si la fatigue est fortement au premier plan des plaintes.

### **2.2.8 Formation des intervenants professionnels de santé**

#### **2.2.8.1 Introduction**

Afin d'assurer aux personnes souffrant de burnout un suivi de qualité, le CSS juge important de définir quelles compétences doivent avoir les intervenants ayant comme missions le diagnostic (anamnèse, diagnostic, diagnostic différentiel) et la prise en charge des travailleurs détectés en première ligne par leur médecin généraliste ou médecin du travail. Il est en effet important que ces professionnels de la santé aient une expérience clinique ainsi qu'une connaissance du milieu du travail, ce qui demande une formation spécifique.

Afin de pouvoir définir le contenu de la formation des intervenants qui vont accompagner les personnes en burnout, un aperçu est d'abord proposé des formations existantes liées à la prévention primaire, secondaire et tertiaire du burnout tant au niveau national qu'international. Ce premier inventaire est complété par une revue de la littérature scientifique sur les compétences nécessaires pour l'intervenant dans la prise en charge du burnout.

Enfin, des pistes pour la formation des intervenants-burnout sont proposées. Les objectifs de la formation, les contenus thématiques de la formation et le public-cible sont décrits.

### **2.2.8.2 Aperçu des formations sur la prise en charge du burnout**

La recherche d'informations sur les formations disponibles en français sur la prise en charge du burnout a été effectuée via Google, en introduisant des mots-clés tels que formation burnout et en consultant les sites universitaires. Les recherches ont permis de distinguer les organismes proposant des formations courtes sur le burnout (1 ou 2 journées), des formations de plus de 10 jours sur le burnout, d'autres formations non académiques et indirectement liées à la prise en charge du burnout (e.g. en *disability management*) et les formations académiques.

En Flandre, la plupart des formations sont des initiatives commerciales. Dans une bien moindre mesure, elles le sont également par des institutions de formation reconnues telles que SYNTRA, CBTRA, *Centrum voor afstandsonderwijs*, *The Human Link* ou la *Huis voor Veerkracht*.

En ce qui concerne les exigences de formations préalables, des réserves sont rarement exprimées au niveau des critères d'inclusion. Toutes les formations sont les bienvenues. C'est ainsi qu'à la *HRAcademy*, le diagnostic différentiel est enseigné aux non-psychologues. Seules les institutions *The Human Link* et *Huis voor Veerkracht* utilisent des critères de sélection, à savoir, respectivement, celui de psychologue clinicien avec un nombre minimum d'années d'expérience et celui d'une supervision par année civile (référence: reboarding.be).

Dans la formation dispensée par le NIDMAR, l'accent se situe sur la gestion des cas d'invalidité et la facilitation de la capacité de travail. Une distinction claire est opérée entre la psychopathologie/les problèmes d'adaptation psychologique et l'incapacité de travail. Au niveau de l'incapacité de travail, l'attention se porte sur le potentiel au travail et sa valorisation. Cette formation s'adresse à un public diversifié, ce qui signifie que les connaissances préalables sont tout à fait hétérogènes.

Un regard sur le champ d'application révèle que celui-ci est également très varié. S'y croisent les coachings privés, de carrière, d'entreprise, les psychothérapies et les interventions en psychologie clinique. Les prix varient entre €35 et €250 par session. Parmi les initiatives citées par la *Huis voor Veerkracht* figure la surveillance de la qualité (référence: reboarding.be), mais davantage d'informations ne sont pas disponibles (ce qui ne veut pas dire qu'elle n'a pas lieu).

On peut voir en annexe 2 des exemples relatifs à chacune des catégories de formation.

### **2.2.8.3 Compétences des intervenants dans la littérature**

Afin de définir les compétences nécessaires pour pouvoir intervenir dans le domaine du burnout, une recherche a été menée sur plusieurs bases de données, notamment ERIC (éducation) et PsychInfo (psychologie) avec les combinaisons de mots-clés « *skills; care; burnout; disability management* » ainsi que CAIRN (sciences humaines et sociales) avec les mots-clés « référentiel de compétences burnout » et « Prise en charge burnout compétences ». Ces recherches ont été complétées par une investigation dans Google Scholar.

La recherche de littérature scientifique n'a pas permis de mettre en évidence un référentiel validé de compétences des intervenants responsables de la prise en charge du burnout. On trouve principalement des articles sur les compétences à développer pour se rétablir/éviter soi-même un burnout.

On trouve néanmoins quelques articles concernant le « disability management », et plus particulièrement, les compétences des « coordinateurs pour le retour au travail » (return to work coordinators). A ce sujet, Gardner, Pransky, Shaw, Hong, & Loisel (2010) définissent 10 groupes de compétences pour les coordinateurs pour le retour au travail : (1) qualités individuelles, (2) connaissances pertinentes de base, (3) attitudes 'retour au travail', (4) aptitudes organisationnelles et administratives, (5) aptitudes d'évaluation, (6) aptitudes de communication, (7) aptitudes aux relations interpersonnelles, (8) aptitudes en résolution de conflit, (9) aptitudes en résolution de problèmes et (10) aptitudes de facilitation du retour au travail.

Selon Saint Arnaud et Pelletier (2013), le succès des interventions dépend davantage de compétences liées au travail, en communication, en médiation et en résolution de conflits que de compétences liées à une formation en sciences de la santé.

Bohatko-Naismith, James, Guest & Rivett (2015) regroupent les compétences en 3 thèmes principaux:

- Aptitudes de communication: écoute active, aptitudes de négociation, résolution de conflit, aptitudes à la résolution de problèmes et à la médiation, aptitudes interpersonnelles, aptitudes au conseil et à l'accompagnement, aptitudes organisationnelles.
- Caractéristiques du Coordinateur 'Retour au travail': empathie, leadership, aptitude au 'multitâches', persévérance/persistance, compassion, amical, organisé, soutenant, assertif, sociable, adaptable, patient, expérience de vie, expérience acquise (formation).
- Gestion du processus de retour au travail.

#### **2.2.8.4 Profil de compétences**

Les professionnels de la santé qui vont diagnostiquer et accompagner des personnes en burnout doivent avoir la capacité à détecter/dépister précocement le burnout et à prendre en charge des travailleurs/patients souffrant de burnout, ce qui suppose de maîtriser les approches à la fois de maintien au travail (prévention secondaire) et de retour au travail (prévention tertiaire) en s'assurant de plus que des recommandations au niveau primaire soient adressées à l'employeur sur base des problématiques identifiées comme étant la cause de souffrance au travail.

Plus spécifiquement au niveau de la clinique du travail, les intervenants doivent pouvoir orienter leurs investigations cliniques dans le domaine spécifique de l'étiologie des troubles mentaux associés au travail.

Ils doivent aussi être sensibilisés à la prévention primaire, y compris aux solutions organisationnelles et/ou ergonomiques précises à négocier/conseiller à l'employeur dans le cadre de la prise en charge de travailleurs en burnout.

En se référant au CanMEDS, modèle reconnu internationalement qui définit sept rôles / pôles de compétences du médecin (expertise médicale, scientifique, communication, professionnalisme, collaboration, rôle social et organisationnel), le CSS recommande que les intervenants dans le cadre du burnout développent les compétences suivantes :

- compétences liées à la connaissance de la réalité organisationnelle (psychologie du travail, changements organisationnels, flexibilité, compétitivité, stratégies RH, nouveaux modes de management, etc.) ;
- compétences en évaluation de la santé mentale, en psychopathologie générale, psychodiagnostic, en psychopathologie du travail ainsi que des compétences liées au diagnostic différentiel du burnout par rapport à la dépression, la fatigue chronique, la fibromyalgie, le bore-out ou l'ennui au travail, la souffrance relationnelle au travail en ce compris le harcèlement moral, le conflit et l'hyper-conflit ;

- compétences en clinique du travail : écoute de la réalité du travail, identification des ressources personnelles et organisationnelles, aborder le sens du travail, accompagnement de carrière, suivi global du processus de prise en charge. Comprendre la différence entre la psychopathologie, les problèmes d'adaptation psychique et l'incapacité de travail ;
- connaissances générales sur les techniques individuelles de gestion du stress (e.g. approches psychocorporelles et approches cognitivo-émotionnelles), techniques de stabilisation et interventions non verbales ;
- et, dans une moindre mesure, des compétences en communication, en médiation et résolution de conflits ; dans le sens où l'intervenant doit pouvoir jouer un rôle de mise en réseau et de coordinateur des différents intervenants impliqués de relais d'information envers l'employeur et les acteurs de la prévention par rapport aux problématiques travail et donner des pistes de recommandation au niveau de la prévention primaire.

La formation doit aussi inclure les aspects déontologiques, et notamment les limites du secret professionnel et ses implications pour le travail interdisciplinaire et l'échange d'informations dans l'intérêt du patient.

La pratique supervisée est par ailleurs indispensable à la formation de ces professionnels (25h minimum). Les dispositifs peuvent être variés selon les opportunités de collaboration avec les cliniques du travail (professionnels de la santé) et les environnements de travail :

- stage en clinique du travail – dépistage/diagnostic/suivi du processus,
- stage en entreprise dans le cadre du maintien ou retour au travail,
- supervisions cliniques de groupe,
- supervisions individuelles,
- forums de discussions sur des cas pratiques.

A ce stade, il est probablement plus réaliste d'envisager une intervision entre intervenants dans une perspective longitudinale, éventuellement sur une plate-forme électronique sous la forme de forums de discussion.

Il serait aussi utile de mettre en place un système d'accréditation, afin de s'assurer d'une activité clinique minimum et d'une formation continue.

Des professionnels de la santé ayant des profils de base très différents vont pouvoir développer ces compétences et intervenir dans le cadre du burnout : psychologues du travail, psychologues cliniciens, sociologues cliniciens, médecins du travail, médecins généralistes, médecins conseil, médecins spécialistes en réadaptation fonctionnelle, psychiatres (dont les psychiatres spécialisés en réadaptation fonctionnelle).

Les diplômes requis sont donc les suivants : Master en Sciences Psychologiques, Finalité Travail et Organisation ; Master en Sciences Psychologiques, Finalité Clinique ; Master en Sciences Psychologiques, Finalité Santé ; Master spécialisé en Médecine du Travail ; Master spécialisé en Psychiatrie ; Master en Médecine générale ; Master en sociologie à orientation clinique ; Master spécialisé en médecine physique et réadaptation.

Les professionnels de la santé devront donc se former en fonction de leur profil spécifique, pour compléter leur formation de base et avoir les compétences nécessaires (voir contenus de la formation en annexe 3).

### 3. CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

Le burnout est une problématique d'actualité, qui concerne à la fois le domaine de la santé et le secteur professionnel, et implique de ce fait de nombreux acteurs. Différentes initiatives intéressantes ont d'ailleurs été mises en place ces dernières années. Le CSS a tenté de faire un état des lieux prenant en compte les différents aspects, c'est-à-dire la prévention primaire, secondaire et tertiaire et ce tant du point de vue de l'individu que de l'organisation. Cet état des lieux amène à faire plusieurs recommandations :

- Etant donné que le burnout est lié au modèle de société, le CSS recommande d'abord que les acteurs sociaux et les pouvoirs publics mènent une réflexion générale sur le modèle de société, et plus particulièrement sur un nouveau modèle d'organisation du travail plus « durable » et « soutenable », qui serait moins orienté vers la performance.
- Pour la prévention primaire, secondaire et tertiaire du burnout, le CSS recommande par ailleurs d'agir principalement au niveau de l'organisation.
- Pour la prévention et la détection précoce, le CSS recommande de revaloriser la fonction du médecin du travail afin qu'il puisse pleinement jouer son rôle concernant ces aspects. Il doit notamment y être mieux formé, mais aussi être plus facilement et directement accessible par les travailleurs.
- Il faut aussi prévoir qu'une aide professionnelle adéquate puisse être apportée dès les premiers signes de souffrance (stress au travail par exemple).
- Pour l'évaluation et l'accompagnement des personnes en burnout, le CSS recommande de s'assurer que les intervenants soient formés et disposent des compétences définies dans le profil de compétences. Pour cela, une certification d' « intervenant burnout » pourrait être mise en place. La formation doit aussi prévoir un système d'accréditation qui tient compte de l'activité clinique par année. Ce domaine est en effet en pleine expansion et un intervenant qui ne rencontre que peu de cas risque de ne plus pouvoir offrir les meilleurs soins disponibles.
- Par ailleurs, ces intervenants doivent être indépendants de l'employeur et des instances de contrôle, et ne devraient donc pas être issus du monde professionnel de la personne en burnout (par exemple, services de prévention).
- Pour le diagnostic, pour lequel on ne dispose pas de critères établis ni d'instrument d'évaluation validé, le CSS recommande de développer un instrument de mesure valide et fiable, avec des scores de cut-off clairs. Cet instrument devrait permettre d'une part d'estimer la prévalence du burnout dans la population et d'autre part d'identifier les cas de burnout individuels. Il serait ainsi également possible d'identifier où il est nécessaire de développer des mesures de prévention secondaires.
- En cas d'accompagnement, l'intervenant doit viser à la fois la réduction des symptômes et la réintégration au travail. Pour cela, il doit pouvoir faire des recommandations à l'organisation en terme de prévention primaire, qui devraient devenir contraignantes.
- Le CSS recommande également de prévoir un suivi des trajets de soins, afin de pouvoir évaluer leur impact sur le retour au travail.
- Au-delà de la formation des « intervenants burnout », le CSS recommande de donner plus de place aux pathologies psychosociales dans les programmes de formation et dans le développement professionnel continu des professionnels de santé.
- Certaines professions, comme les enseignants ou les infirmiers, qui sont particulièrement à risque de burnout, pourraient aussi profiter d'une attention particulière en la matière lors de leur formation.
- La sensibilisation au bien-être, à la gestion du stress, aux autres méthodes de coping, et à un mode de vie sain pourrait également se faire dès l'enfance, notamment à l'école. Des campagnes d'information sur ces sujets peuvent également être faites pour le grand public.

- Etant donné les différents acteurs impliqués, il serait utile de constituer une structure de coordination entre les différents domaines concernés (emploi, santé, sécurité sociale, recherche etc.) pour faciliter les collaborations et mettre en place des politiques cohérentes.

#### 4. REFERENCES

Académie nationale de médecine. Le burnout. France; 2015.

Alarcon, G., Eschleman, K. J., & Bowling, N. a. (2009). Relationships between personality variables and burnout: A meta-analysis. *Work & Stress*, 23(3), 244–263. <http://doi.org/10.1080/02678370903282600>

Awa WL, Plaumann M, Walter U. Burnout prevention: a review of intervention programs. *Patient Educ Couns* 2010;78(2):184-90.

Bakker AB, Schaufeli WB, Demerouti E, Janssen PMP, Van der Hulst R, Brouwer J. Using equity theory to examine the difference between burnout and depression. *Anxiety Stress Coping* 2000;13:247-68.

Bakusic J, Schaufeli W, Claes S, Godderis L. Stress, burnout and depression: A systematic review on DNA methylation mechanisms. *J Psychosom Res*. 2017 Jan;92:34-44.

Bianchi R, Schonfeld IS, Laurent E. Burnout-depression overlap: a review. *Clin Psychol Rev* 2015;36:28-41.

Bibeau G, Dussault G, Larouche LM, Lippel K, Saucier JF, Vézina, M. Certains aspects culturels, diagnostiques et juridiques du burnout. Montréal: Confédération des Syndicats Nationaux; 1989.

Bohatko-Naismith J, James C, Guest M, Rivett DA. The role of the Australian workplace return to work coordinator: essential qualities and attributes. *J Occup Rehabil* 2015;25(1):65-73.

Clot Y. Le travail à cœur. Pour en finir avec les risques psychosociaux, Paris: La Découverte; 2010.

Cohidon C, Rabet G, Plaine J, Chubilleau C, Valenty M. Santé mentale et activité professionnelle : comparaison de deux programmes de surveillance, MCP et Samotrace. *Bull Epidémiol Hebd*. 2012;(22-23):278-80.

Danhof-Pont MB, van Veen T, Zitman FG. Biomarkers in burnout: a systematic review. *J Psychosom Res* 2011;70(6):505-24.

Demerouti E, Bakker AB, Nachreiner F, Schaufeli WB. The job demands-resources model of burnout. *J Appl Psychol* 2001;86(3):499-512.

Dewa CS, McDaid D, Sultan-Taïeb, H. Aspects épidémiologiques et économiques inhérents aux troubles mentaux. In Corbière M, Durand MJ, editors, *Du trouble mental à l'incapacité de travail. Une perspective transdisciplinaire qui vise à mieux saisir cette problématique et à offrir des pistes d'intervention*. Canada: Presses de l'Université du Québec;2011. p.15-39

DGPPN - Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde. Positionspapier zum Thema Burnout; 2012.

DGT – Direction régionale du travail. Anact – Agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail. INRS – Institut national de recherche et de sécurité. *Le syndrome d'épuisement professionnel ou burnout. Mieux comprendre pour mieux agir*; 2015.

DIMDI - Deutsche Institut für Medizinische Dokumentation und Information.. *Thérapie des Burnout-Syndroms. Differentialdiagnostik des Burnout-Syndroms*;2010.

- Docherty P, Forslin J, Shani AB. Creating sustainable work systems. Emerging perspectives et practice, Routledge, London; 2002.
- Dreison KC, Luther L, Bonfils KA, Sliter MT, McGrew JH, Salyers MP. Job Burnout in Mental Health Providers: A Meta-Analysis of 35 Years of Intervention Research. J Occup Health Psychol 2016.
- EU - European Union. Matrix. Economic analysis of workplace mental health promotion and mental disorder prevention programmes and of their potential contribution to EU health, social and economic policy objectives, European Commission, Brussels; 2013.
- EU-OSHA - European Agency for Safety and Health at Work. Calculating the cost of work-related stress and psychosocial risks; 2014.
- Eurofound - European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions. Work-related stress. Dublin; 2010.
- FEDRIS (Août 2017). Trajet de prise en charge des travailleurs atteints ou menacés par le syndrome de burnout en relation avec le travail – Démarche de prévention secondaire. (Equipe FEDRIS : Strauss, P., Le Roux, I. et I. Binard ; Experts scientifiques : Hansez, I. & L. Braeckman)
- Gardner BT, Pransky G, Shaw WS, Hong QN, Loisel P. Researcher perspectives on competencies of return-to-work coordinators. Disabil Rehabil 2010;32(1):72-8.
- Glass DC, McKnight JD. Perceived control, depressive symptomatology, and professional burnout: A review of the evidence. Psychology & Health 1996;11(1):23-48.
- Griebel G, Holsboer F. Neuropeptide receptor ligands as drugs for psychiatric diseases: the end of the beginning? Nat Rev Drug Discov 2012;11(6):462-78
- Grossi G, Perski A, Osika W, Savic I. Stress-related exhaustion disorder--clinical manifestation of burnout? A review of assessment methods, sleep impairments, cognitive disturbances, and neurobiological and physiological changes in clinical burnout. Scand J Psychol 2015;56(6):626-36.
- Guéritault V. La fatigue émotionnelle et physique des mères : le burnout maternel". Paris, Odile Jacob; 2008.
- Hansez, I., Firket, P., Braeckman, L., & Mairiaux, P. (2010). Recherche sur le burnout (épuisement professionnel) au sein de la population active belge. Rapport final (Projet HUT/P/VC/PSY6/1). Bruxelles, Belgique: SPF Emploi, Travail & Concertation Sociale.
- Hansez, I., Firket, P., Braeckman, L., Muller, M., & Mairiaux, P. (2014). Recherche sur le burnout (épuisement professionnel) en Belgique. Rapport final (Projet HUT/P/VC/PSY6/F2). Bruxelles, Belgique: SPF Emploi, Travail & Concertation Sociale.
- Hansez, I., & Firket, P. (2014). Quand la prévention du burnout passe par le management de proximité. Archives des Maladies Professionnelles et de l'Environnement, 75(5), 519-519.
- HAS – Haute Autorité de Santé. Repérage et prise en charge cliniques du syndrome d'épuisement professionnel ou burnout ; 2017.
- Holsboer F, Ising M. Stress hormone regulation: biological role and translation into therapy. Annu Rev Psychol 2010;61:81-109, C1-11.

Hoogduin, C A, Schaap C P, Methorst GJ. Burnout: Klinisch beeld en diagnostiek. In . Hoogduin CA, Schaap CP, Kladler AJ, Hoogduin WA, editors, Behandelingsstrategiee Netherlands: Bohn Stafleu Van Loghum; 1996. Internet : [http://opac.invs.sante.fr/index.php?lvl=notice\\_display&id=10755](http://opac.invs.sante.fr/index.php?lvl=notice_display&id=10755).

ILO - International Labour Organization. Mental Health in the Workplace. Genève; 2000. Internet : [https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2017-05/dir56/rapport\\_elaboration\\_burnout.pdf](https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2017-05/dir56/rapport_elaboration_burnout.pdf).

Jonckheer P, Stordeur S, Lebeer G, Roland M, De Schampheleire J, De Troyer M et al. Le Burnout des médecins généralistes: prévention et prise en charge. HSR - Health Services Research. KCE - Centre fédéral d'expertise des soins de santé KCE Reports 165B. D/2011/10.273/54. Bruxelles; 2011.

Kabat-Zinn J, Kroh M. Gesund durch Meditation. Das grosse Buch der Selbstheilung. Frankfurt am Main: Fischer; 2006.

Kaesemans G., Van Hoof E., Godderis L., Franck E. (2016). Burn-out in de zorg. Leuven: Lannoo Campus.

Karasek RA, Theorell T. Healthy work: stress, productivity and the reconstruction of working life. New York, Basic Books; 1990.

Krishnan V, Nestler EJ. The molecular neurobiology of depression. Nature 2008;455(7215):894-902.

KU Leuven - IDEWE – Inter disciplinary Service for Well-Being. Étude sur le bien-être au travail chez le personnel médical et infirmier en Belgique. Pour le compte du SPF Santé publique et du SPF Emploi; 2012.

Lehrhaupt L, Meibert P. Stress bewältigen durch Achtsamkeit. 2013, München: Kösel-Verlag.

LVE – Landelijke Vereniging van Eerstelijnspsychologen. NHG – Nederlands huisartsen genootschap. NVAB – Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfs geneeskunde. Eén lijn in de eerste lijn bij overspanning en burnout. Multidisciplinaire richtlijn overspanning en burnout voor eerstelijns professionals; 2011. Internet: [https://www.nvab-online.nl/sites/default/files/bestanden-webpaginas/MDRL\\_Overspanning-Burnout.pdf](https://www.nvab-online.nl/sites/default/files/bestanden-webpaginas/MDRL_Overspanning-Burnout.pdf).

Matrix, Economic analysis of workplace mental health promotion and mental disorder prevention programmes and of their potential contribution to EU health, social and economic policy objectives, Executive Agency for Health and Consumers, Specific Request EAHC/2011/Health/19 for the Implementation of Framework Contract EAHC/2010/Health/01 Lot 2, 2013. Available at: [http://ec.europa.eu/health/mental\\_health/docs/matrix\\_economic\\_analysis\\_mh\\_promotion\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/health/mental_health/docs/matrix_economic_analysis_mh_promotion_en.pdf).

Menke A, Arloth J, Gerber M, Rex-Haffner M, Uhr M, Holsboer F, et al. Dexamethasone stimulated gene expression in peripheral blood indicates glucocorticoid-receptor hypersensitivity in job-related exhaustion. Psychoneuroendocrinology 2014;44:35-46.

Michalak J, Heidenreich T, Williams JMG. Achtsamkeit; 2012. Internet: [http://hogrefe.ciando.com/img/books/extract/3840922364\\_lp.pdf](http://hogrefe.ciando.com/img/books/extract/3840922364_lp.pdf).

Nieuwenhuijsen K, Verbeek JH, de Boer AG, Blonk RW, van Dijk FJ. [Supervisory behaviour as a predictor of return to work in employees absent from work due to mental health problems](#). Occup Environ Med 2004;61(10):817-23.

Olié, JP, Macher JP, Costa E Silva J. Neuroplasticité. Londres: CMG; 2014.

Perilleux T, Vendramin F, UCL – Université catholique de Louvain. Le travail est-il devenu insoutenable ? Société en changement. 2017. Internet: [https://cdn.uclouvain.be/groups/cms-editors-iacchos/actes-et-publications/01\\_socie%CC%81te%CC%81s%20en%20changement\\_burnout\\_mars2017depliant.pdf](https://cdn.uclouvain.be/groups/cms-editors-iacchos/actes-et-publications/01_socie%CC%81te%CC%81s%20en%20changement_burnout_mars2017depliant.pdf).

Roskam I, Raes ME, Mikolajczak M. Exhausted Parents: Development and Preliminary Validation of the Parental Burnout Inventory. *Front Psychol* 2017;8:163.

Schaufeli W.B., Bakker A.B., Hoogduin K., Schaap C., Klader A. (2001) On the clinical validity of the Maslach Burnout Inventory and the burnout measure. *Psychology and Health*, Vol 16, pp. 565-582.

Schaufeli, W. B., & Buunk, B. P. (2003). Burnout: an overview of 25 years of research in theorizing. In M. J. Winnubst, & C. L. Cooper (Eds.), *The handbook of work and health psychology* (pp. 383-425). Chichester: Wiley.

Schaufeli WB, Enzmann D. *The Burnout Companion to Study and Practice: A Critical Analysis*. London: Taylor & Francis; 1998.

Schaufeli, W.B. & Peeters, M.C.W. (2000). Job stress and burnout among correctional officers: A literature review. *International Journal of Stress Management*, 7, 9-48.

Schaufeli WB, Taris TW. The conceptualization of burnout: Common ground and worlds apart. *Work & Stress* 2005;19 256-62.

SEB – Réseau Suisse d'experts sur le burnout. Forum Médical Suisse; 2016.

Siegrist J. Adverse health effects of high-effort/low-reward conditions. *J Occup Health Psychol* 1996;1(1):27-41.

SPF Emploi, Travail et Concertation sociale. Développement de l'outil de détection précoce du burnout ; 2015. Internet : <http://www.emploi.belgique.be/publicationDefault.aspx?id=44193>.

St-Arnaud L, Pelletier M. Guide soutenir le retour au travail et favoriser le maintien en emploi  
IRSST -Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et en sécurité du travail. Montréal; 2013. Internet : <http://www.irsst.qc.ca/media/documents/PublIRSST/RG-758.pdf?v=2017-03-30>

Taris T.; Houtman I., Schaufeli W. Risicogroepen en risicofactoren van burnout. *Tijdschrift Voor Bedrijfs- En Verzekeringsgeneeskunde*. 9. 19-19. 2001

Trontin, C., Lassagne, M., Boini, S., Rinal S. Le coût du stress professionnel en France en 2007. INRS - Institut National de Recherche; 2011.

Van den Broeck A, Vander Elst T, Baillien E, Sercu M, Schoutenden M, De Witte H et al. Job Demands, Job Resources, Burnout, Work Engagement and Their Relationships: An Analysis Across Sectors. *JOEM*; 2017.

Van der Klink, J. J. L., Blonk, R. W., Schene, A. H., & Van Dijk, F. J. The Benefits of Interventions for Work-Related Stress. *American Journal of Public Health*, 91, 270-276. 2001.

Van Hoof E., Velghe C., Anseel, F. (in preparation). Interventions for stress and burnout at work, a systematic review.

Vandenbroeck S., Vanbelle E., De Witte H., Moerenhout E., Sercu M., De Man H., Vanhaecht K., Van Gerven E., Sermeus W., Godderis L. (2013). *Een onderzoek naar burn-out en bevlogenheid bij artsen en verpleegkundigen in Belgische ziekenhuizen.*

Vézina M, St-Arnaud L , Stock S , Lippel K, Funes A. Santé mentale. Enquête Québécoise sur des conditions de travail, d'emploi, de santé et de sécurité du travail 2007-2008 (EQCOTESST), ISQ - Institut de la statistique du Québec, INSPQ - Institut national de santé publique du Québec, ISQ - Institut de la statistique du Québec et IRSST - Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et sécurité du travail; 2011. p. 591-646.

## 5. ANNEXES

Les annexes sont fournies à titre informatif et leur contenu n'engage en rien la responsabilité du CSS.

Annexe 1 : Diagnostics différentiels

Source : Hansez et al. (2014).

Stress	Burnout
<p>Conséquence directe de stressseurs professionnels. Le sens du travail n'est pas central</p> <p>Est passager ou chronique</p> <p>Peut toucher tout type de travailleur</p> <p>N'est pas forcément accompagné d'attitudes négatives envers autrui</p> <p>Le support social et les stratégies d'adaptation peuvent être médiateurs entre stress et burnout</p>	<p>Rôle important du sens du travail dans l'apparition du syndrome</p> <p>Est la conséquence d'une exposition à un stress persistant de longue durée</p> <p>Touche avant tout les personnes qui accordent beaucoup d'importance au travail</p> <p>Attitudes et comportements négatifs envers les collègues, clients, patients,...</p> <p>Cynisme</p>
<p>Dépression</p> <p>Epuisement émotionnel et humeur dysphorique</p> <p>Etendue à tous les aspects de la vie</p> <p>Caractérisée par une perte du goût des choses et de la vie</p> <p>Plus faible estime de soi, défaitisme, moins grande vitalité</p> <p>Les antécédents de dépression peuvent faciliter le burnout</p>	<p>Burnout</p> <p>Epuisement émotionnel et humeur dysphorique</p> <p>Lié spécifiquement au travail</p> <p>Conservation du goût des choses dans les aspects de la vie autres que le travail</p> <p>Estime de soi et réalisme plus grands, vitalité plus forte que pour la dépression</p> <p>Le burnout peut s'aggraver en dépression</p>
<p>Fibromyalgie</p> <p>Liée à une longue exposition au stress</p> <p>Douleurs musculo-squelettique</p> <p>Pas d'origine dans le travail</p>	<p>Burnout</p> <p>Lié à une longue exposition au stress</p> <p>La douleur physique n'est pas un symptôme central</p> <p>Apparaît dans le travail</p>
<p>Fatigue chronique</p> <p>Fatigue générale</p> <p>Apparaît suite à une tension psychique ou un stress de longue durée</p> <p>Pas d'origine systématique dans le travail</p>	<p>Burnout</p> <p>La fatigue émotionnelle est associée aux deux autres composantes (dépersonnalisation et perte d'accomplissement)</p> <p>Apparaît suite à une tension psychique ou un stress de longue durée</p> <p>Lié au travail</p>
<p>Workaholisme</p> <p>Les « workaholiques » passent énormément de temps au travail, ils sont réticents à se distancier ou se désengager de leur travail, et ils fournissent un travail qui va au-delà de ce qui est attendu de leur part, au point que la vie privée s'en trouve affectée (Schaufeli, et al., 2006)</p> <p>Importance du travail et du sens donné au travail pour la personne</p> <p>Peut conduire au burnout car l'implication excessive dans le travail peut épuiser les ressources</p> <p>Peut être un facteur de risque du burnout</p>	<p>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>Pas forcément de lien entre les deux phénomènes</p>

## Annexe 2 : Formations concernant le burnout

### Exemples de formations courtes sur le burnout

- Le CFIP (Centre de formation et d'intervention psychosociologique) propose des formations à destination des managers, responsables et DRH (plusieurs modules de 1 ou 2 jours) avec l'objectif de développer une politique de management axée sur le bien-être au travail  
([http://www.cfip.be/web/rps%20%20risques%20psychosociaux%20%20stress%20burnout%20et%20bien\\_etre/1011306039/list1276089417/f1.html](http://www.cfip.be/web/rps%20%20risques%20psychosociaux%20%20stress%20burnout%20et%20bien_etre/1011306039/list1276089417/f1.html))
- Comundi Compétences France – 14 heures – 2 jours (<https://www.comundi.fr/formation-risques-psychosociaux-specifiques/burn-out-prevenir-l-epuisement-professionnel-et-la-souffrance-au-travail.html>)  
Symbiofi Innovations en psycho-santé – France- Formation en 3 jours sur le burnout, dépression, suicide – repérage et gestion des troubles psychologiques au travail  
(<http://www.symbiofi.com/fr/formation/troubles-psychologiques-au-travail#tab-2>)
- Burn-out herkennen, voorkomen en ingrijpen : Wat is stress, burn-out: symptomen en herkennen; Oorzaken, signalen Burn-out; Burn-Out voorkomen, aanpakken; Stress en Burn-Out aanpakken; Terugvalpreventie; Tips & trick  
([https://www.syntrawest.be/opleidingen/personal\\_skills/burn\\_out\\_\\_herkennen\\_\\_voorkomen\\_en\\_ingrijpen.html](https://www.syntrawest.be/opleidingen/personal_skills/burn_out__herkennen__voorkomen_en_ingrijpen.html))
- Behandeling van burn-out voor Psychologen : Hoe BO differentiëren van andere psychopathologie, vragenlijst; Actieve aanpak: acceptatie, klachten beter begrijpen, efficiënte wijze communicatie met collega's, reïntegratie, hoe behoeden voor herval  
(<http://www.thehumanlink.be/>)
- Dr Swinnen- Stress Management; Opleiding burnout coach  
([http://www.stressmanagement.be/luc\\_swinnen\\_stress\\_management\\_trainingen.asp?taal=nl&id=JSENKPQ8](http://www.stressmanagement.be/luc_swinnen_stress_management_trainingen.asp?taal=nl&id=JSENKPQ8))
- Centrum voor afstandsonderwijs: [Burn-out coach erkend diploma](#)  
(<https://www.centrumvoorafstandsonderwijs.be/cursus-2/burn-outcoach/?gclid=CMCE3IDLv9MCFUGVGwodjKELGQ>)

### Exemples de formations sur le burnout > 10 jours

- IFTS (Institut de Formation et de Thérapie pour Soignants, Ransart, Belgique) – Formation sur la prise en charge du burnout – 12 jours (4 modules de 3 jours) – (<http://ifts.be/docsPDF/FORMATION-BO-2016-2017.pdf>)

### Autres formations non académiques indirectement liées à la prise en charge du burnout

- Formation au Disability Case Management (INAMI) (PDF Disability Management : De la formation à la certification)
- Formation des managers (Recherche-action sur les besoins des managers de proximité en termes de compétences psychosociales et conception d'une formation professionnelle continue à destination du management de proximité, menée par le CITES à la demande du SPF ECTS (voir <http://www.emploi.belgique.be/moduleDefault.aspx?id=45073>)

### Sous-thème

Recherche-action sur les besoins des managers de proximité en termes de compétences psychosociales et conception d'une formation professionnelle continue à destination du management de proximité.

-

## Formations académiques plus larges

- Master de Spécialisation Conjoint (MSC) en gestion des risques et bien-être au travail (option aspects psychosociaux) (Présidente du jury - A. Van Daele - UMONS)
- Certificat de spécialisation en psychopathologie du travail (CNAM, France) à l'attention des médecins, psychologues, droit ainsi qu'un autre public sur dossier (e.g. travailleurs sociaux, délégués CHSCT) – Formation visant à orienter les investigations cliniques dans le domaine de l'étiologie des pathologies mentales associées au travail, prendre en charge des malades et rédiger des certificats. Programme comprenant des éléments de théorie, des cours sur la pratique clinique et la prise en charge pluridisciplinaire et un stage pratique de 200h.  
Dans les formations universitaires en Flandre on retrouve une partie sur le stress et le burnout dans le "psychodiagnostic pour adultes" et en psychologie de première ligne. Dans les formations interuniversitaires de psychologie de première ligne de l'attention est aussi accordée au secret professionnel, au secret partagé et à la communication interdisciplinaire sur les problèmes psychiques.

## Annexe 3 : Contenu de la formation

### Cadre réglementaire

- Etat des lieux en Belgique : absentéisme, présentéisme, état de santé des travailleurs belges, incapacités/invalidités, comparaisons européennes et internationales.
- Législation relative à l'assurance soins de santé, mais aussi la législation relative au chômage, à la sécurité sociale, à la médecine du travail, connaissance des diverses initiatives en matière de réinsertion selon les différentes instances ;
- Notions d'incapacité, d'invalidité, d'indemnisation, des intervenants et des étapes dans l'arrêt maladie et son suivi, de réintégration au travail, etc.

### Légitimité, positionnement et interdisciplinarité

- Légitimité de l'intervenant, posture, rôle : aspects éthiques et déontologiques
- Valeurs et attitudes professionnelles
- Diversité au travail, diversité individuelle et culturelle
- Rôle des organisations syndicales
- Collaboration interdisciplinaire entre conseiller en prévention aspects psycho-sociaux (CPAP), médecin généraliste, médecin du travail, médecin contrôle et autres professionnels de la santé dans le processus de maintien au travail ou de retour au travail (e.g. psychologues cliniciens, psychologues du travail, psychiatres, kinésithérapeutes, etc.)
- Secret médical – secret partagé

### Contenu/thématiques

#### Réalité organisationnelle

- Compétitivité, changements organisationnels et flexibilité, gestion des changements
- Stratégies RH, nouveaux modes de management, leadership et management de proximité
- Culture d'entreprise – régulation collective – management empêché
- Rapport entre organisation du travail et santé mentale/bien-être au travail
- Prévention du bien-être au travail, des accidents et promotion de la santé
- Analyse d'un emploi
- Gestion des carrières

- Questions d'actualité en psychologie du travail et des organisations (e.g. équité, justice, conciliation vie privée-vie professionnelle, gestion des âges)

### Clinique du travail

- Psychopathologie générale, neuropsychologie
- Psychopathologie du travail
- Clinique du travail
- Burnout : définition, modèles théoriques, épidémiologie
- Psychodiagnostic, diagnostic du burnout, classifications (CIM-10, DSMV), diagnostic différentiel (vs dépression, fatigue chronique, fibromyalgie, bore-out, (harcèlement moral, conflit, hyper conflit)
- Programmes de maintien au travail
- Programmes de retour au travail
- Approches centrées sur l'organisation : dispositifs d'adaptation des conditions de travail
- Approches centrées sur l'individu (e.g. en individuel, les approches cognitive, émotionnelle, comportementale, corporelle; en collectif, les formations self-management skills, les groupes de soutien par les pairs)

### Techniques

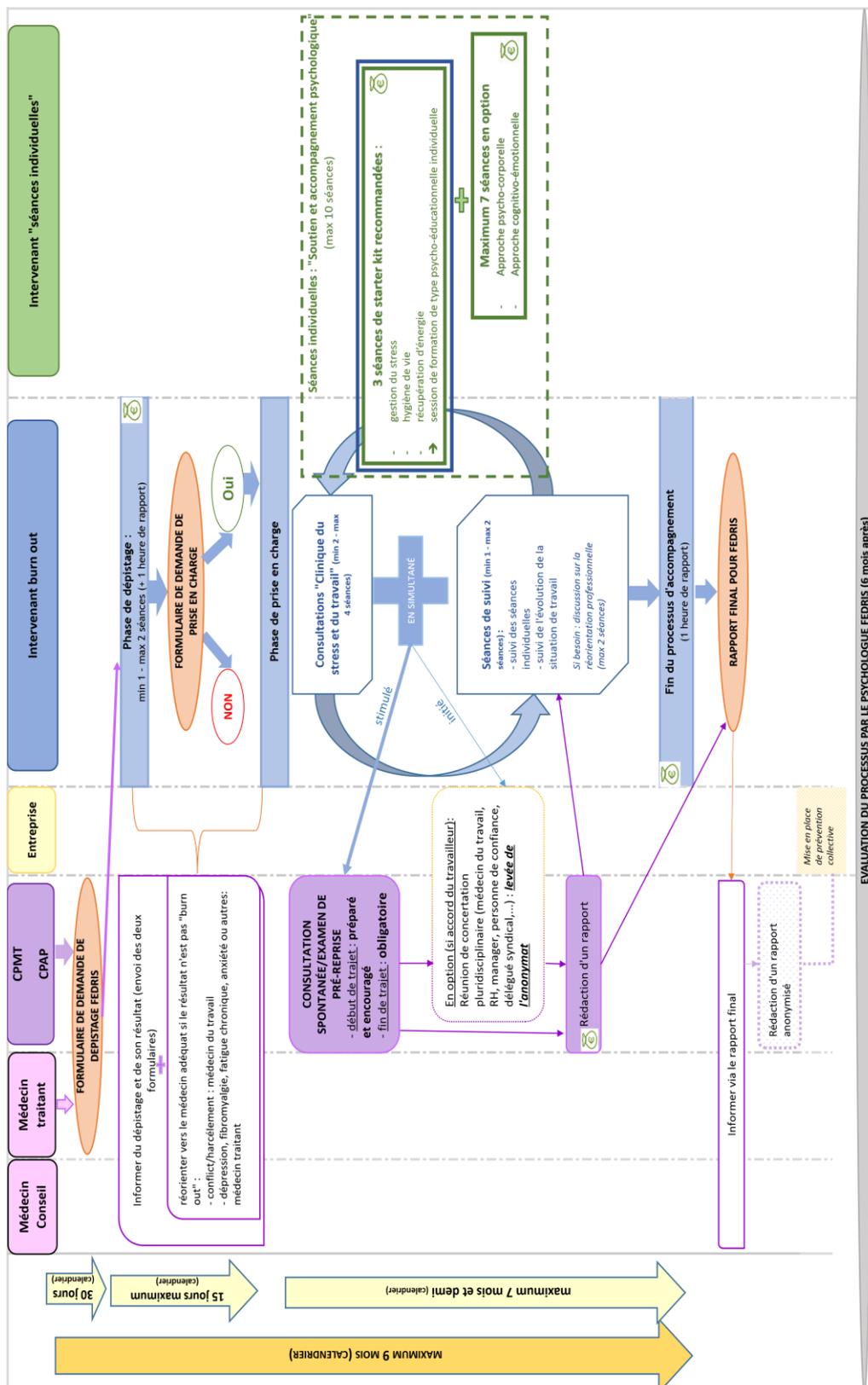
- Communication et capacités d'interview
- Interviews et aptitudes à aider
- Gestion des informations<sup>4</sup>
- Evidence-based practice (Intégration de la recherche et de l'expertise clinique dans le contexte des facteurs liés au patient/client)
- Introduction à la résolution de conflits, y compris avec des groupes<sup>5</sup>
- Aptitudes en matière de management et d'organisation dans le suivi multidisciplinaire
- Négociation
- Médiation

---

<sup>4</sup> « Les processus de prise de décision clinique sont une forme spécialisée de résolution de problèmes. Elles ont été étudiées en clinique et dans le contexte des théories du traitement de l'information. Il est souvent supposé que les décisions cliniques sont prises grâce au processus de raisonnement par induction, ce qui implique le recueil de preuves et de données et l'utilisation de ces données afin d'en tirer une conclusion et une hypothèse » (Ogden, 2014).

<sup>5</sup> Ces techniques relèvent plutôt de la formation de 'return to work coordinator' ou 'disability manager'. C'est moins prioritaire pour l'intervenant-burnout, si ce n'est pour la phase 'réunion pluridisciplinaire' avec l'entreprise et le feedback à l'entreprise pour sensibiliser à la prévention primaire. *Selon Saint Arnaud et Pelletier (2013) à propos des compétences de l'intervenant responsable de la démarche de retour au travail, certaines études se sont penchées sur le type de compétences associées au rôle de l'intervenant responsable de la démarche. Elles ont montré que le succès des interventions dépendait davantage de compétences liées au travail, en communication, en médiation et en résolution de conflits, que de compétences liées à une formation en sciences de la santé. En effet, l'intervenant n'a pas à évaluer l'état de santé du travailleur ou à mener une psychothérapie" (p.15 de leur guide)*

Annexe 4 : Trajet de prise en charge des travailleurs atteints ou menacés par le syndrome de burnout en relation avec le travail (FEDRIS, août 2017 – Equipe : Strauss, P., Le Roux, I. et I. Binard ; Experts scientifiques : Hansez, I. & L. Braeckman)



## 6. COMPOSITION DU GROUPE DE TRAVAIL

Tous les experts ont participé à *titre personnel* au groupe de travail. Les noms des experts du CSS sont annotés d'un astérisque \*.

Les experts suivants ont participé à l'élaboration et à l'approbation de l'avis. Le groupe de travail a été présidé par **DE MOL Jacques** et le secrétariat scientifique a été assuré par GERARD Sylvie.

<b>BRAECKMAN Lutgart</b>	Médecine du travail	UGent
<b>CALMEYN Marc</b>	Psychiatrie, psychothérapie	PZ Onze-Lieve-Vrouw-Brugge
<b>CAMUT Stéphane</b>	Ergothérapie	HELB
<b>CELESTIN-WESTREICH Smadar</b>	Psychologie	VUB
<b>CORTEN Philippe</b>	Psychiatrie	ULB
<b>CROMBEZ Geert</b>	Psychologie	UGent
<b>DE MOL Jacques</b>	Psychologie	CHU Brug
<b>DE NAYER André</b>	Psychiatrie	
<b>DELSAUX Valentine</b>	Médecine du travail	CITES
<b>FIRKET Pierre</b>	Médecine générale	ULg
<b>GODDERIS Lode</b>	Médecine du travail	KULeuven
<b>HANSEZ Isabelle</b>	Psychologie	ULG
<b>LAURENT Julie</b>	Psychologie	ULg
<b>MASQUELIER Etienne</b>	Médecine physique et réadaptation	UCL
<b>MESTERS Patrick</b>	Psychiatrie	RSPSP
<b>SCHAUFELI Wilmar</b>	Psychologie	KULeuven
<b>VAN HOOFF Elke</b>	Psychologie	VUB
<b>VERMEIREN Etienne</b>	Psychologie	UCL

Les administrations et/ou les Cabinets ministériels suivants ont été entendus :

CRUTZEN Véronique	SPF ETCS
STRAETMANS Mélanie	SPF ETCS

## **Au sujet du Conseil Supérieur de la Santé (CSS)**

Le Conseil Supérieur de la Santé est un organe d'avis fédéral dont le secrétariat est assuré par le Service Fédéral Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement. Il a été fondé en 1849 et rend des avis scientifiques relatifs à la santé publique aux ministres de la Santé publique et de l'Environnement, à leurs administrations et à quelques agences. Ces avis sont émis sur demande ou d'initiative. Le CSS s'efforce d'indiquer aux décideurs politiques la voie à suivre en matière de santé publique sur base des connaissances scientifiques les plus récentes.

Outre son secrétariat interne composé d'environ 25 collaborateurs, le Conseil fait appel à un large réseau de plus de 500 experts (professeurs d'université, collaborateurs d'institutions scientifiques, acteurs de terrain, etc.), parmi lesquels 300 sont nommés par arrêté royal au titre d'expert du Conseil. Les experts se réunissent au sein de groupes de travail pluridisciplinaires afin d'élaborer les avis.

En tant qu'organe officiel, le Conseil Supérieur de la Santé estime fondamental de garantir la neutralité et l'impartialité des avis scientifiques qu'il délivre. A cette fin, il s'est doté d'une structure, de règles et de procédures permettant de répondre efficacement à ces besoins et ce, à chaque étape du cheminement des avis. Les étapes clé dans cette matière sont l'analyse préalable de la demande, la désignation des experts au sein des groupes de travail, l'application d'un système de gestion des conflits d'intérêts potentiels (reposant sur des déclarations d'intérêt, un examen des conflits possibles, et une Commission de Déontologie) et la validation finale des avis par le Collège (organe décisionnel du CSS, constitué de 40 membres issus du pool des experts nommés). Cet ensemble cohérent doit permettre la délivrance d'avis basés sur l'expertise scientifique la plus pointue disponible et ce, dans la plus grande impartialité possible.

Après validation par le Collège, les avis sont transmis au requérant et au ministre de la Santé publique et sont rendus publics sur le site internet ([www.css-hgr.be](http://www.css-hgr.be)). Un certain nombre d'entre eux sont en outre communiqués à la presse et aux groupes cibles concernés (professionnels du secteur des soins de santé, universités, monde politique, associations de consommateurs, etc.).

Si vous souhaitez rester informé des activités et publications du CSS, vous pouvez envoyer un mail à l'adresse suivante : [info.hgr-css@health.belgium.be](mailto:info.hgr-css@health.belgium.be).

[www.css-hgr.be](http://www.css-hgr.be)



Cette publication ne peut être vendue.



service public fédéral  
SANTÉ PUBLIQUE  
SECURITE DE LA CHAÎNE ALIMENTAIRE  
ET ENVIRONNEMENT