#### Université de POITIERS

#### Faculté de Médecine et de Pharmacie

ANNEE 2018 Thèse n°

# THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN PHARMACIE

(arrêté du 17 juillet 1987)

présentée et soutenue publiquement le mardi 22 mai 2018 à POITIERS par Mademoiselle LEGROS Mélanie née le 03/12/1988

Le Burnout professionnel : définitions, caractéristiques, prévention et prise en charge

Composition du jury :

Président: Monsieur le Professeur FAUCONNEAU Bernard

Membres : Madame DEJEAN Catherine, Maître de conférences ou qualité

Madame PATOUT Isabelle Madame CARDINET Agnès

Directeur de thèse : Madame DEJEAN Catherine

#### Universite de Poitiers

## Faculté de Médecine et de Pharmacie



Année universitaire 2017-2018

#### **PHARMACIE**

#### **Professeurs**

- > CARATO Pascal, Chimie Thérapeutique
- > COUET William, Pharmacie Clinique
- DUPUIS Antoine, Pharmacie Clinique
- FAUCONNEAU Bernard, Toxicologie
- > GUILLARD Jérôme, Pharmaco chimie
- ➤ IMBERT Christine, Parasitologie
- MARCHAND Sandrine, Pharmacocinétique
- > OLIVIER Jean Christophe, Galénique
- > PAGE Guylène, Biologie Cellulaire
- RABOUAN Sylvie, Chimie Physique, Chimie Analytique
- > SARROUILHE Denis, Physiologie
- SEGUIN François, Biophysique, Biomathématiques

#### Maîtres de Conférences

- > BARRA Anne, Immunologie-Hématologie
- ➤ BARRIER Laurence, Biochimie
- ➤ BODET Charles, Bactériologie (HDR)
- ➤ BON Delphine, Biophysique
- > BRILLAULT Julien, Pharmacologie
- > BUYCK Julien, Microbiologie
- > CHARVET Caroline, Physiologie
- ➤ DEBORDE Marie, Sciences Physico-Chimiques
- ➤ DEJEAN Catherine, Pharmacologie
- DELAGE Jacques, Biomathématiques, Biophysique
- FAVOT Laure, Biologie Cellulaire et Moléculaire
- GIRARDOT Marion, pharmacognosie, botanique, biodiversité végétale
- ➤ GREGOIRE Nicolas, Pharmacologie (HDR)
- > HUSSAIN Didja, Pharmacie Galénique (HDR)
- > INGRAND Sabrina, Toxicologie
- MARIVINGT-MOUNIR Cécile Pharmaco chimie

- PAIN Stéphanie, Toxicologie (HDR)
- > RAGOT Stéphanie, Santé Publique (HDR)
- > RIOUX BILAN Agnès, Biochimie
- > TEWES Frédéric, Chimie et Pharmaco chimie
- > THEVENOT Sarah, Hygiène et Santé publique
- > THOREAU Vincent, Biologie Cellulaire
- WAHL Anne, Pharmaco chimie, Produits naturels

#### **AHU**

BINSON Guillaume

#### PAST - Maître de Conférences Associé

- > DELOFFRE Clément, Pharmacien
- > HOUNKANLIN Lydwin, Pharmacien

#### Professeur 2nd degré

➤ DEBAIL Didier

#### Maître de Langue - Anglais

> SIMMONDS Kévin

#### Poste d'ATER

> JUIN Camille

#### Poste de Doctorant

- ➤ BERNARD Clément
- DOUMAS Manon

#### **REMERCIEMENTS**

#### A Monsieur le Professeur Fauconneau Bernard,

Vous me faites l'honneur de présider cette thèse, veuillez trouver ici l'expression de mes sentiments respectueux et ma sincère reconnaissance.

#### A Madame Dejean Catherine

Je vous remercie d'avoir dirigé cette thèse, et de l'attention portée à mon travail et vous prie de croire en l'assurance de mes sentiments les meilleurs.

#### A Madame Cardinet Agnès

C'est un immense plaisir de t'avoir dans mon jury. Tu me fais l'honneur de juger ma thèse, je t'adresse toute ma gratitude et mon respect.

#### A Isabelle

Je vous remercie sincèrement d'être à mes cotés pour cette dernière étape de mon parcours universitaire. Je suis encore plus honorée que vous fassiez partie de mon jury. Je vous remercie pour toutes ces années, de votre soutien, et votre implication.

#### A Jacques

Merci beaucoup pour votre soutien, vos concessions, et votre aide pour toutes ces années passées. J'ai eu le plaisir et la chance de travailler à vos côtés. Mon expérience professionnelle, ma passion pour mon métier, je vous les dois à Isabelle et vous.

#### A mon papa

Que j'aime de tout mon cœur, qui a toujours été là au cours de ces années, pour me soutenir, m'aider. Je te dois beaucoup, tu as toujours su me tirer vers le haut et me réconforter dans les moments difficiles. Je regrette que la distance nous sépare et t'empêche d'être présent en ce jour spécial, mais tu le seras dans mon cœur comme toujours.

#### A ma maman

Que j'aime de tout mon cœur. Tu as toujours eu les mots pour me remonter le moral, je peux tout te dire, et te confier. Merci pour ton soutien, ta patience, ton amour, et de toujours être là pour moi, malgré la distance.

#### A Maxime et Laure

Merci d'avoir été là, de m'écouter, et parfois de me supporter pendant tous ces mois de rédaction. Et merci d'être présents pour me changer les idées, me réconforter, et me faire rigoler. Je vous aime fort.

#### A mes amis

Avec qui j'ai partagé les galères et les plaisirs de la vie d'étudiantes. Merci pour votre soutien, et votre présence.

#### A mon Chéri,

Que j'aime plus que tout, merci d'être toujours là pour moi, me supporter, me soutenir, m'aider. Toute cette période de rédaction de thèse, n'aurait pas été aussi supportable sans toi. Merci pour tout ce que tu fais, ton attention, ton amour. Je suis la plus heureuse de pouvoir de te « oui » cet été, je t'aime.





### PLAN

I.	INTRODUCTION	4
II.	LE BURN OUT SYNDROME (BOS) OU SYNDROME D'ÉPUISEMENT	6
	II.1 Définitions	6
	II.1.1. Naissance d'un concept	6
	II.1.2. Stress professionnel et burnout	8
	II.1.3. Définitions actuelles	13
	II.1.4. Composantes du burnout	13
	II.1.4.1. Epuisement émotionnel	13
	II.1.4.2. Dépersonnalisation ou cynisme	14
	II.1.4.3. La diminution de l'accomplissement personnel	14
	II.1.5. Les phases du burnout	15
	II.1.6. Instruments de mesures	17
	II.1.6.1. Le MBI : Maslach Burnout Inventory	17
	II.1.6.2. Autres instruments de mesure	18
	II.2 Causes du burnout	19
	II.2.1. Causes liées à l'activité professionnelle	19
	II.2.2. Causes liées aux facteurs individuels	20
	II.3 Physiopathologie et manifestation du burnout	23
	II.3.1. Physiopathologie du stress	23
	II.3.2. Symptômes et signes cliniques du burnout	26
	II.3.2.1. Manifestations physiques	26
	II.3.2.2. Manifestations émotionnelles	27
	II.3.2.3. Manifestations cognitives	27

	II.3.2.4. Manifestations comportementales27
	II.3.2.5. Manifestations attitudinales28
	II.3.3. Principales pathologies associées au burnout et diagnostic différentiel28
	II.3.3.1. La dépression d'épuisement29
	II.3.3.2. L'état de stress post traumatiques30
	II.3.4. La biologie du burnout
	II.3.4.1. Le cortisol
	II.3.4.2. Les cytokines pro-inflammatoires34
	II.3.4.3. Les facteurs trophiques
	II.3.4.4. Autres marqueurs biologiques38
	II.4 Conséquences et facteurs de risque du burnout
	II.4.1. Conséquences physiques
	II.4.2. Conséquences psychologiques40
	II.4.3. Conséquences sociales et humaines45
	II.4.4. Conséquences économiques et professionnelles45
III.	PREVENTION ET PRISE EN CHARGE DU BURNOUT
	III.1 Prévention du burnout48
	III.1.1. Aspects législatifs49
	III.1.2. Prévention au niveau de l'entreprise50
	III.1.2.1. Prévention primaire50
	III.1.2.2. Prévention secondaire55
	III.1.2.3. Prévention tertiaire57
	III.1.3. Prévention au niveau individuel58
	III.1.3.1. Gérer son stress : stratégie de coping selon Lazarus et Folkman58
	III.1.3.2. Autres stratégies de coping60

III.1.4. Exemples a outils permettant i evaluation des RPS	62
III.1.4.1. Outils proposés par l'INRS	62
III.1.4.2. Le Dispositif Solupsy	66
III.2 Prise en charge	67
III.2.1. Les thérapies cognitives et comportementales (TCC)	67
III.2.2. Autres traitements du burnout d'après certaines études	71
III.2.3. Prise en charge selon les recommandations françaises et étrangères	75
III.2.3.1. Recommandations françaises	75
III.2.3.1.1. Selon le guide de prévention du burnout de l'INRS (2015)	75
III.2.3.1.2. Thérapies proposées par l'académie de médecine (2016)	78
III.2.3.2. Recommandations étrangères, selon le rapport de l'HAS (2017)	78
III.2.3.3. Traitements médicamenteux	81
IV. LE BURNOUT DE NOS JOURS	84
IV.1 Etat des lieux du burnout en France	84
IV.1.1. Etude Technologia	84
IV.1.2. Etudes épidémiologiques selon le Rapport de l'HAS (2017)	86
IV.2 Actualité du burnout : qu'en est-il de nos jours ?	89
IV.2.1. Reconnaissance en maladie professionnelle	89
IV.2.2. Débats politiques	91
CONCLUSION	92
BIBLIOGRAPHIE	93
ANNEXES	104
SERMENT GALIEN	112
RESUME	113

#### I. INTRODUCTION

Le travail caractérise l'identité humaine ; il désigne l'activité organisée d'un individu, activité créatrice, artistique ou productive. Ainsi qu'il soit physique ou intellectuel, le travail implique toujours l'idée d'une transformation, d'un mouvement et d'un effort. A la diversité grandissante des métiers, s'est ajoutée la complexité des tâches, l'aspect économique du travail a pris le dessus sur la seule idée de l'accomplissement de soi. Dans la société moderne qui est la nôtre, on mesure désormais l'activité humaine en termes d'efficacité et de productivité, en conséquence l'individu subit une pression grandissante. Par conséquent, s'intéresser à la notion de rendement, à l'efficacité, n'a plus seulement consisté à analyser l'outil de production proprement dit, mais aussi à se préoccuper des conditions d'exercice de l'activité professionnelle.

L'augmentation des accidents ou des maladies professionnelles sont reconnues comme directement liées à l'environnement professionnel. De plus en plus de travailleurs sont fatigués ; en dépassant leurs limites, ils font des sacrifices qui ne leur semblent pas toujours reconnus. Dépassés dans un modèle économique, ou l'on cherche l'excellence, la plus forte rentabilité, la meilleure productivité, certains ne se reconnaissent plus dans leur profession où la pression quotidienne est de plus en plus lourde à supporter puisqu'il faut faire mieux, plus vite, et en peu de temps.

Depuis le début des années 1990, la fréquence des problèmes de santé psychologique au travail augmente de façon alarmante. Selon l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) [80], les effets du stress chronique sur la santé mentale des travailleurs se manifestent surtout dans les pays industrialisés, résultant, en partie, des modifications drastiques qui s'opèrent dans le monde du travail : globalisation des marchés, compétitivité, développement des technologies de l'information, précarité d'emploi, etc. Ce phénomène résulterait en bonne partie des transformations rapides opérées dans le monde du travail : Il devient alors indéniable que la santé mentale des travailleurs est de plus en plus préoccupante, puisque les conditions de travail s'intensifient et l'exposition à des risques psychosociaux augmentent.

Selon le rapport de l'OMS de 2009 [79], dans la période de 1999 à 2007 près de 28 % des personnes interrogées, soit environ 55,6 millions de travailleurs européens, ont déclaré que leur bienêtre mental avait été affecté par l'exposition à des risques psychosociaux définis. Selon l'Agence Européenne pour la Santé et la Sécurité du travail [79], le stress professionnel serait à l'origine de 50 à 60 % de l'ensemble des journées de travail perdues. En Europe, l'impact économique des dépressions dues au travail est estimé à 617 milliards d'euros par an.

L'épuisement professionnel s'impose alors comme le nouveau « mal du siècle » et le terme de « burnout » est de plus en plus utilisé jusqu'à passer dans le langage courant où il est souvent vulgarisé. Pourtant, son existence en tant « maladie » fait encore débat au sein de la communauté scientifique.

Le syndrome de burnout peut être envisagé comme un trouble de l'adaptation touchant de manière privilégiée les professionnels dont le métier les engage dans une relation d'aide où l'empathie devient fondamentale. Il s'articule autour de 3 dimensions : l'épuisement émotionnel, la déshumanisation, et la diminution de l'accomplissement personnel. Il résulte de la confrontation répétée, régulière et de longue durée à différents agents stressants d'ordre professionnels.

S'il y a quelques années le syndrome de Burnout ne semblait toucher que quelques individus particulièrement exposés dans des situations professionnelles exceptionnelles il apparaît de plus en plus évident que le « mal » est bien en place et que « l'épidémie » de souffrance au travail risque de prendre encore plus d'ampleur si la société toute entière ne prend pas les décisions nécessaires pour la contrôler afin d'y mettre fin.

Le burnout est donc un sujet actuel, qui a des répercussions au niveau sociale, économiques, et politiques. C'est pourquoi, de nombreux organismes et autorités de santé se sont engagés dans la prévention et le dépistage des risques psychosociaux de façon à éviter la survenue de psychopathologies au travail.

# II. BURN OUT SYNDROME (BOS) OU SYNDROME D'EPUISEMENT PROFESSIONNEL

#### II.1. Définitions

#### II.1.2. Naissance d'un concept

L'épuisement professionnel ou burnout n'est pas un syndrome nouveau. Ce phénomène a fait l'objet de nombreuses définitions.

À l'origine, burnout est un terme de l'industrie aérospatiale. Il désigne une fusée qui décolle, dont le carburant vient à s'épuiser avec comme conséquence la surchauffe du moteur et le risque d'explosion de l'engin.

Le verbe « to burn out » signifie littéralement « griller » (un circuit électrique, une prise), « brûler » ou encore « s'user », « s'épuiser » en raison de demandes excessives d'énergie, de force ou de ressources. Par ailleurs la signification du mot « épuisement » désigne un « état de fatigue extrême » et est dérivé du verbe épuiser qui renvoie à la fois au fait de « fatiguer à l'excès », de « consommer complètement », de « vider entièrement ». Et le verbe « épuiser » au sens de « rendre improductif ». Le syndrome d'épuisement professionnel a d'abord été attribué aux professions impliquant la relation d'aide ou induisant une interaction avec la clientèle [1]

L'évolution des recherches sur le sujet a conduit des auteurs à parler de plusieurs formes de burnout et à l'étudier dans divers contextes, tant sur le plan professionnel qu'extra-professionnel. Toutes ces recherches montrent que l'épuisement professionnel n'est qu'une forme de burnout, c'est- à-dire celle rencontrée dans le monde du travail.

C'est en 1768 que la relation entre le stress et le travail est évoquée, le médecin suisse Samuel Auguste Tissot est le premier qui décrivit les méfaits de l'acharnement au travail sur la santé. Il dressa quelques portraits de gens de lettres littéralement morts à leur tâche d'érudition. Il a été un des précurseurs d'une psychopathologie du travail, il proposait une approche hygiéniste et préventive [2].

En France, c'est en 1959, que le psychologue français Claude Veil développe le concept d'épuisement professionnel à la suite de nombreuses études, dans un article il publia : « l'état d'épuisement est le fruit de la rencontre d'un individu et d'une situation. L'un et l'autre sont complexes, et l'on doit se garder des simplifications abusives. Ce n'est pas simplement la faute à telle ou telle condition de milieu, pas plus que ce n'est la faute du sujet ». En effet pour lui, l'épuisement professionnel apparait quand il y a « franchissement d'un seuil » [3].

Or, le terme « burnout syndrome » a été créé par le psychiatre et psychanalyste Herbert J. Freudenberger en 1974. Il travaillait avec des soignants la plupart bénévoles, dans une free clinic qui accueillait des toxicomanes afin de les aider et de prévenir les overdoses. Il s'aperçut que les toxicomanes n'étaient pas les seuls fragiles, le personnel soignant et lui-même montraient des signes d'épuisement émotionnel et mental. [4] [5]

Le terme « burn out » était utilisé en anglais pour exprimer l'état des toxicomanes, comme des patients vaincus par l'usage excessif des drogues dures. Or Freudenberger constata que ce terme était de plus en plus utilisé spontanément par les soignants ou bénévoles pour parler de collègues surmenés et devenus cyniques vis-à-vis des personnes qu'ils prenaient en charge. C'est alors qu'il transféra ce terme à l'état psychologiques des soignants. En 1974, dans un article il explique :« En tant que psychanalyste et praticien, je me suis rendu compte que les gens sont parfois victimes d'incendie, tout comme les immeubles. Sous la tension produite par la vie dans notre monde complexe, leurs ressources internes en viennent à se consumer comme sous l'action des flammes, ne laissant qu'un vide immense à l'intérieur, même si l'enveloppe externe semble plus ou moins intacte » [4].

Selon lui « Les gens sont parfois victimes d'incendie comme le sont les immeubles ». Il définit le burnout comme « un état de fatigue ou de frustration résultant du dévouement à une cause, à un mode de vie ou à une relation qui n'a pas donné les bénéfices escomptés » [5].

La définition de l'épuisement professionnel, ou burnout, la plus utilisée est celle formulée par Christina Maslach, professeur de psychologie sociale à l'université de Berkeley en Californie. Elle est à l'origine de l'instrument psychométrique le plus largement utilisé pour évaluer le burnout : le *Maslach Burnout Inventory* ou MBI. Elle découvrit ce concept grâce à des travaux menés auprès aux professionnels de santé et avocats. Elle émet donc l'hypothèse que travailler avec d'autres, en particulier dans une relation d'aide, est la base de ce phénomène. Elle situe les causes du burnout dans l'environnement de travail, alors que jusque-là les travaux sur le burnout s'appuyaient essentiellement sur l'expérience clinique. Maslach publie au début des années 1980 les premières recherches empiriques systématiques. « Le burnout est un syndrome d'épuisement émotionnel, de dépersonnalisation et de réduction de l'accomplissement personnel qui apparaît chez les individus impliqués professionnellement auprès d'autrui » [6].

#### Célèbre citation de Christina Maslach :

« Aujourd'hui, le burnout est en train de devenir une véritable épidémie dans de nombreux pays du globe. Nous ne sommes pas en cause, c'est le monde et la nature du travail qui ont fondamentalement changé. L'univers professionnel – que ce soit l'entreprise, l'hôpital, l'école ou les services publics – est devenu froid, hostile et exigeant, sur le plan tant économique que psychologique.

Les individus émotionnellement, physiquement, et spirituellement, épuisés. Les exigences quotidiennes liées au travail, à la famille et à tout le reste ont fini par éroder leur énergie et leur enthousiasme. La joie de la réussite et de la satisfaction d'avoir rempli ses objectifs sont de plus en plus difficiles à atteindre, et le dévouement et l'engagement professionnel sont en train de disparaitre. Les gens deviennent cyniques, ils gardent leur distance, essayant de ne pas trop s'impliquer » [6].

L'épuisement professionnel est donc caractérisé par trois dimensions : l'épuisement émotionnel, la dépersonnalisation ou cynisme, et la diminution de l'efficacité professionnelle. (cf II.1.4.)

Selon l'auteur Pascal Chabot [7], le burnout a une origine encore beaucoup plus ancienne, qui date de l'époque médiévale. Pour l'auteur, le véritable ancêtre de la notion de burn-out est l'acédie médiévale qui faisait perdre aux moines leur foi dans le système divin. L'acédie fut pour l'Eglise ce que le burn-out est aujourd'hui au monde de l'entreprise : un affect redouté qui touche l'individu, mais qui sape aussi la foi dans le système. L'acédie n'est pas une paresse comme les autres, une fuite devant l'effort que l'Eglise assimile à un péché. L'acédie est la paresse de Dieu. Elle est le burnout du moine qui affecte sa vie surnaturelle et ses relations avec Dieu, de même que le burnout contemporain transforme la vie professionnelle et les relations avec l'entreprise. L'acédie est la maladie du « trop », de l'excès de prières qui a raison de la foi. Elle nait du surtravail, tout comme le burnout.

Le burnout est une nouvelle acédie. Les deux affections débouchent sur la perte de foi : le moine en vient à douter de l'existence de Dieu comme le travailleur remet en cause les valeurs du système auquel il a participé par son ardeur au travail.

#### II.1.2. Stress et burnout

Le stress existe depuis toujours, mais cette maladie ainsi que ses conséquences étaient mis sur le compte d'autres phénomènes comme l'hystérie, l'anxiété, l'angoisse, les troubles mentaux, la nervosité... car il pouvait avoir des symptômes similaires.

Historiquement, le terme de stress est né au XIVème siècle et signifie « épreuve », « affliction ». Tout comme la personne atteinte de burnout, il inclut les notions d'effort, de contrainte, d'attaque, d'invasion, d'envahissement. La notion de burnout diffère de celle du stress dans la mesure où elle est souvent considérée comme la résultante, la conséquence ou le stade final du stress. Le stress vient du latin *stringere* qui signifie « rendre raide », « serrer », « presser ». Cette racine latine est reprise assez tôt par la langue anglaise où elle est assimilée au mot "distress", qui signifie détresse mais aussi étroitesse. C'est par ce biais qu'une extension de la signification du mot "stress" s'est faite en référence à certaines difficultés de la vie, à l'adversité et à ses conséquences. [13]

Le stress désigne un déséquilibre entre les contraintes d'une personne imposées par son environnement et les ressources qu'elle dispose pour y faire face. Les contraintes du stress ne sont pas uniquement d'ordre psychologique, il affecte aussi la santé physique, le bien-être et la productivité de la personne qui y est soumise [8].

Au XIXème siècle, le stress est décrit comme la réponse d'un organisme à des agressions. Selon Darwin [9] et sa théorie d'évolution, le danger et la peur peuvent faciliter la survie. Pour Claude Bernard [10] la réponse de fuite ou de combat face à une situation menaçante, a une fonction positive de survie.

Le concept de stress et de syndrome général a été découvert en 1925 par Hans Selye [11], médecin endocrinologue. Il définit le stress comme l'ensemble des **moyens physiologiques et psychologiques** mis en œuvre par une personne pour s'adapter à un événement donné.

Hans Selye publie, en 1956, décrit le **mécanisme du syndrome d'adaptation**, c'est-à-dire « l'ensemble des modifications qui permettent à un organisme de supporter les conséquences d'un traumatisme naturel ou opératoire », composé de 3 phases [12] : (cf II.3.1.)

- La phase d'alerte : c'est la période de préparation de d'adaptation de l'organisme pour faire face au stress. L'agent stressant déclenche une réponse urgente après l'agression : le cœur s'accélère, les muscles se contractent etc.
- 2. La phase de résistance ou d'endurance : les ressources physiologiques sont mobilisées pour résister un certain temps à l'agent stressant. Si cette phase perdure, le stress devient chronique et fatiguant pour l'individu.
- 3. La phase d'épuisement : Si l'agression persiste, l'organisme épuisé vide toute son énergie et n'est plus capable de s'adapter. Les ressources énergétiques n'étant pas illimitées, l'épuisement peut être fatale pour l'organisme.

Le syndrome général d'adaptation selon Selye peut être remplacé par le terme de stress. Il démontre qu'il existe deux formes de stress : le stress positif ayant fonction positive, adaptative, vitale ; mais aussi le stress négatif.

Les stress positif, « *eustress* » du grec « *eu* » qui signifie « bon ». Le stress négatif, « *distress* » signifiant « détresse ». De nos jours, on parle de « bon stress » et de « mauvais stress » ou « stress pathologique ». Le stress est considéré comme bon, s'il permet une adaptation satisfaisante à une difficulté dans un délai raisonnable. Il est considéré comme pathologique quand des désordres

physiologiques et psychologiques apparaissent marquant un trouble d'adaptation. Selve définit le stress comme « le sel de la vie », il ne doit pas être trop léger « hypostress », ni trop important « hyperstress », mais juste suffisant de façon à stimuler les capacités physiques et intellectuelles de chacun [13]. Depuis les travaux initiaux sur le stress nos connaissances ont beaucoup évolué : aujourd'hui le stress est un phénomène à la fois biologique, psychologique et social, qui met en jeu notre organisme dans sa globalité.

Le stress s'élargit aux notions d'efforts, de contrainte, d'attaque, d'invasion, tout terme qui précise bien ce que ressent une victime de *Burnout Syndrome*, envahie, agressée, « consumée » par le travail.

Le syndrome d'épuisement professionnel appelé *Burnout Syndrome* est une réponse à un stress émotionnel et physique chronique au travail. Les professions à fortes sollicitations mentales, émotionnelles et affectives sont les plus exposées. Or, il est difficile de savoir où un stress normal s'arrête et où commence le burnout. La différence entre le stress et l'épuisement professionnel peut-être schématisée comme ceci :



Le stress est une sorte de phase de démarrage de l'épuisement professionnel. Si le stress dure et qu'il augmente, il peut conduire à un burnout après un certain temps. **Un burnout ne se développe donc pas sans stress**, mais dans l'autre sens, il est tout à fait possible d'être stressé sans pour autant que cela conduise à un burnout.

D'autres auteurs définissent des modèles de stress s'appuyant que sur les facteurs psychosociaux, de nombreux instruments de mesures, outils de mesures, échelles du stress, sont alors apparus. Ainsi, la littérature s'est enrichie d'une multitude de concepts et modèles. En se focalisant sur certains aspects de l'environnement psychosocial au travail, ces modèles et concepts donnent une représentation de cet environnement en réduisant sa complexité.

Le modèle précurseur du stress est celui du psychologue américain Robert A. Karasek conçu en 1979 [14]. Il analyse la relation entre la dimension des exigences du travail (« *job demand* ») et la dimension de liberté de décision (« *job control* ») dans l'appréciation de la charge mentale du salarié (« *job strain* ») et de réorganiser en conséquence le travail. Ce modèle du stress au travail, dit « *demand-control model* » est construit sur deux déterminants importants de l'environnement de travail individuel :

- <u>La demande psychologique</u> qui porte sur des aspects aussi bien quantitatifs que qualitatifs de la charge psychologique de travail,
- <u>La latitude décisionnelle</u> qui comporte 2 sous-dimensions :
  - > L'utilisation des compétences qui se définit par la possibilité d'utiliser et développer ses compétences et qualification
  - L'autonomie décisionnelle qui se définit par la marge de manœuvre dans la manière de faire son travail et de prendre part aux décisions qui s'y rattachent.

Karasek démontre que l'association d'une forte demande psychologique et d'une faible latitude décisionnelle représente un risque pour la santé physique et psychique, il rajoute alors une troisième composante à son modèle :

• <u>Le soutien social</u> qui comporte des aspects relatifs au soutien socio-émotionnel et instrumental de relations avec la hiérarchie et les collègues. Un manque de soutien social au travail constituerait un risque pour la santé.

Le modèle de Karasek est très utilisé encore aujourd'hui, pour mesurer le stress au travail (cf annexe 1)

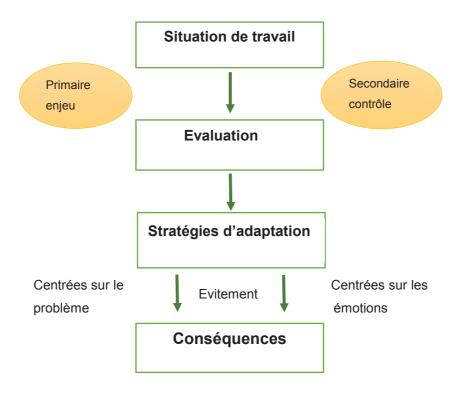
Tout comme le modèle de Karasek, le modèle de Siegrist (cf annexe 2) a été un des précurseurs. Johannes Siegrist, sociologue suisse, propose le modèle du déséquilibre « efforts – récompenses », en 1986 [15]. Le questionnaire de Siegrist, est souvent utilisé en complément du questionnaire de Karasek, il comprend à la fois un questionnaire qui évalue le rapport efforts-récompenses et un questionnaire qui évalue le surinvestissement dans le travail. Ce modèle évalue 3 dimensions :

- <u>Les efforts extrinsèques</u>: ce sont les contraintes et exigences liées au travail à la fois sur le plan psychologique que physique (contraintes de temps, interruptions, responsabilité, charge physique, exigence croissante du travail.)
- <u>Les récompenses</u> prises en compte dans le modèle de Siegrist (salaire, estime, contrôle sur son propre statut professionnel)
- <u>Les efforts intrinsèques ou surinvestissement</u> correspondent à des attitudes, des comportements qui sont associées à un engagement excessif dans le travail (compétitivité, hostilité, impatience, irritabilité, besoin d'approbation, incapacité à s'éloigner du travail.)

Les 5 dimensions psychosociales sont explorées grâce à l'utilisation conjointe du modèle de Karasek et du modèle de Siegrist.

Dans les années 1960-1970, des travaux, dépassant le modèle un peu trop linéaire de type « stimulus-réponse » de Selye (1956), ont commencé à mettre en évidence l'importance des

perceptions, autrement dit des processus cognitifs, dans la survenue de l'état de stress. Le modèle transactionnel du stress de Lazarus et Folkman, proposé en 1984, permet de décrire ces processus cognitifs [16]. Ce modèle met en évidence trois types de variables intervenant dans l'évaluation de stress : les prédicteurs, les médiateurs, les effets à court et à long termes.



Modèle transactionnel du stress (d'après Lazarus et Folkman, 1984)

Le modèle de Lazarus et Folkman (1984) souligne que le stress psychologique est déterminé par la perception individuelle de la relation spécifique avec l'environnement. Cette perception résulte de facteurs personnels et de facteurs environnementaux. Leur constat est que la prise en compte des prédicteurs (variables personnelles et variables environnementales) ne suffit pas à expliquer les conséquences sur la santé, sur le bien-être et sur le comportement des individus. L'idée est de déterminer la réaction face aux demandes environnementales et de décrire comment ces demandes peuvent affecter les processus d'adaptation de l'individu à long terme.

Le stress est donc une cause de burnout, mais ce dernier étant un trouble causé par différents facteurs. Par conséquent, on classe le burnout comme une variante plus large et plus sérieuse de stress qui peut amener à de sérieux dommages faute de traitement.

#### II.1.3. <u>Définitions actuelles</u>

Le Burnout est actuellement défini par trois termes :

- Burnout syndrome : le terme burnout en anglais signifie se consumer, user ses ressources internes, vu précédemment.
- Karoshi: c'est un terme japonais signifiant « mort par excès de travail » (karo = mort, shi = fatigue au travail).
- Syndrome d'épuisement professionnel (SEP ou SEPS pour les Soignants) : bien que pour certains ce terme ne reflète que vaguement le concept de burnout car il ne met pas en avant la notion d'usure et de chronicité du problème, c'est désormais le terme employé en français.

Selon l'OMS Le burnout ou syndrome d'épuisement professionnel est une maladie résultant d'une exposition permanente et prolongée au stress. Il se définit comme « un sentiment de fatigue intense, de perte de contrôle et d'incapacité à aboutir à des résultats concrets au travail » [17].

Toutes les définitions actuelles se basent sur le modèle établi par Maslach et Jackson en 1981.

#### II.1.4. Les composantes du burnout

D'après Maslach et contrairement à ce que certains auteurs ont pu suggérer, le syndrome d'épuisement professionnel contient trois composantes, liées les unes entre elles.

En 1997, Maslach et Leiter, décrivent le burnout au travers de « l'écartèlement entre ce que les gens sont et ce qu'ils doivent faire. Il représente une érosion des valeurs, de la dignité, de l'esprit et de la volonté – une érosion de l'âme humaine. C'est une souffrance qui se renforce progressivement et continuellement, aspirant le sujet dans une spirale descendante dont il est difficile de s'extraire... Qu'arrive-t-il lorsque le burnout vous gagne ? En fait, trois événements surviennent : vous vous sentez chroniquement épuisé ; vous devenez cynique et vous détachez de votre travail ; et vous vous sentez de plus en plus inefficace dans votre job » [18].

#### II.1.4.1. <u>L'épuisement émotionnel</u> [19]

C'est la composante la plus visible, car elle est la première réaction au stress, il s'agit de l'appauvrissement des ressources du sujet. La personne se sent vidée, exténuée et incapable de se détendre et de récupérer.

Cette phase est caractérisée par un état de fatigue psychologique, une absence quasi-totale d'énergie émotionnelle qui se répercute sur la vitalité physique de l'individu. Celui-ci, trop engagé dans des activités professionnelles épuise peu à peu son « capital » énergie. Il va donc puiser constamment

dans ses ressources personnelles la force dont il a besoin pour mener ses tâches à bien. Cependant, ses ressources n'étant pas illimitées, l'individu s'épuise, ressent une fatigue permanente non améliorée par le repos.

L'épuisement émotionnel peut s'exprimer intérieurement; c'est-à-dire renferment sur soi, sentiment de frustration, l'individu pense avoir un contrôle total de la situation. Il peut aussi s'exprimer de manière extérieure parfois explosive, crise de larmes, colère, opposition aux autres. L'épuisement émotionnel est donc à la fois ressenti physique mais aussi psychologique, l'individu qui ressent une fatigue chronique, commence à présenter également des symptômes physiques.

Le stress est tout un processus qui est influencé par les réactions émotionnelles, lorsque l'individu se sent menacé (insécurité), le risque d'épuisement émotionnel est accru. Cette composante d'épuisement représente la dimension « stress » du burnout

#### II.1.4.2. La dépersonnalisation ou cynisme [19]

Cette deuxième dimension de ce syndrome suit la première et la renforce : du détachement, du cynisme, du mépris apparaissent. On remarque chez la personne atteinte une évolution de son comportement relationnel vis-à-vis des autres : l'attitude de l'individu devient négative, dure, détachée, vis-à-vis de son travail et des personnes présentes dans son univers professionnel. Progressivement on remarque une perte de motivation et un désengagement vis-à-vis de son travail. La déshumanisation commence, quand l'individu se met à l'écart, met une barrière entre lui et les autres, il veut se « préserver » face aux exigences professionnelles auxquelles il ne peut plus faire face. Il s'agit d'une déshumanisation de la relation à l'autre et leur cynisme est une protection. L'individu met en place en mécanisme de défense, afin d'économiser le peu d'énergie qui lui reste. Le détachement progressif de l'individu est souvent accompagné d'une perte d'idéalisme. Cette composante correspond à la dimension « interpersonnelle » du processus du burnout.

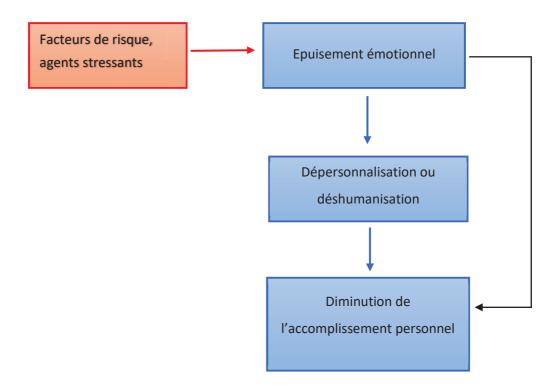
Maslach préfère le terme de cynisme, qui prête moins à confusion que celui de dépersonnalisation. Ce détachement peut se transformer en une vision de la personne comme un adversaire ou un objet, et peut aller jusqu'à des conduites de maltraitance.

#### II.1.4.3. <u>Diminution de l'accomplissement personnel au travail</u> [20]

La diminution de l'efficacité professionnelle est la dimension d'auto-évaluation du burnout. Elle se caractérise par un sentiment d'incompétence professionnelle et de perte de confiance dans le travail. Elle s'accompagne d'une diminution de l'estime de soi et du sentiment d'auto-efficacité. Le sujet a l'impression que chaque nouveau projet est insurmontable et a le sentiment de ne pas atteindre ses objectifs.

Ce sentiment d'échec profond évoque un état dépressif. L'individu ressent culpabilité et démotivation, ce qui peut entrainer absentéisme, idées de réorientation professionnelle. La dépression s'installe alors peu à peu, le travailleur se sent coincé, pas à la hauteur malgré tous ces efforts, et ressent une dévalorisation extrême.

Cette dernière dimension fait l'objet de controverses car certains auteurs considèrent qu'il s'agirait plutôt d'une conséquence du stress au travail, ou bien d'un trait de personnalité, et donc ne devrait pas figurer dans la description du syndrome de burnout.



Le processus du burnout selon Maslach et Jackson (1981)

#### II.1.5. Les phases du burnout

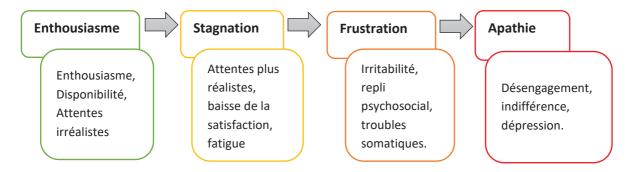
Dans les recherches de Burnout circulent différents modèles à phases, qui répartissent, en théorie, la progression du syndrome de Burnout en phases ou stades spécifiques. Le nombre de phases varient en fonction de l'auteur. Cependant tous ces modèles ont été recueillies empirement, ils ne présentent que des hypothèses plus ou moins plausibles sur le déroulement du processus du burnout, et non pas des résultats acquis. Deux de ces modèles seront décrits ci-dessous.

Freudenberger & North (1992) ont défini 12 étapes successives pouvant conduire au burnout [21] :

- 1- Excès d'ambition : s'acharner à vouloir faire ses preuves, devenir obsédé par la réussite et par ses performances.
- 2- Négliger ses besoins : moins d'attention à son bien-être
- 3- Engagement de soi excessif, trop entier, de façon à satisfaire ses exigences extrêmes
- 4- Refoulement de conflits : fatigue et déni.
- 5- Disparition progressive des besoins non professionnels, crainte de l'échec, insensibilité envers autrui.
- 6- Repli sur soi, rigidité, intolérance : le stress et le surmenage sont de plus en plus niés.
- 7- Changements comportementaux : cynisme, ironie, manque d'humour, isolement sociale, désorientation.
- 8- Changements comportementaux marqués par une augmentation de la rigidité psychologique, renfermement sur soi, une diminution de l'initiative, une baisse de la productivité. La vie sociale s'appauvrit de plus en plus.
- 9- Dépersonnalisation : on ne se reconnait plus, ignorance de ses besoins antérieurs ni de ses raisons de vivre. Déshumanisation c'est-à-dire plus de contact émotionnel
- 10- Vide intérieur : sentiment d'inutilité, de peur.
- 11- Dépression, manque de motivation à quoi que ce soit, désintérêt total à tout.
- 12- Epuisement total : dépression réelle, idée suicidaire, désordre psychosomatique grave.

Les auteurs Edelwich et Brodsky en 1980 proposent 4 phases du burnout en s'intéressant à la personne en souffrance, ils décrivent 4 étapes successives menant graduellement à l'épuisement professionnel. Parmi les nombreuses descriptions des symptômes du burnout, celle-ci a le mérite d'être simple, de nos jours beaucoup d'auteurs s'appuient sur leur version synthétique des différentes phases du burnout [22] :

- 1- L'enthousiasme : survient en début de carrière, sentiment de motivation et d'enthousiasme associé à de nombreuses attentes idéalistes, dévouement extrême aux autres, recherche de gratifications.
- 2- La stagnation : premières désillusions, des difficultés professionnelles surviennent entrainant une perte de motivation, un désinvestissement. L'individu perd ses idéaux, il éprouve de la colère, lassitude, devient négligent dans sa vie professionnelle et personnelle.
- 3- La frustration : frustration, irritabilité, intolérance, perte de motivation. L'individu perd confiance en lui, ce qui provoque culpabilité et sentiment d'incompétence.
- 4- L'apathie : c'est l'aboutissement des 3 phases précédentes. Désillusion totale, désespoir, l'individu est résigné, indifférent à tout ce qui l'entoure, devient cynique, déprimé parfois avec des idées suicidaires.



Les quatre stades du processus de burnout selon Edelwich et Brodsky (1980)

#### II.1.6. <u>Instruments de mesures</u>

II.1.6.1. Le MBI: Maslach Burnout Inventory [23] [24] – (cf annexe 3)

Maslach et Jackson (1981 et 1986) proposent un modèle théorique de référence présentant une mesure fiable des aspects du burnout : le MBI instrument de mesure du burn out.

Le MBI est une échelle d'autoévaluation composée de vingt-deux items qui explorent les trois dimensions de l'épuisement professionnel décrits par Maslach :

- L'épuisement émotionnel est coté par neuf items (1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16 et 20)
- La dépersonnalisation est cotée par cinq items (5, 10, 11, 15 et 22)
- L'accomplissement personnel est coté par huit items (4, 7, 9, 12, 17, 18, 19, et 21)

Chaque item a sept réponses possibles cotées de 0 à 6 :

- R 0 : Jamais
- R 1 : Quelques fois par année, au moins
- R 2 : Une fois par mois, au moins
- R 3 : Quelques fois par mois
- R 4 : Une fois par semaine
- R 5 : Quelques fois par semaine
- R 6 : Chaque jour

On obtient un score dans chaque dimension, indépendant les uns des autres. Les items d'épuisement émotionnel et de dépersonnalisation ont une valence négative : les scores élevés vont dans le sens d'un état de burnout. A l'inverse, les items de diminution de l'accomplissement personnel ont une valence négative : les scores élevés vont dans le sens d'un état de burnout faible ou inexistant.

Tableau des scores pour chaque dimension du burnout

Dimensions Scores	Epuisement professionnel	Dépersonnalisation	Diminution de l'accomplissement personnel
Faible	≤ 17	≤ 5	≥ 40
Modéré	18 – 26	6 – 11	34 – 39
Elevé	≥ 29	≥ 12	≤ 33

Il n'y a pas de score global de burnout, mais un score élevé pour au moins une dimension suffit a confirmé l'existence d'un burnout.

#### II.1.6.2. Autres instruments de mesure

# Le « burnout measure » (BM) et le « burnout measure short version » (BMS) de Pines et Aronson (1988) [25]

Selon Pines et Aronson le burnout est « un état d'épuisement physique, émotionnel et mental causé par une longue implication dans des situations émotionnellement exigeantes ». C'est sur cette base que s'appuie l'instrument « *Burnout Measure* » (BM).

L'outil BM se compose de 21 items comportant une échelle de réponse en sept points (1 : « jamais » à 7 « toujours ») et contrairement à l'échelle MBI il s'appuie uniquement sur la composante « épuisement émotionnelle ».

La version courte du BM existe uniquement en langue anglaise. Il s'agit de la « *Burnout Measure Short version* » (BMS) composé en dix items, qui a été validée par Maslach-Pines en 2005.

L'échelle de Pines (BM/BMS) restitue un construit unique censé évaluer le degré d'épuisement physique (par exemple le sentiment d'affaiblissement physique, de fatigue ou des problèmes liés au sommeil) ; mental (par exemple : le sentiment de désespoir ou d'abandon) ; émotionnel (par exemple : le sentiment de « craquage » ou de déprime passagère)

Le BM et BMS sont des instruments stables dans le temps, simples et fiables, et très utilisés par beaucoup d'auteurs.

#### Le JSS: Job Stress Survey [26] [27]

Il existe également des outils permettant d'évaluer le stress professionnel. L'INRS répertorie différents outils d'évaluation des risques psychosociaux, plus spécifique au stress professionnel, il propose le JSS ou « *Job Stress Survey* » permettant de mesurer l'intensité perçue et la fréquence de

survenue de situations de travail susceptibles d'entrainer des RPS chez un individu. Cet instrument permet d'estimer des situations professionnelles stressantes, leur impact, leur fréquence et leur intensité. Cet outil de mesure a été créé par Spielberger en 1991, ces travaux s'appuient sur les conceptions transactuelles du stress de Lazarus et Folkman; l'effet des stresseurs sur la santé dépend de différents processus comme l'évaluation de la situation (stress perçu), l'évaluation des ressources personnelles (contrôle perçu), et de ses ressources personnelles (soutien social) et des stratégies d'adaptation mises en place pour faire face à la situation (coping). La version française est composée de 58 items (29 utilisés pour la fréquence et 29 pour l'intensité), il existe également une version courte de 32 items, toutes ces versions sont élaborées selon les mêmes critères que pour la version originale. Ces items regroupent tous les événements susceptibles de se produire dans la vie professionnelle et qui peuvent être perçus ou vécus comme stressants.

Comme nous l'avons évoqué précédemment, il existe également le questionnaire de Karasek et le questionnaire de Siegrist qui évaluent le stress au travail [14] [15].

#### II.2. Les causes du burnout [28] [29]

Les causes du Burn Out Syndrome sont multiples et toujours difficiles à identifier. Ce qui fait du burnout une entité à part dans le monde de la santé et de la maladie. Il est difficile de tracer précisément des frontières entre la dépression, le harcèlement et la fragilité personnelle... dans la recherche des causes de ce « malaise dans la relation ».

Il existe cependant un certain nombre de causes constantes, qui sont aussi les plus fréquentes. Il y a des causes mettant en jeu la surcharge d'activités à la fois physique et psychique, le surmenage, le stress, touchant un individu en particulier, mais aussi des causes extérieures. C'est en associant ces deux types de causes que le syndrome de « souffrance dans la relation » pourra s'exprimer au travail. Cependant, dans des conditions de stress et même dans la relation d'aide, les réactions personnelles sont déterminantes.

#### II.2.1. Causes liées à l'activité professionnelle

Ce sont principalement les relations interindividuelles, la mésentente au sien des membres d'une équipe, le travail dévalorisé, l'absence de reconnaissance qui provoquent lassitude et dégoût du travail réalisé.

Les principales causes liées à l'activité professionnelle peuvent être listées, mais il s'agit d'une liste non exhaustive :

- L'absence d'encadrement, quelle que soit la profession, le manque de personnel, une mauvaise répartition des tâches au sein d'une équipe
- Le manque de reconnaissance et de valorisation, et le déséquilibre entre investissement et récompenses : salaire, absence de retours positifs sur le travail effectué, peu de possibilité d'évolution ou de formation par exemple.
- Faible soutien social des supérieurs et/ou collègues : peu d'aide apportée, pas de possibilité de s'exprimer sur les difficultés rencontrées
- Inadéquation entre les moyens humains et le travail demandé
- Un mauvais climat social : peur, tension, conflits
- Contradiction entre les ordres donnés pouvant entrainer déstabilisation
- Le rythme des horaires inapproprié, ou difficile
- La disposition des locaux inadaptée, par exemple dans le monde hospitalier ou le milieu carcéral.
- L'insalubrité des locaux, le manque d'éclairage, une mauvaise insonorisation, ou l'air conditionné des locaux défectueux pouvant entrainer des pathologies provoquant peu à peu surmenage et usure au travail.

Des dysfonctionnements plus généraux dans l'organisation : dégradation du climat social, comportements managériaux abusifs, objectifs surdimensionnés...Le burnout d'un salarié peut être le signe d'un malaise plus global dans l'entreprise.

#### II.2.2. Causes liées aux facteurs individuels

Il s'agit certainement des plus importants, en effet des individus soumis aux mêmes conditions de travail, avec des éléments extérieurs semblables, ne réagiront pas de la même manière et ne feront pas tous un burnout. Cependant, il n'existe pas de personnalité particulièrement prédisposée à développer le burnout, car il peut toucher tout le monde. Il existe malgré tout certains éléments favorables dans la personnalité consciente ou inconsciente des individus concernés.

Certaines situations, attitudes ou caractéristiques individuelles, peuvent, dans un contexte de travail stressant, contribuer à l'épuisement professionnel.

Ainsi, dans les professions d'aide, le choix de départ et ses motivations inconscientes, font de ces professions des cibles potentielles du burnout. N'importe qui n'a pas le désir d'aider son prochain, ni même d'entrer en relation avec lui.

Voici quelques exemples de comportements que nous retrouvons chez les candidats au burnout, ces comportements peuvent devenir très néfastes pour la personne lorsqu'ils sont surdimensionnés :

- Faire de son travail le centre de sa vie, un sens du devoir poussé à l'extrême
- Avoir de fortes attentes (voire inaccessibles) envers soi-même, vouloir atteindre un niveau élevé de réussite et de performance, avoir une conscience professionnelle importante.
- Difficulté à poser ses limites (surtout en période de surcharge de travail), oubli de ses propres besoins, incapacité à se ménager.
- Des difficultés à identifier sa souffrance : tendance à négliger son surmenage, ainsi que les facteurs et les signaux d'alarme du corps.
- Impossibilité d'identifier, et d'exprimer ses émotions
- Une faible estime de soi, un sentiment d'efficacité personnelle réduit (« je n'y arriverai pas »,
   « je ne suis pas capable de faire face »)
- La tendance à confondre performance au travail et valeur personnelle
- Refus de déléguer, vivre dans un climat permanent de compétition

L'absence de reconnaissance, la recherche d'amour, à travers la qualité du travail effectué, un engagement sans limite dans son travail, sont certainement les éléments primordiaux qui exposent au burnout.

Le point commun que l'on retient avant tout est l'investissement trop fort dans le travail. Le risque majeur consistant en un sentiment d'injustice et de déséquilibre profond entre le travail effectué, la part trop importante de soi-même accordée à l'autre et le manque parfois total de reconnaissance des efforts effectués. L'individu est alors une proie facile pour le Burn Out. Il est également important de prendre un recul suffisant par rapport à son entourage.

Ces types de trait de personnalité ont été identifiés comme étant susceptibles d'évoluer vers un état de burnout. L'estime de soi et corrélée négativement avec le burnout, selon Husted (1989) « Une estime de soi négative résulte du burnout et contribue à le développer »

Différents auteurs ont défini des profils de caractères qui prédisposerait au burnout.

En 1975, Freudenberger a décrit trois types de travailleurs particulièrement exposés au burnout : le travailleur assidu qui accepte une charge de travail trop lourde, le travailleur déterminé qui n'a peu d'intérêt pour sa vie sociale, et le travailleur autoritaire qui a l'impression de faire mieux que les autres. Il définit également un profil type, celui d'un individu idéaliste, confiant, dynamique mais qui s'épuise au fur et à mesure que ses illusions sont confrontées à la réalité [30].

En 1976, pour Maslach l'individu le plus vulnérable au burnout, est de nature anxieuse, faible, pessimistes, ne voulant pas trop s'impliquer dans son travail ni avec autrui, ayant un sens de l'autocritique élevé, qui n'arrive pas à déléguer. En effet, elle a démontré que le burn-out en incluant l'épuisement physique et mental était le plus observé chez les professionnels dont le travail implique un contact continu, et une relation d'aide. Ces professionnels ont un besoin d'accomplissement qui les poussent en permanence d'avoir l'approbation d'autrui [31].

Maslach et son équipe ont démontré que le burnout était lié à l'individu lui-même, mais aussi à son environnement de travail. Une personnalité perfectionniste, une personne hyperactive et addicte au travail (« workaholisme ») et facilement stressée, sera plus apte à développer un burnout. Le risque de le développer est d'autant plus élevé dans un environnement de travail néfaste.

Lien entre les causes liées au travail et les causes liées à l'individu :

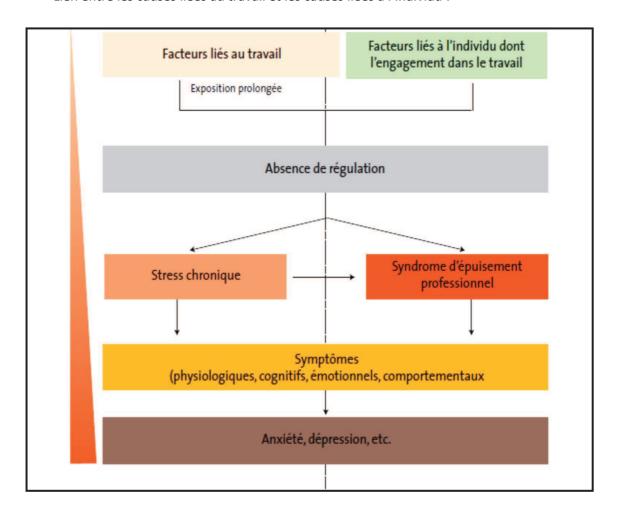


Schéma extrait du « syndrome d'épuisement professionnel ou burnout » par Anact, INRS, DGT, mai 2015 [32]

#### II.3. Physiopathologie et manifestations du burnout

#### **II.3.1.** Physiopathologie du stress [33] [34] [35] [36]

Le burnout est considéré comme la conséquence d'un stress chronique, pour comprendre la physiopathologie du burnout, on peut s'intéresser à celle du stress chronique, son apparition et ses effets sur l'organisme.

Comme nous l'avons déjà évoqué, le concept du stress a été développé par Hans Selye en 1930, la définition qu'il propose est la plus complète et acceptée. Il décrit deux syndromes de stress d'adaptation (local et général), et définit un certain nombre de symptômes associés au syndrome général d'adaptation au stress, induits par des taux élevés de cortisol caractéristiques aux différents types de stress chronique chez les animaux de laboratoire.

Le syndrome local d'adaptation au stress a lieu à court terme et est limité au site d'action de l'agent stressant. Il s'agit d'une réaction locale de défense qui se manifeste par une réponse inflammatoire aiguë caractérisée par les 5 signes classiques : la rougeur, la chaleur, un gonflement, la douleur et une impotence fonctionnelle.

Le syndrome général d'adaptation contient 3 phases que nous avons déjà décrites précédemment.

Nous nous intéresserons ici, uniquement à l'aspect physiopathologique de ce syndrome. Il implique l'ensemble du corps par l'activation du système nerveux sympathique et l'axe hypothalamus-hypophyse-surrénales. Ce syndrome permet de maintenir l'homéostasie et va déterminer son altération provoquant maladies voire décès (épuisement).

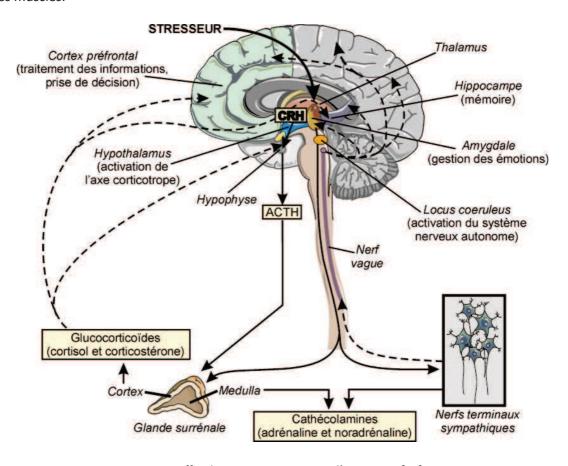
#### La phase d'alarme :

Il s'agit d'une réaction d'alarme qui apparait suite à une stimulation brutale du système nerveux sympathique et de l'axe hypothalamus-hypophyse-surrénales stimulant les organes impliqués dans la défense (appareil cardiovasculaire, les poumons, le foie et les muscles).

L'activation du système sympathique provoque la stimulation des glandes surrénales libérant dans le sang des catécholamines et des glucocorticoïdes provoquant accélération du rythme cardiaque, augmentation de la tension artérielle, hypersudation. Les changements induits par l'augmentation des catécholamines et du cortisol sont responsables de la réaction de type « fight or flight » [37], un état de très grande vigilance où il s'agit de décider si on va fuir la situation ou l'affronter.

Cette phase est courte en général, il s'agit de la réaction de stress proprement dite.

L'hyperactivation des systèmes sympathique et corticotrope a pour seul but la mobilisation énergétique pour assurer l'effort adaptatif. L'augmentation de la fréquence cardiaque et du rythme respiratoire assure une oxygénation optimale. Les phénomènes de glycolyse et lipolyse mettent à disposition du glucose. De plus le cortisol induit un rétrocontrôle (« feedback ») sur sa propre production pour apporter une énergie maximale. Toute cette énergie fournie va être préférentiellement dirigée vers les organes intervenant dans l'effort adaptatif, c'est-à-dire le cerveau et les muscles.



Effet des stresseurs aigus sur l'organisme [35]

#### <u>La phase de résistance :</u>

Cette phase fait suite à la phase d'alarme, si l'exposition au stresseur persiste et s'intensifie. L'organisme va s'adapter au stresseur, et par conséquent développer des mécanismes d'adaptation qui vont être poussés au maximum pour préserver l'organisme de l'épuisement. Durant cette phase l'activité du système sympathique et de l'axe hypothalamus-hypophyse-surrénale s'accentue, la sécrétion de glucocorticoïdes, ainsi que la mobilisation de glucose augmentent. Hans Selye utilise le terme « hétérostasie » pour décrire cet état par rapport à l'homéostasie.

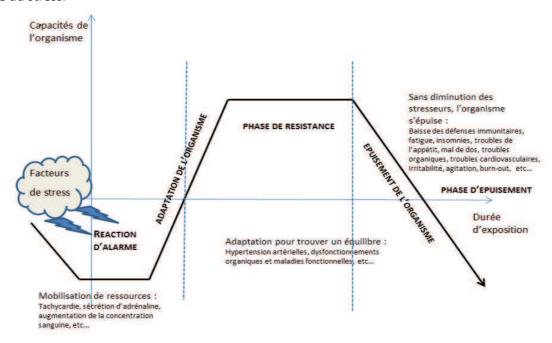
L'intensification de la mobilisation énergétique de l'organisme va provoquer des affections cardio-vasculaires comme par exemple troubles du rythme, infarctus dans les cas les plus graves.

#### La phase d'épuisement :

Durant cette phase, on observe un retour à la normale de l'activité du système nerveux sympathique et de l'axe hypothalamus-hypophyse-surrénale. Elle marque la fin de la période de résistance avec épuisement des ressources et abandon de l'effort. Le système trop sollicité finit par s'épuiser, le feedback n'agit plus, le taux de cortisol augmente dans un premier temps, épuisant les surrénales qui n'arrivent plus à fournir, ce qui entraine finalement une diminution de cortisol dans le sang. L'organisme perd ses capacités de sécrétions adaptatives, et la réaction de type « fight or flight » disparait.

La résistance à l'action du stresseur est effondrée, les ressources d'énergie de tout le corps sont épuisées laissant apparaître des signes « d'usure ». Les signes délétères du stress apparaissent : installation de la fatigue, épuisement des réserves, apparition des premiers troubles. Les défenses immunitaires baissent et rendent l'organisme plus vulnérable ayant pour conséquence de favoriser l'apparition de maladies infectieuses ou inflammatoires, et dans les cas les plus graves le risque vital est possible.

L'existence de ces différentes phases montre que les effets du stress varient d'une phase à l'autre et dépendent des capacités de résistance de l'organisme, de la nature, de l'intensité et de la durée du stress.



Le syndrome général d'adaptation selon Han Selye, 1935 [38]

Le burnout est une résultante d'un stress prolongé. L'organisme est épuisé de ses réserves énergétiques ce qui entraine des impacts négatifs sur les systèmes cardio-vasculaire et immunitaire. Le stress, et donc le burnout, peuvent ainsi conduire à diverses maladies, les conséquences d'un stress prolongé sont donc loin d'être négligeables, tant sur le plan physique que mental.

Le burnout est une maladie à part entière, souvent confondue avec la dépression. Or le burnout présente de nombreuses définitions, et actuellement il n'existe pas de définition médicale univoque. Dans le domaine médical, il est synonyme de stress, et associé à l'épuisement et à la fatigue. Cependant pour de nombreux psychiatres et spécialistes, il est différent de la dépression, même si son diagnostic le rapproche de cette maladie.

#### II.3.2. Symptômes et signes cliniques du burnout [39] [40] [41] [42]

Les symptômes cliniques du burnout représentent une liste non exhaustive, puisqu'ils peuvent être différents d'une personne à l'autre, et dépendent de la situation, de l'environnement et la personnalité de chacun. Le burnout étant un processus, il est susceptible de s'exprimer différemment au cours de son développement chez un individu, selon sa phase d'évolution. Il est parfois difficile de différencier les symptômes et les conséquences du syndrome d'épuisement professionnel.

De nombreux auteurs utilisent l'expression « symptômes du burnout » pour faire référence aux trois dimensions de Christina Maslach. Or certains ont établi une liste de symptômes qu'ils ont pu observer à la suite d'études réalisées auprès d'individus souffrant de burnout.

D'autres auteurs, comme le psychologue enseignant chercheur Arie Shirom [43] considèrent que la diminution de l'accomplissement personnel est une conséquence du burnout.

En résumé, de nombreux auteurs proposent une liste de différents symptômes du burnout. Actuellement, il s'agit de la classification de Carol Cordes et Thomas Dougherty qui est la plus décrite et utilisée comme référence. Ils distinguent cinq catégories qui s'observent au niveau de l'individu, des interactions sociales et de l'organisation du travail [44].

#### II.3.2.1. Manifestations physiques

L'individu ayant un burnout peut décrire différents symptômes physiques et/ou somatiques comme par exemple :

- Troubles du sommeil : asthénie, insomnie, cauchemars
- Troubles gastro-intestinaux : maux de ventre, ulcère gastrique, diarrhées ou constipation, variation pondérale due aux troubles alimentaires
- Troubles hormonaux, trouble du cycle menstruel

- Douleurs articulaires et tendineuses : lombalgies, lumbagos, névralgies cervicales, tendinites du coude, du poignet, de l'épaule
- Désordres psychosomatiques avec aggravation de pathologie chronique tel que l'asthme,
   le diabète, les maladies coronariennes
- Nausées, vertiges, céphalées, douleurs généralisées
- Réactions cutanées accentuées par le stress : psoriasis, acné, eczéma
- Réactions végétatives de réponse au stress, notamment tachycardie et hypertension artérielle.
- Baisse du système immunitaire : infections virales à répétitions, cystite...

#### II.3.2.2. Manifestations émotionnelles

Ces manifestations sont caractérisées par l'épuisement émotionnel, l'individu épuisé et « vidé » peut présenter différents signes :

- Perte d'intérêt et ennui, indifférence,
- Culpabilité, irritabilité, cynisme
- Amertume, jalousie
- Perte de contrôle émotionnel avec accès de colère ou d'anxiété
- Humeur triste, pas de sens de l'humour
- Insensibilité ou au contraire hypersensibilité
- Peurs mal définies, angoisses, troubles nerveux

#### II.3.2.3. Manifestations cognitives

Le sujet atteint de burnout peut également présenter des troubles cognitifs comme :

- Mangue de concentration et d'attention
- Troubles mnésiques et désorganisation du travail
- Impossibilité ou difficulté de prise de décision
- Diminution de ses aptitudes professionnelles.

#### II.3.2.4. Manifestations comportementales

Aussi appelées interpersonnelles, les manifestations comportementales du burnout sont variées, et concernent l'individu, ses relations, et son environnement de travail. L'individu atteint de burnout peut présenter :

- Une attitude défensive et/ou agressive envers son entourage, comportement parfois violent
- Paranoïa, rigidité, pessimisme, isolement social, intolérance

- Tendance à procrastiner,
- Tendance à minimiser sa part de responsabilité, rejet de la faute sur les autres
- Méfiance, ressentiment et hostilité vis-à-vis d'autrui. Diminution de l'empathie
- Toxicomanies, comportements addictifs (alcool, tabac, drogues...)

L'insatisfaction au travail et la diminution de l'engagement augmentent en cas de burnout, les personnes atteintes s'impliquent moins, se démotivent, désirent quitter leur travail. Le burnout contribue à la détérioration des relations avec son entourage professionnel, voire à la négligence. De plus en plus d'erreurs professionnelles sont alors observées qui ne sont pourtant pas faute d'incompétences.

#### II.3.2.5. Manifestations attitudinales

Il s'agit également de manifestations motivationnelles, on peut observer :

- Baisse de moral et de motivation
- Désengagement professionnel
- Sentiments d'incompétence, d'incapacité, d'infériorité, d'impuissance,
- Auto-dévalorisation avec perte de confiance et de l'estime de soi,
- Remise en cause professionnelle,
- Perte des valeurs professionnelles

La symptomatologie du burnout est complexe, dans la mesure où ces manifestations ne surviennent pas obligatoirement chez un individu, il s'agit en effet d'une symptomatologie non spécifique variant d'un individu à l'autre. La présence et l'intensité de ces symptômes sont propres à chaque individu.

Ce tableau clinique aspécifique pose problème non seulement dans le repérage, mais aussi dans le diagnostic, en effet il existe une frontière étroite entre burnout et d'autres pathologies psychologiques associées au mal-être.

#### II.3.3. Principales pathologies associées au burnout et diagnostic différentiel [45] [46] [47] [48]

Selon un rapport publié sur le site du ministère du travail, en 2012, seules certaines affections associées au burnout, ont été retenues [49] : la dépression, l'anxiété généralisée, et les états de stress post-traumatique.

#### II.3.3.1. La dépression d'épuisement

La dépression est la principale pathologie en lien avec le burnout, or la différence entre les deux n'est pas toujours facile.

Le burnout ne figure pas dans les classifications médicales de référence qui sont : la 5ème édition du manuel Diagnostique et Statistique des troubles Mentaux (DSM-V) [50] et la 10ème révision de la Classification Internationale des Maladies (CIM-10) [51]. Non considéré comme une maladie à part entière, il est souvent confondu avec d'autres pathologies comme la dépression. Or pour de nombreux spécialistes, le burnout est bien différent, il s'agit d'un épuisement extrême lié au travail. Le diagnostic est donc très important pour différencier ces deux pathologies.

Le DSM-V propose des critères de diagnostic de la dépression, nécessaires pour le diagnostic réel de l'individu. Cependant, la dernière phase du burnout et la dépression sont souvent imbriquées, dans le sens où le burnout peut se compliquer dans sa phase finale d'une dépression.

Le burnout est donc une entité à part, il ne s'agit pas d'une dépression, même si les symptômes sont très proches, en revanche il peut y conduire.

Les critères de diagnostic peuvent différencier ces deux maladies au niveau de :

- La dépression s'installe progressivement, concerne toutes les dimensions de la vie, que ce soit au niveau affectif, au niveau social, et au niveau professionnel.
- Le burnout concerne essentiellement le domaine professionnel, même si ces conséquences touchent tout ce qui concerne l'individu.
- Le traitement de ces deux pathologies est également différent, pour une dépression réelle une thérapeutique et des suivis médicaux sont nécessaires d'emblée. Alors que pour le burnout, l'évitement du travail peut suffire à améliorer sa pathologie, une thérapeutique n'est pas toujours nécessaire.

Dans le guide d'aide à la prévention au syndrome d'épuisement professionnel, publié par l'Institut National de Recherche Scientifique (INRS), l'Agence Nationale pour l'Amélioration des Conditions de Travail (ANACT) et la Direction Générale du Travail (DGT) [52], le burnout ne se caractérise pas par un « diagnostic clinique » univoque, il s'agit d'un syndrome regroupant un certain nombre de symptômes et signes cliniques apparaissant progressivement. Le guide présente également un diagnostic différentiel avec la dépression, le stress au travail, l'addiction au travail (« workaholisme »), la fatigue chronique, rappelant toutefois les spécificités du burnout et leurs caractéristiques communes.

L'Institut National de la Santé Et de la Recherche Médicale (INSERM) publie une expertise se basant sur plusieurs études [53], elle décrit le lien entre burnout et états dépressifs. Les auteurs concluent que le burnout et la dépression sont deux entités à part, même s'ils partagent des caractéristiques communes. Ils démontrent également que les personnes atteintes de burnout ne présentent pas nécessairement une dépression, mais que ces deux pathologies peuvent coexister dans les formes sévères de burnout.

Au niveau étranger, une publication Allemande [54], décrit différentes études qui démontrent qu'il n'existe pas de vrais outils valides pour diagnostiquer le burnout. D'après elles, les tests existants, en particulier le MBI, permettent de le mesurer mais pas de manière fiable. Le burnout ferait partie d'un stade de développement d'une maladie dépressive. Les auteurs de cette publication, concluent que des études de bonne qualité sont nécessaires pour développer un outil standardisé de diagnostic différentiel fiable, mais aussi pour approfondir les connaissances sur ce syndrome dont la prévalence et le coût ne sont pas négligeables.

#### II.3.3.2. L'état de stress post traumatique (ESPT)

L'ESPT est également retenu comme une pathologie connexe au burnout. Il est généralement reconnu en accident du travail car fait suite à un événement unique, mais parfois survient à la suite de plusieurs événements traumatiques répétés et caractérisés.

La nosographie distingue deux types d'ESPT : l'État de Stress Aigu qui survient dans les 4 semaines qui suivent le traumatisme et dont les troubles durent au moins deux jours, et l'ESPT qui arrive à distance du traumatisme et dont la durée des troubles est d'au moins un mois. Le DSM-V propose également des critères diagnostiques de pour cette pathologie.

L'ESPT se développe suite à un événement traumatique, certaines situations de travail exposent au risque de le développer, le diagnostic de cette pathologie est donc essentiel, car peut, dans certains cas, être confondu avec le burnout.

Les situations de travail traumatisantes peuvent être par exemple : les accidents graves (chutes, accidents de la route, blessures graves...), ou des agressions violentes (sexuelles, physiques, braquages...)

Lorsque un ESPT au travail survient de manière brutale et inopinée, la reconnaissance en accident de travail est évidente, mais le diagnostic est plus délicat lorsqu'il s'agit d'évènements au travail répétés conduisant à une situation traumatique (harcèlement moral, violences physiques...). Dans ce dernier cas, le fait accidentel ne se retrouve pas et c'est la description des situations de maltraitance qui permettront le diagnostic.

Le burnout et l'ESPT sont tous les deux des conséquences du stress, le stress chronique pour le burnout, le stress aigu et violent pour l'EPST. Ce dernier est considéré comme un trouble psychique et est référencé dans les grandes classifications des maladies mentales, contrairement au burnout qui est considéré comme un état ou syndrome et n'appartenant à aucune classification des troubles psychiques.

Ces deux pathologies peuvent apparaître de manière conjointe. En effet, un sujet présentant un début de burnout, donc plus vulnérable, peut développer un ESPT suite à l'exposition à des événements traumatisants.

Le burnout et l'ESPT, sont deux pathologies distinctes qui peuvent être confondues lorsque les évènements traumatiques sont plus discrets, répétés dans le temps. Dans le cas de l'ESPT, l'identification de ces évènements est alors essentielle, car dans certaines situations, ils ne sont pas évidents et/ou avouables pour la personne atteinte.

# **II.3.4.** La biologie bu burnout [55] [56] [57]

# II.3.4.1. Le cortisol

Le burnout est une pathologie due à un stress chronique, la recherche de marqueurs biologiques est basée sur l'exploration de l'axe hypothalamus-hypophyse-surrénales. En effet, comme nous l'avons vu précédemment, les mécanismes du stress impliquent l'activation de cet axe, qui entraine des réponses biologiques, dont la sécrétion de cortisol.

Plusieurs études ont montré que dans les stades précoces du stress chronique, l'activité de cet axe tend à être plus élevée et est associée à un hypercortisolisme, tandis qu'elle diminuera si le stress se prolonge pour atteindre finalement un état d'hypocortisolisme et une perte de rythme circadien.

En effet, la théorie de plusieurs auteurs lie le stress chronique à hypocortisolisme, et ce dernier serait un facteur clé dans le développement de maladie liée au stress comme par exemple le burnout.

D'autres études [58] [59] montrent que les dosages de cortisol dans la salive ou le sang confirment l'existence d'altérations fonctionnelles de l'axe hypothalamus-hypophyse-surrénale chez les sujets en burnout, mais les données publiées montrent une grande hétérogénéité, laissant penser qu'elles pourraient s'apparenter à d'autres psychopathologies dont la dépression. Certains auteurs [55] tentent de différencier burnout et dépression sur le plan biologique, dans les cas sévères de dépression la sécrétion de cortisol est augmentée avec une perte du rythme circadien. Tandis qu'en cas de burnout, la sécrétion de cortisol serait diminuée en particulier dans les cas les plus sévères,

notamment s'il est accompagné de surinvestissement dans le travail, d'une sensibilité accrue aux stresseurs, d'épuisement psychologique.

Le burnout étant considéré comme une conséquence de l'exposition à long terme au stress, la théorie serait :

- Une sécrétion de cortisol plus basse avec des profils diurnes plus plats
- Une activité du SNS plus élevée et un profil diurne modifié
- Une augmentation des marqueurs inflammatoires

Dans une étude réalisée en 2018 [58], un professeur en psychologie biologique et son équipe ont démontré que l'épuisement professionnel serait lié à de l'hypercortisolisme. Ils ont mesuré les taux de cortisol dans les cheveux de personnes (300 travailleurs) souffrant d'épuisement professionnel sur une période de 3 mois. Le burnout a été évalué grâce à l'échelle MBI.

## Résultats de leur étude :

- Les taux de cortisol étaient élevés.
- L'hypercortisolisme était plus présent chez les travailleurs ayant un burnout sévère associé à la sous-échelle « la diminution de l'accomplissement personnel » du MBI
- Les autres sous-échelles « épuisement émotionnel » et « cynisme » était associé à des taux plus faibles de cortisol.

Les résultats de leur étude ne correspondent pas aux attentes d'après la littérature basée sur la comparaison conceptuelle de l'épuisement professionnel avec le stress chronique.

Les auteurs concluent que les participants étaient peut-être à un stade plus précoce de l'épuisement professionnel, mais que la théorie d'hypercortisolisme ne doit pas être écartée. Selon eux, d'autres études doivent être réalisées sur ce sujet.

En 2011, Robert-Paul Juster et son équipe [60] [61], du Centre d'études sur le stress humain de l'Université de Montréal affirmaient qu'un test salivaire et une prise de sang pourraient diagnostiquer un syndrome d'épuisement professionnel. Le dosage du cortisol sanguin et salivaire associé à des troubles métaboliques (insuline, glycémie, cholestérol, tension artérielle, inflammation) définit un indice de " charge allostatique " témoignant de l'existence d'un stress chronique. Pour cela, les chercheurs ont réalisé 2 études :

- 1- Lien entre la charge allostatique associée à des symptômes de burnout et l'hypocortisolisme [61]
- 2- Association entre burnout et hypocortisolisme [60]

Dans la première étude, les chercheurs ont effectué des mesures sanguines chez 30 participants de diverses professions pour évaluer la charge allostatique. Le niveau de stress, d'épuisement professionnel, et de dépression a été évalué à l'aide de questionnaires. Le cortisol diurne a été mesuré à cinq moments (réveil, 30 minutes après le réveil, 14h00, 16h00 et avant le coucher) pendant deux jours ouvrables.

#### Résultats:

- Une charge allostatique élevée était associée à un stress chronique et à des symptômes d'épuisement professionnel mais pas à des symptômes dépressifs
- Une charge allostatique élevée était associée à un hypocortisolisme

Dans La deuxième étude, les chercheurs ont évalué le cortisol diurne chez 401 travailleurs canadiens présentant des signes d'épuisement professionnel et de dépression. Le burnout a été mesuré grâce aux échelles du MBI.

Les participants ont fourni cinq échantillons de salive par jour (réveil, 30 min après le réveil, 14h, 16h et le coucher) répétés trois fois pendant une semaine (samedi, mardi, jeudi).

#### Résultats:

- Les niveaux de cortisol étaient plus élevés chez les personnes souffrant de dépression, et plus bas dans les cas d'épuisement professionnel.
- Les personnes ayant un burnout associé aux sous-échelles « épuisement émotionnel » et « diminution de l'accomplissement personnel » étaient associés à un hypocortisolisme de manière significative contrairement à la sous-échelle « cynisme » où aucune association n'a été relevée.

## Conclusion des deux études :

- La charge allostatique permettrait d'estimer un état et/ou un risque de burnout.
- Le burnout serait associé à une faible production de cortisol.
- La dépression serait associée à une forte production de cortisol.

Pour cette équipe l'intérêt de ce diagnostic est important pour différencier burnout et dépression, de façon ne pas traiter une personne souffrant de burnout avec des antidépresseurs, faisant baisser le cortisol, qui est déjà bas dans cette pathologie, et ainsi éviter une erreur thérapeutique souvent commise par les médecins généralistes.

L'évaluation de la charge allostatique et le dosage du cortisol permettent de ne plus regarder qu'un système à la fois et de vérifier tous les niveaux sous cliniquement significatifs, avant que des

maladies chroniques ne se développent (diabète, HTA...). Les auteurs pensent que chaque maladie à des signatures biologiques, et que leur dosage à tous les niveaux permettrait d'éviter de nombreuses conséquences sur la santé.

Les dosages de cortisol pour le diagnostic de burnout restent encore actuellement un sujet délicat, car tous les auteurs ne présentent pas les mêmes théories, même si celle de l'hypocortisolisme reste prédominante. Dans la plupart des études, il y aurait une diminution de cortisol dans les cas sévères de burnout, mais il reste néanmoins à établir une corrélation entre la clinique et la biologie. Pour l'instant, le dosage du cortisol a une utilité limitée pour le diagnostic du burnout. On note encore l'absence de clarifications scientifiques détaillées de l'interaction complexe entre les facteurs psychobiologiques et génétiques lors de stress chronique entrainant le développement de burnout.

## II.3.4.2. Les cytokines pro-inflammatoires

En cas de stress chronique, le système immunitaire présente des anomalies, en particulier au niveau de la production de cytokines pro-inflammatoires (Interleukine 1 et 6, TNF, macrophages, mastocytes...). On observe une augmentation de ces cytokines dans l'organisme qui témoigne d'un état inflammatoire. Ce dernier est aussi confirmé par une augmentation dans le sang de la protéine C réactive (CRP) dans certaines psychopathologies comme la dépression.

Une étude réalisée en 2008 par une équipe allemande [62], a voulu déterminer si le burnout était lié un à état inflammatoire systémique accru. Selon les chercheurs, l'inflammation chronique contribue au risque au développement et de progression d'artériosclérose, donc contribuerait à un risque élevé de maladies cardiovasculaires. Le burnout étant un état de stress chronique, il serait donc associé à une activité inflammatoire accrue. Leur étude a été réalisée sur 167 enseignants d'Allemagne et du Luxembourg.

#### Critères d'inclusion:

- Etre adulte (plus de 18 ans)
- Ne pas avoir de troubles psychiatriques
- Ne pas être sous traitement de : psychotropes et de corticoïdes
- Pas de femmes enceintes
- Pas de diabétiques

Les participants ont reçu par la poste une fiche d'instruction, ainsi qu'un questionnaire pour évaluer leur état de santé. Ils ont été invités à une visite de laboratoire, à jeun, pour évaluer : leur style de vie (tabagisme, consommation d'alcool), des facteurs métaboliques (pression artérielle, fréquence cardiaque, Indice de Masse Corporelle (IMC)).

Durant cette visite, des prélèvements de sang ont été réalisés pour mesurer les cytokine proinflammatoires, les lipides, le glucose.

## Autres mesures réalisées :

- Le burnout : évalué par les sous-échelles de la version allemande du MBI
- La dépression et l'anxiété : évalué par la version allemande du « l'Hospital Anxiety and Depression Scale » (HADS)
- La qualité du sommeil : évaluée par le « Jenkin Sleep Questionnaire » (JSQ)
- Les mesures des cytokines ont été réalisées dans le laboratoire du département de psychobiologie théorique et clinique de l'Université de Trèves.

# Résultats sur 167 enseignants :

	Burnout (N = 35)	Absence de burnout (N = 132)	Interprétations
Age (années)	47 (38-51)	49 (38-63)	
Femme/Homme (%)	51/49	70/30	
Fumeurs (%)	14	9	
Consommation d'alcool (jours/semaine)	2 (0-3)	2 (1-4)	
Qualité du sommeil (score)	10 (6 -12)	5 (3 -9)	Plus les scores sont élevés plus le sommeil est perturbé (score max est de 20)
Moyenne pression artérielle (mmHg)	92 (89 -99)	96 (88-105)	
Fréquence cardiaque (battements/min)	61 (54-67)	62 (56-69)	
IMC (kg/m²)	24 (22-26)	24 (22-27)	
Glucose à jeun (mg/dl)	94 (90-98)	94 (88-101)	
Dépression (score HADS)	8 (6-11)	3 (1-6)	- 7 ou moins = absence symptomatologie - 8 à 10 :
Anxiété (score HADS)	10 (7-12)	6 (3-9)	symptomatologie douteuse
MBI (épuisement émotionnel : EE)	35 (26-41)	12 (6-18)	
MBI (cynisme : LA)	22 (19-28)	9 (5-17)	

- DP ≥ 8	MBI (diminution de l'accomplissement personnel : DP)	8 (6-15)	27 (1-4)	Selon MBI allemand, la présence de burnout est confirmée si : - EE ≥ 20 - LA ≥ 28 - DP > 8
----------	--	----------	----------	--

## Conclusions:

- Il existe une relation continue et indépendante entre les symptômes de l'épuisement professionnel et l'augmentation des taux de TNF- α d'une part, et la diminution des taux d'IL-4 d'autre part. Les chercheurs pensent que l'épuisement professionnel serait associé non seulement à une activité pro-inflammatoire élevée mais aussi à une diminution de l'activité anti-inflammatoire.
- Les auteurs ont également constaté que la relation entre la sévérité des symptômes de l'épuisement professionnel et la présence de cytokines a été largement limitée à la dimension de LA, mais moins aux dimensions de l'EE et DP.
- Selon les auteurs il serait prématuré de favoriser une dimension de burnout sur une autre pour prédire l'activité de l'inflammation.
- Dans leur étude, les chercheurs ont également démontré qu'un mauvais sommeil et la présence d'une dépression sont très répandues chez les personnes en burnout et sont associées à une inflammation.
- Les auteurs soulignent cependant qu'une grande proportion des sujets avaient de faibles taux d'IL-4, et que ce manque de fiabilité potentiel dans les mesures d'IL-4 pourrait souligner l'hypothèse d'une véritable association entre l'épuisement professionnel et les niveaux du ratio TNF-  $\alpha$  / IL-4.

Les auteurs ont conclu que L'épuisement professionnel était associé à une augmentation de l'inflammation systémique en fonction de la gravité des symptômes plutôt que de façon catégorique. Étant donné que l'inflammation systémique de bas grade favorise l'athérosclérose, leurs résultats pourraient fournir une explication au risque cardiovasculaire accru déjà observé, dans d'autres études, chez les personnes en burnout.

Selon certaines études [57] [62], le burnout serait associé à une augmentation de l'activité inflammatoire, ce qui expliquerait le risque plus important de survenue de certaines maladies, notamment les maladies cardiovasculaires. Cependant, les études sont peu nombreuses, et d'autres doivent être réalisées pour confirmer ces hypothèses.

# II.3.4.3. Les facteurs trophiques

Des études ont suggéré le facteur de croissance épidermique (EGF) et le facteur de croissance endothélial vasculaire (VEGF) comme marqueurs du stress chronique. En 2009, une étude [63] a été réalisée chez 42 femmes souffrant d'épuisement chronique dû au stress et 42 femmes saines (groupe témoin). Des prélèvements sanguins ont été effectués sur une période de 6 mois. Les auteurs ont évalué : les taux circulants de EGF, VEGF, et de la protéine chimiotactique des monocytes (MCP-1). La MCP-1 est une chimiokine avec des fonctions immunitaires importantes, telles que le recrutement de monocytes dans la paroi artérielle, favorisant l'athérosclérose. Des mesures de la protéine C réactive (CRP) ont été réalisées chez un autre groupe de patientes de façon à déterminer si un état inflammatoire était corrélé à l'épuisement chronique dû au stress. Le groupe de participantes souffrantes était composé de 89 femmes, le groupe témoin de 88. La présence de burnout a également été mesurée chez les participantes grâce à l'échelle MBI.

#### Résultats:

- Les taux de MCP-1 était plus élevés chez les femmes souffrant d'épuisement dû au stress par rapport au groupe témoin
- Les facteurs EGF et VEGF étaient également élevés chez les participantes souffrantes par rapport au groupe témoin
- Les auteurs soulignent cependant, qu'aucun suivi n'a été réalisé entre les différentes mesures,
   il n'a donc pas été possible de vérifier si les taux de VEGF, EGF, et de MCP-1 variés au cours du temps
- Les chercheurs ont également testé des patientes souffrant de burnout, et évaluer la présence de biomarqueurs inflammatoires. Ils ont constaté qu'aucune différence dans les taux plasmatiques de cytokines n'ait été observée entre les patientes atteintes d'épuisement professionnel et le groupe témoin, en revanche ils présentaient une concentration de CRP sérique significativement plus élevée.
- Ils ont constaté une légère augmentation de l'inflammation (CRP) chez les patientes souffrant d'épuisement dû au stress à long terme, selon eux, il serait possible à l'avenir, d'utiliser certains marqueurs inflammatoires comme marqueurs de stress.

Selon les auteurs, ces données pourraient aboutir à l'utilisation de ces facteurs comme biomarqueurs du stress, mais d'autres recherches doivent être effectuées pour confirmer leur résultat. Les auteurs concluent qu'en raison d'une grande variabilité interindividuelle des patientes testées dans leur étude, leur résultat ne peut pas aboutir à la validité des cytokines et des facteurs de croissance en

tant que marqueurs de stress. De plus leur étude a été réalisée uniquement sur des femmes, les auteurs n'ont aucune donnée concernant les hommes.

Plusieurs études ont été réalisées, afin de proposer l'EGF, le VEGF, et la MCP-1 comme biomarqueur de l'épuisement professionnel, mais tous les auteurs s'accordent pour des recherches supplémentaires sur le domaine, leurs données n'étant pas assez concluantes.

#### II.3.4.4. Autres marqueurs [64]

En 2016, le docteur Bedia Gulen et son équipe ont étudié le marqueur glial S100B chez des 48 médecins urgentistes atteints de burnout et de dépression.

La protéine S100B est une protéine multifonctionnelle synthétisée par les cellules gliales cérébrales. Il s'agit d'un très bon marqueur des atteintes lésionnelle aigues du tissu cérébral (en particulier le traumatisme crânien). La S100B a été proposée comme biomarqueur nouveau pour les troubles de l'humeur, qui sont liés à la variation des cellules gliales cérébrales. Le but de leur étude est de savoir si le S100B peut être utilisé comme biomarqueur pour le diagnostic du syndrome d'épuisement professionnel et la dépression. Le burnout a été évalué à l'aide de l'échelle MBI.

Les résultats de leur étude démontrent qu'entre les trois composantes du burnout, seule l'épuisement émotionnel était fortement corrélé à une augmentation des niveaux sanguins de la protéine S100B. En revanche, ils constatent une forte relation entre les taux sanguins de S100B et la dépression, cette protéine pourrait être utilisée comme biomarqueur pour le diagnostic d'un état dépressif.

Les auteurs concluent que l'utilisation de la protéine S100B comme biomarqueur aurait un intérêt uniquement pour le diagnostic de la dépression, et celui de la sous-dimension « épuisement émotionnel » du burnout. Bien que dans cette étude la différence entre burnout et dépression n'était pas significative.

En conclusion, l'ensemble de ces études montrent la nécessité de faire évoluer la recherche vers des études longitudinales et comparables. Le rapport de 2016 de l'académie nationale de médecine sur le burnout décrit que « le burn-out reste une entité mal définie au plan biologique », et que des études plus approfondies doivent être menées.

# **II.4.** Conséquences du burnout [65] [66] [67] [68]

Les conséquences du burnout sont nombreuses, elles résultent de l'impact du stress prolongé sur l'individu et se situent à plusieurs niveaux, mais il est difficile de faire la distinction entre conséquences et symptômes du burnout. Dans cette partie, ne seront développés uniquement les conséquences du burnout, au niveau physique, psychologique, et économique et sociale.

#### II.4.1. Conséquences physiques

Comme nous l'avons évoqué le burnout peut provoquer certaines manifestations physiques dues à une trop grande quantité de stress.

Les conséquences du burnout à long terme peuvent provoquer de graves pathologies, notamment au niveau cardiovasculaire, pouvant être fatales. Plusieurs études considèrent le burnout comme un véritable facteur de risque cardiovasculaire

Le stress provoqué en cas de burnout altère la fonction cardiovasculaire et sa neurorégulation par le système nerveux autonome, on observe une augmentation du tonus sympathique du cœur et des vaisseaux, et une diminution de la sensibilité baroréflexe artérielle. Le stress professionnel comme le burnout semble être un facteur de risque cardiovasculaire indépendant réel.

En 2017 le Docteur Wirtz et son équipe [69], a tenté de prouver que le burnout était un risque de maladie cardiovasculaire, leur étude a démontré que le stress chronique augmente le risque de coronaropathie et de mauvais pronostic cardiovasculaire, et qu'un stress émotionnel aigu peut déclencher des évènements de coronaropathie chez des patients vulnérables. Les chercheurs concluent que le stress psychologique est un facteur de risque cardiovasculaire indépendant associé à une inflammation accrue. Ils décrivent leurs résultats comme prometteurs, mais la causalité doit être explorée davantage.

Une étude réalisée en 2012 par le professeur Mika Kivimäki [70], confirme cette hypothèse : les auteurs concluent à la suite de leurs recherches que « La mise en commun d'études publiées et non publiées nous a permis d'étudier l'association entre la maladie coronarienne et l'exposition à une contrainte au travail avec une plus grande précision que ce qui était auparavant possible. Nos résultats suggèrent que la tension professionnelle est associée à un risque faible, mais constant, d'un incident de maladie cardiovasculaire. »

Le burnout peut également favoriser la survenue d'autres maladies chroniques comme le diabète de type 2. En effet on sait que d'un point vu métabolique, le stress chronique défini par la notion de charge allostatique peut entraîner une activation chronique de l'axe hypothalamo-

hypophysaire-surrénalien et une dérégulation du système nerveux autonome. Les conséquences de cette stimulation sont la libération de messagers neuro-hormonaux (dont le cortisol) responsables d'un stockage excessif de graisse au niveau viscéral et d'une augmentation de la résistance à l'insuline. Ces modifications métaboliques pourraient conduire à l'émergence d'un syndrome métabolique, du diabète si elles ne sont pas prises en charge.

En 2006, une étude réalisée par le Docteur Samuel Melamed [71], a démontré que les personnes souffrant d'épuisement professionnel seraient plus à risque de développer un diabète de type 2. Les auteurs ont évalué le niveau d'épuisement professionnel des participants par l'échelle MBI, ils ont également recherché leurs antécédents médicaux, et la présence de facteurs de risques associés aux maladie chroniques. Les participants à l'étude étaient 677 employés hommes et femmes qui ont été suivis pendant 3 à 5 ans (moyenne = 3,6 ans).

A la suite de leur étude les auteurs ont déterminé qu'un individu souffrant de burnout avait 1,84 fois plus de risque de développer un diabète de type 2.

Les résultats suggèrent que l'épuisement professionnel pourrait être un facteur de risque d'apparition de diabète de type 2 dans des proportions similaires à d'autres facteurs comme le tabagisme, l'inactivité physique, ou encore un IMC élevé. Mais les chercheurs affirment que leurs hypothèses doivent être confirmées par d'autres études sur le sujet.

En résumé, le stress chronique active les systèmes nerveux autonome, neuroendocrinien, immunitaire, et peut augmenter le risque de maladies cardiovasculaires, et d'autres maladies chroniques et métaboliques. Plusieurs études ont confirmé que le burnout était un prédicteur significatif des conséquences physiques suivantes : hypercholestérolémie, diabète de type 2, cardiopathie coronarienne, hospitalisation due aux troubles cardio-vasculaires, douleurs musculo-squelettiques, altérations de la douleur, fatigue prolongée, maux de tête, problèmes gastro-intestinaux, problèmes respiratoires etc. En revanche, il est plus facile de déterminer des facteurs de risque comme l'obésité, l'environnement, la génétique, les antécédents médicaux... mais lorsqu'il s'agit de stress chronique, il est plus difficilement mesurable, et demande donc d'explorer le champ du non-biologique.

#### II.4.2. Conséquences psychologiques

L'effet du stress sur les maladies est un point crucial à la base du concept de stress d'adaptation de Seyle. Si l'observation clinique fait le lien entre le stress, la santé et le bien-être psychologique, il n'est pas simple d'en apporter la preuve scientifique, ni de mesurer l'impact réel du stress. Même si la relation entre travail et troubles psychiatriques semble bien établie, il reste à déterminer dans chaque

cas la responsabilité du stress sur la survenue des troubles et leurs retentissements sur la santé psychologique. Les conséquences psychologiques les plus décrites sont les troubles anxieux, les troubles dépressifs, et les troubles du sommeil, sachant que ces troubles peuvent aussi se retrouver dans les catégories causes et symptômes. La conséquence psychologique la plus dramatique est le suicide.

De nombreuses recherches ont tenté d'identifier les conséquences psychologiques du burnout qui sont nombreuses et variées et dépendent de chaque individu. Elles peuvent avoir des répercussions très graves sur la santé mentale. Une étude réalisée en 2017 par le professeur Salvagioni [72], a analysé différentes revues de la littérature de façon à identifier les effets psychologiques dus au stress professionnel comme l'insomnie, les symptômes dépressifs, l'utilisation de médicaments psychotropes et antidépresseurs, l'hospitalisation pour troubles mentaux et les troubles mentaux. Les auteurs ont analysé 933 articles. Les résultats de leur étude montrent que l'insomnie et les symptômes dépressifs étaient les principales conséquences psychologiques observées. Ils ont déterminé que le burnout prédit de manière significative les symptômes dépressifs ou un traitement antidépresseur dans la majorité des cas, et ces troubles étaient plus présents dans les sous-dimensions de l'épuisement émotionnel et de la dépersonnalisation. Les résultats concernant la relation entre troubles du sommeil et burnout étaient moins significatifs dans leur étude. Les auteurs concluent que ces conséquences psychologiques sont bien réelles, leur seule étude ne suffit pas et que d'autres doivent être réalisées. Et ainsi identifier les impacts psychologiques de l'épuisement professionnel, qui soulignent le besoin de mesures préventives et d'identification précoce de cet état de santé dans le monde du travail.

D'autres études se sont intéressées particulièrement aux troubles du sommeil et à l'insomnie. Car il s'agit d'une des principales conséquences du burnout pouvant avoir des répercussions sur la santé. Comme nous l'avons déjà évoqué, la fatigue fait partie intégrante du burnout puisqu'il s'agit d'un épuisement chronique. En effet, elle représente un épuisement sous toutes ses formes que ce soit mental ou physique. Plusieurs études ont montré des liens significatifs entre l'asthénie et les troubles du sommeil, et le burnout.

En 2016, une autre étude a déterminé la prévalence de l'épuisement professionnel chez 1300 cadres supérieurs de haut niveau (dont 725 femmes) [73]. La mesure du burnout a été déterminée par l'échelle du MBI. Puis les auteurs ont examiné la tension au travail et les troubles du sommeil, de façon à déterminer s'ils sont des facteurs de risque potentiels et/ou des conséquences de l'épuisement professionnel. Les troubles du sommeil ont été évalués à l'aide des questionnaires de la classification

du : *International Classification of Sleep Disorders* (ICSD) [74] et de l'échelle de somnolence d'Epworth (cf annexe 4).

## Résultats:

- La prévalence de l'épuisement professionnel était de 10,2% (9,0% modérée et 1,2% sévère)
- 23,3% des travailleurs étaient considérés comme ayant un niveau de stress élevé et 93,1% avaient un haut niveau d'insatisfaction au travail
- 16,8% des individus souffraient d'insomnie, et 97 % n'avaient pas un sommeil réparateur
- Les analyses ont également démontré qu'il y avait un risque plus élevé d'épuisement chez les participants souffrant : d'insomnie, de sommeil non réparateur et d'anxiété.
- De fortes contraintes professionnelles, et l'insatisfaction au travail étaient associées à l'épuisement professionnel

Cette étude a mis en évidence une prévalence modérée de l'épuisement professionnel chez les travailleurs financiers soumis à de fortes tensions au travail. Dans cette population, une contrainte professionnelle élevée est significativement associée à l'épuisement professionnel uniquement chez les personnes souffrant d'insomnie. L'insomnie semble être un marqueur clinique important de l'épuisement professionnel.

Les auteurs concluent que l'insomnie devrait être mieux ciblée pour la prévention de la santé mentale en milieu de travail, et qu'il serait intéressant d'inclure la surveillance des paramètres du sommeil dans la détection et l'évaluation de l'épuisement professionnel. Les participants présentaient des scores élevés de burnout et d'insomnie, selon les auteurs ils peuvent être considérés comme un sous-groupe à haut risque de troubles mentaux. En revanche, les auteurs pensent que des recherches futures sur d'autres groupes professionnels qui sont plus sujets à la prévalence de l'épuisement professionnel devraient être menées afin de détecter, prévenir ou traiter les troubles du sommeil, en particulier l'insomnie.

En 2013, une étude a recherché le lien entre le stress chronique, l'insomnie et le rôle du facteur BDNF [75]. Le sommeil joue un rôle central dans les fonctions biologiques normales. La perte de sommeil entraîne une plus grande vulnérabilité au stress et se retrouve souvent dans les troubles mentaux. Selon cette étude, le BDNF pourrait être un acteur central dans cette relation, et les sujets souffrant des symptômes d'insomnie présentaient des taux de BDNF sériques significativement plus faibles que ceux des témoins sains. Les auteurs ont recherché si le stress pouvait influencer le lien entre le sommeil et le BDNF. Ils ont démontré que le stress perturbe le sommeil et affecte les niveaux de BDNF. Ils décrivent une interaction entre le stress et le sommeil pouvant être la cause de psychopathologies liées au stress. Selon eux, il faudrait envisager le BDNF comme biomarqueur des

pathologies des troubles de l'humeur ou liées au stress, car dans ces pathologies les taux sériques de ce facteur sont diminués.

Ces études confirment que les troubles du sommeil font partie intégrante du syndrome de l'épuisement professionnel, il peut s'agir d'une cause, d'un symptôme, et également d'une conséquence puisqu'ils persistent après un burnout. En effet le burnout étant un épuisement total de l'organisme, les troubles du sommeil sont considérés comme une conséquence à long terme, et ayant des effets néfastes pour l'organisme de l'individu.

## Conséquence psychologique grave : le suicide :

Le suicide est un phénomène multifactoriel dont la fréquence dans le monde du travail est élevée dans le monde entier, il est en lien avec la dépression, elle-même influencée par des situations de stress au travail. Dans certains cas le passage à l'acte vient indépendamment d'une dépression ou d'un autre trouble psychiatrique et risque de ne pas être anticipé par le corps médical, l'entourage personnel et professionnel. La prévention du suicide est donc un enjeu important de santé publique et le monde du travail doit s'impliquer davantage.

Les conditions de travail peuvent parfois conduire à cette extrême conséquence, même s'il reste encore difficile d'établir un lien entre le passage à l'acte d'un individu et la pression subit au travail.

Un suicide ou une tentative de suicide constitue une situation d'urgence à gérer dans l'entreprise, notamment si l'acte suicidaire s'est produit sur le lieu du travail. C'est aussi un signal d'alerte pour l'entreprise. L'extrême souffrance de la personne qui passe à l'acte peut témoigner (audelà de l'impasse existentielle dans laquelle elle se trouvait) d'une situation de malaise plus largement répandue dans l'entreprise. La prévention des suicides au travail passe donc d'abord par une démarche globale de prévention des risques psychosociaux et, en cas de passage à l'acte, par une analyse de l'acte suicidaire.

Les conditions de travail, les contraintes professionnelles faisant apparaître un burnout chez un individu, peuvent aussi être responsables d'une dépression profonde associé à un stress chronique de moins en moins supportable. Cela peut ensuite favoriser un passage à l'acte suicidaire. Parmi les contraintes professionnelles les plus observées [76], on note un déséquilibre entre efforts/récompenses, une forte demande psychologique avec une faible latitude décisionnelle, des situations de harcèlement et/ou violence.

Cependant, le passage à l'acte après un burnout peut être difficile à anticiper, des suicides dans une entreprise peuvent survenir brutalement, sans dépression connue chez l'individu, liée à un

élément déclencheur qui peut être d'ordre professionnel et/ou personnel. L'importance de la prévention, et de l'identification d'un burnout, d'une dépression est donc essentielle pour éviter cet acte dramatique.

Selon l'INRS, en France, 1 décès sur 50 est un suicide et près de 70 % des personnes qui se suicident souffraient d'une dépression (diagnostiquée ou non).

Quelques chiffres publiés par l'Institut de Veille Sanitaire (InVS) [77], en 2010 :

Taux de mortalité standardisés\* par suicide chez les travailleurs salariés selon le secteur d'activité et en population générale. Période 1976-2002, hommes agés de 15 à 64 ans

Population	Nb décès 1976-2002	Taux 1976-1982	Taux 1983-1989	Taux 1990-1996	Taux 1997-2002	Taux 1976-2002
Groupe socioprofessionnel		and the second second		- Jan Appara	and the second	
Cadres	119	8,2	10,5	11,9	11,7	11,0
Professions intermédiaires	327	16,8	18,5	19,6	15,6	17,7
Employés	306	25,2	26,1	26,3	26,0	26,3
Ouvriers	1 227	26,9	32,9	32,4	33,1	31,8
Secteur d'activité économique						
Industries extractives	7	18,0	14,1	8,6	32,9	19,9
Industrie manufacturière	650	23,3	25,3	25,1	25,5	25,0
Production et distribution d'électricité,						
de gaz et d'eau	18	35,3	0,0	16,9	9,7	15,5
Construction	248	24,7	30,6	31,0	22,6	27,3
Commerce ; réparations automobile						
et articles domestiques	239	15,7	21,8	21,5	21,9	20,5
Hôtels et restaurants	55	21,1	15,0	25,4	20,9	20,4
Transports et communications	177	24,6	22,0	26,0	21,4	23,9
Activités financières	49	18,8	19,8	16,1	15,2	18,9
Immobilier, location et services aux entreprises	289	30,4	28,0	23,6	26,4	26,7
Administration publique	120	30,7	32,0	30,5	26,4	29,8
Éducation	16	7,6	40,8	9,2	7,8	15,6
Santé et action sociale	135	33,5	38,9	27,6	38,0	34,3
Services collectifs, sociaux et personnels	75	16,7	23,9	27,6	23,2	23,8
Salariés tous secteurs	1931	23,0	26,3	25,5	24,7	25,1
Absence d'activité salariée	1721	58,1	58,6	67,6	50,0	58,1
Population générale	154 506	30,3	36,0	35,5	31,2	33,4

<sup>\*</sup> Standardisation sur l'âge quinquennal et le sexe. (ref. population masculine salariée occupée au recensement général de population de 1990).
Taux pour 100 000.

L'épuisement professionnel peut faire le lit d'une véritable dépression majeure et conduire au suicide. Il rejoint le concept japonais *karoshi*, qui marque un acte de désespoir effectué par un employé, en conséquence d'une surcharge professionnelle, à un moment où il n'est pas en réelle capacité d'en évaluer les conséquences. Le suicide est la conséquence la plus dramatique du burnout, les signaux d'alarme doivent être identifiés, des mesures de prévention et de diagnostic doivent être mise en place par les entreprises pour éviter les passages à l'acte.

#### II.4.3. Conséquences sociales

Le burnout peut impacter non seulement sur l'état de santé d'un individu, mais également sur sa vie sociale, familiale et affective, et peut aboutir à une vraie dépression. En effet, un niveau de stress chronique entraîne une perturbation des régulations hormonales (production anormale d'adrénaline et de cortisol), et peut être à l'origine de psychopathologies, et/ou de maladies chroniques impactant sur la vie personnelle de l'individu. Les personnes les plus vulnérables peuvent également s'orienter vers la toxicomanie, la boulimie ou au contraire l'anorexie, attitudes qui peuvent fortement perturber leur vie sociale.

Les effets psychopathologiques du burnout se manifestent dans un premier temps sur le lieu du travail, les personnes changent de personnalité, deviennent cyniques, épuisées, et démotivées. Au fur et à mesure que le stress devient plus intense et chronique, les conséquences se répercutent aussi sur la vie privée, le changement de personnalité et de caractère à des répercussions sur l'entourage et la vie personnelle de l'individu. Il devient hostile, désagréable, et n'a aucune motivation à faire quoi que ce soit. Les personnes atteintes de burnout peuvent se couper de toutes relations, se renfermer sur elles même, et c'est alors que leur vie privée peut être menacée.

Le burnout peut avoir de lourdes conséquences sur la vie sociale d'un individu, c'est pour cela qu'il doit être détecté rapidement de façon à faciliter un rétablissement dans un environnement de soutien et d'aide de la part de ses proches.

## II.4.4. Conséquences économiques et professionnelles

Le burnout a des conséquences sur la santé de l'individu, mais également pour l'entreprise. De nos jours la réglementation impose aux entreprises d'évaluer les risques d'atteinte à la santé physique et mentale de ses salariés, et la mise en place de mesures préventives. Or les conséquences du burnout désorganisent l'entreprise dans son ensemble, leurs coûts sont souvent plus importants que ceux de la prévention elle-même.

L'OMS [78], liste les effets du stress et leurs conséquences économiques pour une entreprise :

- Augmentation de l'absentéisme, associée à des difficultés pour remplacer le personnel ou recruter de nouveaux employés. Cela peut également provoquer une plainte des clients ou des consommateurs.
- Accidents de travail, pouvant aboutir à des procès ou actions en justice.
- Altération du professionnalisme caractérisé par une diminution de la motivation, de l'engagement, et augmentation de la négligence, pouvant provoquer des erreurs professionnelles graves pour l'entreprise.
- Perte de la performance et de la productivité.

- Une dégradation du climat social, mauvaise ambiance de travail.
- Dégradation de l'image d'une entreprise que ce soit auprès des employés ou du monde extérieur.

# Quelques chiffres:

- En 2002, la Commission européenne a établi le coût annuel du stress lié au travail dans l'Union Européenne de 15 à 20 milliards d'euros (EUR) [79]
- Selon l'OMS, le cout économique mondial de la dépression et les troubles de l'anxiété est estimé à 1000 milliards de dollars (US \$) par an en perte de productivité. [80]
- L'OMS classe la France au 3ème rang mondial des dépressions liées au travail (derrière l'Ukraine et les USA). Elle estime que d'ici 2020, la dépression deviendra la principale cause d'incapacité de travail. [80]
- En France, l'estimation du coût social du stress professionnel est de 2 à 3 milliards d'euros par an, soit 10 à 20 % des dépenses de la branche accidents du travail et maladies professionnelles de la Sécurité Sociale. [81]
- En 2013, une étude européenne a estimé à 617 milliards d'EUR par an le coût des dépressions liées au travail en Europe. Ce chiffre comprend les coûts supportés par les employeurs à cause de l'absentéisme et du présentéisme (272 milliards d'EUR), de la perte de productivité (242 milliards d'EUR), le coût des soins de santé (63 milliards d'EUR) et des prestations sociales versées sous la forme d'allocations pour invalidité (39 milliards d'EUR). [79]
- En France, le cout annuel de la dépression due à des exigences professionnelles élevées est estimé entre 650 et 752 millions d'EUR et celui des maladies cardiovasculaires liées au travail entre 388 et 715 millions d'EUR. Le coût des troubles musculo-squelettiques associés à de fortes exigences professionnelles s'établit à 27 millions d'EUR. [79]

Actuellement, l'absence de tableaux de maladies professionnelles spécifiques rend les affections psychiques très difficilement reconnues par la Sécurité Sociale. Il faut pour cela que la maladie présente une gravité justifiant un taux prévisionnel d'incapacité permanente égal ou supérieur à 25% et qu'elle présente un lien direct avec l'activité professionnelle qui soit mis en évidence par le médecin conseil de la Sécurité Sociale au sein d'un comité régional de reconnaissance des maladies professionnelles (CRRMP). Or les critères de recevabilité des demandes sont difficiles à obtenir et leur traitement par les organismes compétents est très hétérogène. Par conséquent, seules quelques pathologies psychiques sont reconnues chaque année.

Les conséquences économiques des pathologies mentales dues au travail, sont très importantes pour les entreprises et à l'échelle mondiale. C'est pour cela que l'Organisation Mondiale de la Santé

(OMS) a établi un plan d'action mondial pour la santé des travailleurs sur la période de 2008 à 2017 [82].

Selon les estimations de l'OMS, malgré les mesures mises en place, il existe encore un écart important à l'intérieur des pays ou entre pays en ce qui concerne l'état de santé des travailleurs et l'exposition aux risques professionnels. Et que seule une minorité des travailleurs ont accès aux services de médecine du travail.

Le but de ce projet était de traiter tous les aspects de la santé au travail, en comprenant la prévention primaire des risques professionnels, la protection de la santé, les conditions d'emploi et la façon dont les systèmes de santé peuvent agir plus efficacement pour la santé des travailleurs.

# **III. PREVENTION ET PRISE EN CHARGE**

# **III.1. Prévention du burnout** [83] [84] [85] [86] [87]

En 2004 un accord européen sur le stress au travail a été signé [88], suivi en 2007 d'un accord sur le harcèlement et la violence au travail [89]. Ces rapports relèvent le paradoxe entre les manifestations individuelles du stress et le caractère collectif de ses causes et de ses effets. C'est pour cela que la prévention du stress au travail doit prendre en considération les facteurs individuels et organisationnels qui interagissent en permanence, et la mobilisation de tous les acteurs.

L'évolution du monde du travail (intensification du rythme de travail, diminution des effectifs, flexibilité et précarité de l'emploi, diversité, etc.) conduit au développement d'un risque encore négligé par les politiques et dans les entreprises : le risque psychosocial (RPS).

Le rapport de 2003 de l'Agence européenne pour la sécurité et la santé au travail (EU-OSHA) sur les RPS en Europe, présente leurs descriptions et leur prévention.

En 2010, un autre rapport présenté par EUROGIP [90], présentait les nouveautés en matière de législation et de prévention des RPS constituant une mise à jour suite aux accords européens. Ce nouveau rapport permet de réfléchir davantage sur les RPS en Europe, de façon à définir leurs causes et leurs ampleurs, et ainsi établir des moyens préventifs adaptés.

Les RPS du burnout sont les causes de survenue de cette pathologie, que l'on a déjà définit précédemment. Le guide d'aide à la prévention de l'épuisement professionnel par l'INRS, l'ANACT et la DGT de 2015 [91], définit de manière plus générale les RPS pouvant provoquer du stress professionnel et augmentant le risque de développement de psychopathologies dues au travail, ce sont :

- Les exigences au travail (intensité et temps de travail)
- Les exigences émotionnelles
- Le manque d'autonomie et de marges de manœuvre
- Les mauvais rapports sociaux et relations de travail
- Les conflits de valeur et la qualité empêchée
- L'insécurité de la situation de travail

Le guide souligne la singularité de chaque situation et propose un ensemble de pistes d'actions et de signaux collectifs et individuels qu'il faut prendre en compte pour prévenir le burnout et l'éviter. Ainsi, il est recommandé d'agir sur les six familles de facteurs de RPS en les intégrant à une démarche d'évaluation et de prévention des risques professionnels.

#### III.1.1. Aspects législatifs

Une obligation générale de sécurité incombe au chef d'une entreprise. Concernant la prévention du stress professionnel et la violence au travail, les accords européens [92] [93] insistent sur l'obligation de l'employeur de prendre des mesures préventives concernant les causes individuelles et collectives du stress. Ces accords ont également pour but une plus grande prise de conscience et une meilleure compréhension du stress au travail que ce soit par les employeurs mais aussi par les employés, pour permettre de détecter, de prévenir et d'éviter les problèmes de stress au travail.

La sécurité des employés face au stress professionnel doit être assurée par l'employeur, qui doit prendre « les mesures nécessaires pour assurer la sécurité et protéger la santé physique et mentale des travailleurs » (art. L4121-1 du code du travail).

Des mesures du prévention du stress sont également citées en 9 points généraux dans le code du travail (art. L4121-3 du code du travail) [94] :

- 1- « Eviter les risques ;
- 2- Evaluer les risques qui ne peuvent pas être évités ;
- 3- Combattre les risques à la source ;
- 4- Adapter le travail à l'homme, en particulier en ce qui concerne la conception des postes de travail ainsi que le choix des équipements de travail et des méthodes de travail et de production, en vue notamment de limiter le travail monotone et le travail cadencé et de réduire les effets de ceux-ci sur la santé ;
- 5- Tenir compte de l'état d'évolution de la technique ;
- 6- Remplacer ce qui est dangereux par ce qui n'est pas dangereux ou par ce qui est moins dangereux;
- 7- Planifier la prévention en y intégrant, dans un ensemble cohérent, la technique, l'organisation du travail, les conditions de travail, les relations sociales et l'influence des facteurs ambiants, notamment les risques liés au harcèlement moral, tel qu'il est défini à l'article L. 1152-1;
- 8- Prendre des mesures de protection collective en leur donnant la priorité sur les mesures de protection individuelle ;
- 9- Donner les instructions appropriées aux travailleurs. ».

Il ne s'agit pas seulement de rechercher la conformité à des obligations précises mais d'obtenir le résultat attendu c'est-à-dire assurer la sécurité et protéger la santé physique et mentale des salariés.

Ce cadre réglementaire permet ainsi d'apprécier les infractions qui pourront éventuellement être réprimées. Ce ne sont pas les effets des RPS qui seront jugés mais le non-respect d'obligations

particulières de prévention, ou la constatation d'infractions précises (harcèlement moral...). La responsabilité pénale de l'employeur pourra être engagée sur la base du Code du travail ou du Code pénal, et sa responsabilité civile pourra être recherchée en cas de faute grave [95].

# III.1.2. Prévention au niveau de l'entreprise

La prévention des RPS et du stress au travail peut être gérer par n'importe quelles entreprises. Gérer le stress au travail n'est pas seulement une obligation morale mais aussi une obligation légale fixée comme nous l'avons vu précédemment. Les employeurs sont encouragés à appliquer des mesures préventives pour maintenir le bien-être au travail.

#### III.1.2.1. Prévention primaire

La prévention primaire : « on prévient », est basée sur l'observation, l'information, et la surveillance d'un employé potentiellement exposé à un RPS. La prévention consiste à agir sur le risque par la mise en place d'un plan d'action afin d'éliminer le danger potentiel. Concernant le burnout, la prévention primaire cherche à empêcher sa survenue en agissant sur ses causes, de façon à les éradiquer ou les atténuer, ou sur les situations de travail ou sur les travailleurs considérés comme à risque. Le but est de créer un climat et un environnement de travail régénérant ou accroissant les ressources des travailleurs permettant de lutter directement contre le burnout.

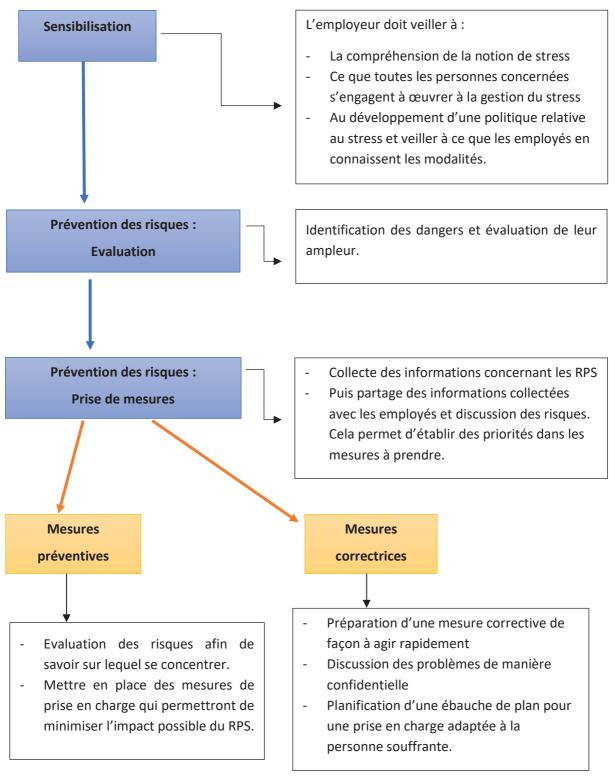
#### <u>L'information et la formation des travailleurs</u>:

Dans un premier temps, la formation des employés et l'information sur les RPS sont essentielles de façon à éviter tout risque de survenue de dangers potentiels. L'employeur a la responsabilité d'informer les travailleurs sur tout ce qui concerne la santé mentale et physique, et la sécurité au travail. Cette première démarche est importante pour que les travailleurs soient sensibilisés et en mesure de détecter des signaux d'alerte les concernant ou leurs collègues. Faire connaître le burnout et les facteurs de risque de le développer, lève le tabou concernant cette pathologie, et participe à sa prévention car permet de sortir de l'isolement social.

Dans tous les pays européens, les autorités en charge de la sécurité du travail publient des guides ou des brochures destinées à assister les entreprises à mettre en place des mesures préventives. Ces guides font un rappel de la loi et des responsabilités des différents acteurs, donnent des informations sur les caractéristiques des RPS qu'ils traitent (presque toujours uniquement le stress et/ou la violence et le harcèlement) afin d'aider à mieux les identifier, et proposent des mesures et des outils de prévention (souvent sous formes de questionnaires) ou encore indications pour bénéficier de conseils plus approfondis. Toutes ces brochures ou guides forment les entreprises ainsi que leurs employés, de façon à éviter tout risque de perturber la santé mentale des travailleurs.

En France, l'Institut National de Recherche et de Sécurité (INRS) ainsi que les caisses régionales d'assurance maladie du régime général publient des guides traitant de RPS. L'INRS propose un contenu téléchargeable gratuitement sur les RPS, contenant des animations et des vidéos ayant pour but d'informer, et propose également des mesures préventives.

Exemple d'organigramme d'information sur les conduites à tenir en cas de survenue d'un RPS, disponible sur « le guide électronique sur la gestion du stress et des risques psychosociaux » [96].



# Améliorer les conditions de travail :

De bonnes conditions de travail sont primordiales pour éviter la survenue d'un RPS. Les facteurs de RPS les plus observés dans le développement d'un burnout sont l'intensité, le temps et la surcharge de travail.

L'intensité du travail se traduit en termes de facteurs psychosociaux de risque à travers des concepts tels que ceux de « la demande psychologique » [97] : ils se rapportent aux exigences associées à l'exécution du travail en termes quantitatifs (contraintes de temps, quantité de travail excessive, etc.), mais aussi qualitatifs (complexité des tâches, concentration, demandes contradictoires, responsabilités, etc.).

Des enquêtes réalisées par DARES sur les conditions de travail des salariés de France métropolitaines, pour la période de 2005 à 2013 [98], démontrent que « les changements organisationnels ont repris et les contraintes de rythme de travail se sont accrues, après la relative stabilisation enregistrée entre 1998 et 2005. [...] les tensions sont plus fréquentes avec les collègues ou les clients et usagers. De même, les salariés sont plus nombreux à vivre au travail des situations exigeantes sur le plan émotionnel ». L'étude précise également que depuis une trentaine d'années le nombre de salariés dont le rythme de travail est déterminé par au moins trois contraintes, a beaucoup augmenté (6% en 1984, contre 35% en 2013). Ces contraintes de travails sont multiples, mais les plus fréquentes sont l'intensification du rythme de travail et la surcharge de travail, qui sont des facteurs de risque au développement de burnout.

Pour éviter tout risque d'altération de la santé mentale au travail, il est important pour l'employeur de veiller aux bonnes conditions de travails de ses salariés, en prévention il peut par exemple [99] [100] :

- Evaluer la charge de travail et anticiper le recours aux heures supplémentaires ;
- S'assurer de la prise de congés et des journées de réduction du temps de travail, du respect du temps de repos. Adapter les horaires de travail afin de les rendre compatible avec la vie personnelle ;
- Encadrer l'usage des technologies numériques et nomades, mettre en place une régulation de l'usage des outils informatiques. Utiliser des systèmes permettant la réception différée de mails ou organiser des urgences téléphoniques (téléphone d'astreinte par exemple) pendant les weekend ou congés etc.;
- Améliorer l'environnement de travail : faire une étude ergonomique des postes de travail, éviter les postes isolés ; mettre en place des structures ou moyens pour améliorer

- l'environnement de travail (air conditionnée, chauffage, climatisation, fontaine à eau, cafetière, pièces lumineuses...)
- En cas d'augmentation de la charge de travail, mettre un place un système de suivi des travailleurs, ainsi que des espaces de régulation et de discussion permettant de s'assurer que les travailleurs ont les moyens d'anticiper et de traiter la surcharge de travail;
- Avoir des solutions de recours en cas d'imprévus (arrêt maladie, panne d'une machine...)
- En cas de recours aux heures supplémentaires : les communiquer à l'avance, veiller à ce qu'elles correspondent au surcroit d'activité et ne deviennent pas une obligation perçue par les travailleurs, s'assurer de la transparence du décompte des heures, et garantir leur rémunération ou leur récupération.

## Donner une marge de manœuvre et s'assurer de la reconnaissance du travail :

Il est important que le salarié ait le sentiment de participer aux prises de décision, que son avis soit écouté, pris en compte et qu'il dispose de marge de manœuvre. Le travailleur fournit un travail fixé par son employeur, qui doit être encadré et valorisé. Il ne doit pas avoir le sentiment d'être soumis à ses tâches sans pouvoir discuter ni d'être considéré comme un « pion » auquel on dicte des ordres, il doit être considéré comme un acteur responsable de l'entreprise auquel on fait confiance.

Afin de préserver sa santé et de prévenir les RPS, il est essentiel que le travail accompli par le salarié soit reconnu à sa juste valeur, et qu'il ait le sentiment de participer aux prises de décision. Le salarié doit trouver une récompense à ce qu'il investit dans son activité professionnelle. Par ailleurs, l'employeur doit tout mettre en œuvre pour qu'aucun de ses salariés ne se sentent lésés par rapport à ses collègues.

Pour permettre cela l'employeur peut par exemple :

- Instaurer une communication interne régulière et transparente sur les projets ou les résultats de l'activité, expliquer les décisions prises, répondre aux questions des travailleurs.
- Redonner une marge d'initiative et d'autonomie aux salariés
- Réorganiser le travail pour le rendre stimulant
- Donner des instructions appropriées pour l'accomplissement de tâches

Tous ces éléments contribuent à la reconnaissance du travail effectué, et au sentiment d'avoir une place considérée dans l'entreprise. La reconnaissance du travail est importante pour le travailleur susceptible de développer un burnout, il ne doit pas avoir le sentiment d'un manque de réciprocité entre ce qu'il investit dans son travail et ce qu'il reçoit en retour. La reconnaissance contribue aux

ressources qu'un travailleur peut mobiliser. De plus ces processus de reconnaissance doivent être équitables entre tous les membres d'une entreprise.

# Garantir un soutien social :

Un faible degré de soutien social au travail engendre un plus grand risque de développer des troubles de santé mentaux

, le soutien social est considéré comme un facteur essentiel à l'adaptation humaine en société. Un soutien social bénéfique pour un individu dépend de la qualité des relations interpersonnelles avec ses collègues et ses supérieurs hiérarchiques. Il dépend également de la confiance, la solidarité, la disponibilité de son entourage professionnel. En effet, le soutien social peut être défini comme un réseau d'aide qu'une personne peut solliciter lorsqu'elle est confrontée à des situations professionnelles problématiques, cela permettrait de réduire les tensions et les conflits en constituant une ressource lorsque le professionnel doit affronter des situations de stress.

La théorie de l'échange social considère la relation d'emploi comme un échange entre l'employeur et l'employé. Selon le sociologue américain Peter Michael Blau [101], il existe trois conditions de base de l'échange social : la réciprocité, la temporalité et la confiance dans l'échange. Selon lui le soutien social a une influence positive sur les stress et la santé mentale au travail.

En 1997, Greenglass, Burke et Konarski [102], ont réalisé une étude sur l'impact du soutien social sur le développement de burnout chez les enseignants, ils ont démontré qu'un plus grand soutien des collègues et des supérieurs hiérarchiques contribuerait à la prédiction de l'épuisement professionnel, en particulier à une diminution de la dépersonnalisation et à un sentiment accru d'accomplissement professionnel.

Dans une situation de travail exigeante, un travailleur envisagera et ressentira moins les effets négatifs lorsqu'il percevra que ses collègues et/ou son supérieur se soucient de son bien-être et valorisent sa contribution. Afin de garantir un soutien social au sein d'une entreprise pour éviter la survenue de RPS, il existe de nombreuses mesures de préventions comme par exemple :

- Adapter son mode de communication, réduire les incertitudes, donner aux acteurs de l'entreprise la possibilité de s'exprimer, renforcer les pratiques d'entraide ;
- Eviter les postes isolés, sinon prévoir des moments d'échanges avec des collègues ;
- Fluidifier les contacts entre travailleurs et leurs responsables et s'assurer de la disponibilité de ses supérieurs hiérarchiques ;

- Faciliter les échanges entre collègues dans le but de diminuer ou améliorer la charge de travail.
   Renforcer le travail d'équipe et éviter les situations pouvant engendrer compétition et méfiance entre collègues;
- Mettre en place des lieux d'écoutes et de communication confidentiels, permettant un dialogue avec la hiérarchie en cas de problèmes ;
- Améliorer le retour sur l'efficacité professionnelle, la reconnaissance du travail accompli.

Pour conclure, la prévention primaire est essentielle car il s'agit de la première étape de prévention du burnout. Elle est basée sur l'observation, la formation, l'information, et la mise en place d'ensemble de moyens évitant un RPS. Les points essentiels de la prévention primaire sont l'évaluation de la charge et des contraintes de travail, le soutien social, l'information et la formation concernant les RPS. Il est aussi essentiel pour l'entreprise d'établir un dialogue avec ses travailleurs, d'avoir de la reconnaissance pour le travail effectué, d'établir des règles et des repères communs, de faire en sorte que ses salariés se reconnaissent et s'identifient dans leur travail de tous les jours, car le travail est constructeur et constitue l'un des piliers sur lesquels reposent l'identité de chacun.

# III.1.2.2. Prevention secondaire

La prévention secondaire : « on protège », vise à détecter les situations à risque afin d'éviter ou limiter la propagation de celles-ci. La prévention secondaire intervient lorsqu'un individu est potentiellement en danger, ou lorsqu'il n'a pas été possible d'éliminer un facteur de risque, elle consiste à réduire l'exposition, protéger et aider le salarié en souffrance. Cependant pour aider un salarié en souffrance, il faut détecter des signaux d'alerte, la prévention secondaire a donc un rôle de détection. En effet des individus très engagés, au bout de leurs limites peuvent consacrer leurs derniers efforts à la dissimulation de leur souffrance que ce soit à leur proches ou leur entourage professionnel. Il existe donc des signaux d'alertes spécifiques qui peuvent être identifiés de façon à mettre en place rapidement des mesures de soutien et d'aide pour la ou les personne(s) en danger. Ces signaux d'alerte peuvent être collectifs ou individuels.

Siį	gnaux collectifs	Sig	naux individuel
Indicateurs liés au fonctionnement de l'entreprise	Temps de travail : absentéisme répété, arrêt maladie, présentéisme important  Activité de l'entreprise : détérioration de la qualité des services ou des produits  Activités salariales : départs, démissions, demande de mutation, licenciements	Indicateurs de l'épuisement émotionnel	Manque d'énergie, épuisement physique manifeste ou constaté  Problèmes de concentration, troubles de la mémoire, manque de disponibilité cognitive Irritabilité, impatience, pessimisme, hyper- émotivité ou absence d'émotions
	Relations sociales: procédures judicaires, grèves, violences, conflits	Indicateurs du cynisme au travail	Dénigrement de son travail ou de son environnement professionnel. Un sujet habituellement agréable devient cynique, désagréable, hostile
Indicateurs liés à la santé et à la sécurité des travailleurs	Mouvements salariaux : nombre de visites médicales spontanées augmentées, inaptitudes, demande de consultations externes  Maladies professionnelles : psychopathologies reconnues par le CRRMP, troubles musculo- squelettiques  Accidents du travail : augmentation de leur fréquence et leur gravité  Situations graves : suicide ou tentatives sur le lieu de	Indicateurs de la diminution de l'accomplissement personnel	Dévalorisation du travail accompli, de son efficacité, de ses compétences, non - atteinte des objectifs  Désinvestissement inhabituel, désengagement professionnel, perte de jovialité à propos du travail
	travail, plaintes pour harcèlement ou reconnus par la justice		

Des actions devront être mis en place pour essayer de stopper les processus qui conduisent au burn-out lorsque ceux-ci ont pu être identifiés, comme par exemple :

- Favoriser des entretiens professionnels avec le manager ou le responsable pour discuter de l'organisation individuelle du travail et l'évolution de cette organisation chaque fois que des tensions particulières apparaissent ;
- Mettre en place des groupes de discussion afin d'élaborer des procédures adaptées en cas d'exigences fortes ou d'augmentation de l'exigence
- Former les salariés à la gestion de leur qualité de vie au travail (relaxation, détente...) et à la gestion de leur temps et de leur organisation de travail ;
- Mettre en place un soutien particulier pour les travailleurs à fort risque d'exposition ;
- Veiller à l'existence et au maintien de certaines valeurs (soutien social, reconnaissance, équité, récompenses...);
- Sensibiliser les services de santé au travail sur le risque de burn-out, et en cas de suspicion leur proposer de faire passer un test d'évaluation ;
- Mettre à disposition un outil d'autodiagnostic permettant d'évaluer leur niveau d'exposition à un risque de burnout.

La vigilance est essentielle, car le burnout est une pathologie difficile à déceler, les individus en souffrance, ont du mal à reconnaitre leur mal-être et n'arrivent pas à prendre le recul suffisant pour se protéger. Si la situation de la personne se dégrade, malgré les actions mises en place, il faudra enclencher une prise en charge médicale. Il s'agit avant tout d'un problème de santé, donc l'individu devra être orienter au plus vite auprès des acteurs médicaux sociaux : psychologue, médecine du travail...

Le médecin du travail peut également jouer un 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.

#### III.1.2.3. La prévention tertiaire

La prévention tertiaire : « on répare », intervient lorsqu'il n'a pas été possible d'éviter le danger et que le salarié est en souffrance. Elle englobe la prise en charge et le traitement des personnes atteintes d'un burnout. Elle comprend également tous les actes destinés à diminuer la prévalence des incapacités chroniques ou des récidives, donc à réduire au maximum les invalidités fonctionnelles consécutives à la maladie. La prévention tertiaire cherche à favoriser la réinsertion professionnelle et sociale.

Des mesures préventives devront être mises en place à la suite d'un burnout d'un salarié, l'entreprise devra analyser les causes organisationnelles qui ont contribué au burnout, puis engager un plan d'action pour les corriger. Ces mesures correctrices devront être mise en place avant le retour de l'employé malade, de façon à ne pas répéter les mêmes erreurs, et d'éviter le constat qu'aucun changements n'a été fait, cela fait également parti de la prise en charge et de l'accompagnement du salarié souffrant.

L'entreprise devra entreprendre un encadrement adapté (ressource humaine, médecins du travail...) et réfléchir ensemble sur les modalités de réintégration du salarié.

Il est également important d'informer le reste du personnel de la situation, si un retour au travail est prévu, il faudra s'assurer d'un accueil favorable, de combattre d'éventuels préjugés. Pour cela, l'entreprise peut sensibiliser ses employés sur le burnout et les RPS.

Toutes les actions mises en place devront permettre le retour de l'employé, et éviter à l'avenir que les situations ayant provoqué un burnout ne se répètent chez l'employé et/ou ses collègues.

## III.1.3. Prévention au niveau individuel

III.1.3.1. <u>Gérer son stress : stratégie de coping selon Lazarus et Folkman [104] [105]</u>
[106]

Il existe certaines techniques qui visent à modérer les réactions individuelles de stress : changer sa perception des évènements, augmenter son sentiment de contrôles, augmenter son soutien social, apprendre des stratégies de gestions du stress ou coping.

Selon Lazarus et Folkman le coping a deux fonctions principales : il peut permettre de modifier le problème qui est à l'origine du stress, il peut permettre de réguler les réponses émotionnelles associées à ce problème. Ils définissent le coping comme « l'ensemble des efforts cognitifs et comportementaux destinés à maîtriser, réduire ou tolérer les exigences internes ou externes qui menacent ou dépassent les ressources d'un individu ». Lazarus et Folkman distinguent trois stratégies de coping : centré sur le problème, centré sur les émotions, centré sur le soutien social.

## Le coping centré sur le problème :

Ce sont les tentatives pour contrôler ou modifier la situation. Cette stratégie vise à diminuer les exigences d'une situation et/ou à augmenter ses propres ressources pour y faire face. Le contrôle de la situation stressante peut consister à mettre en place une procédure de résolution de problèmes destinée à neutraliser le stresseur, le diminuer ou l'interrompre. Le coping centré sur le problème

comprend deux facteurs, la résolution du problème (recherche d'informations, élaboration de plans d'action) et l'affrontement de la situation (efforts et actions directs pour modifier le problème).

Dans le monde professionnel, la stratégie serait de modifier son organisation personnelle, de changer ses conditions de travail de façon à diminuer le stress et/ou mieux le supporter. Des actions peuvent être mises en place comme par exemple :

- Réduire les exigences des situations stressantes : revoir ses objectifs, diminuer le nombre de rendez-vous, diminuer le temps de travail, déléguer une partie du travail etc...
- Augmenter ses ressources visant à mieux affronter les situations potentiellement stressantes : rechercher des informations, se former ou approfondir ses connaissances dans certains domaines, faire un planning, obtenir un soutien extérieur etc...

#### Le coping centré sur l'émotion :

Ce sont les tentatives pour contrôler ou modifier la tension émotionnelle induite par la situation. La régulation des émotions peut se faire de différentes façons (émotionnelle, physiologique, comportementale, cognitive), et peut entrainer de nombreuses réponses comme : la consommation de substances (alcool, tabac...), la pratique d'activité distrayantes (sport, lecture...), exprimer ses émotions (colère, tristesse, anxiété...). Le but de ce coping est de modifier la perception d'une situation stressante, de façon à atténuer ses effets. L'individu constate qu'il est stressé, et doit trouver une solution pour diminuer son stress, donc agir sur ses émotions, et sa perception du stress. Il s'agit d'utiliser des ressources cognitives pour modifier nos représentations du problème, et reprendre un certain contrôle sur les émotions. Dans le monde professionnel, plusieurs solutions peuvent être envisagées :

- Avoir des attentes réalistes, savoir reconnaître les situations stressantes et lâcher-prise au lieu de persister dans une tache qui engendre du stress.
- Accepter les imperfections parfois rencontrées dans son travail.
- Relativiser sur l'importance d'un problème, et dédramatiser ses conséquences.
- Contrôler les situations dans lesquelles on s'engage, et éviter celles qu'on ne maitrise pas.
   Savoir reconnaitre ses limites.

Le contrôle de la réaction de stress peut consister à agir sur les différents types d'émotions comme :

- Physiologiques: respirer, se détendre, aller marcher....
- Cognitives: relativiser, penser à autre chose...
- Comportementales : ne pas s'énerver, être de bonne humeur...

#### Le coping centré sur la recherche de soutien social :

Ce sont les aides potentielles que l'entourage peut apporter et qui dépendent du climat et de la qualité des relations interpersonnelles dans l'entreprise et à l'extérieur. Dans le coping centré sur le soutien social, il s'agit d'obtenir la sympathie et l'aide d'autrui, et de renouer avec des espaces de parole, par exemple dans le monde professionnel ce serait :

- Se rapprocher de certains collègues, travailler ensemble
- Partager des loisirs et des activités avec son entourage professionnel
- Participer à un groupe de parole,
- Discuter et échanger avec ses collègues et/ou ses supérieurs en cas de difficultés
- Augmenter son réseau de soutien social

Dans l'ensemble, la mise en place de stratégies de coping s'apprend, la personne souffrante de burnout sera largement bénéficiaire si elle accepte d'être suivie par un professionnel de santé ou un spécialiste pouvant lui enseigner des stratégies de coping.

Il existe de nombreuses stratégies de coping permettant de faire face au stress professionnel, il est donc important de connaître ces stratégies ou se rapprocher de spécialistes pouvant les enseigner.

## III.1.3.2. Autres stratégies de coping [107]

Le Dr Lucie Côté, psychologue québécoise, et son équipe ont développé un modèle de stratégies coping pour aider à affronter le stress professionnel. Il a été élaboré à partir des connaissances scientifiques sur le coping d'auteurs reconnus dans ce domaine.

Leur modèle repose sur « le principe selon lequel l'efficacité du coping dépend de la contrôlabilité de la situation qu'une personne doit affronter ». Selon les auteurs « que la situation soit contrôlable ou non, nous avons identifié quatre stratégies spécifiques, dont deux efficaces, la modification de la situation et le lâcher-prise, et deux autres non adaptées et inefficaces, la résignation - déresponsabilisation et l'acharnement. ». Ce modèle est décrit dans le tableau ci-dessous.

		Les stratégies spécifique	es de coping			
		Contrôlabilite	é de la situation			
		Oui	Non			
		Modification de la situation.	Lâcher-prise			
		Augmenter ses ressources et capacités : rechercher l'information pertinente et développer ses compétences.	Accepter sereinement de composer avec la réalité : soi, les autres, la situation.			
	+	Agir concrètement : communiquer, analyser, planifier et organiser son temps, ses tâches et son environnement, fournir les efforts nécessaires pour accomplir ses tâches et persévérer.	Nourrir des exigences et des attentes réalistes, accepter les limites de son pouvoir et de ses capacités ainsi que celles des autres.  Se concentrer sur le positif, relativiser			
Efficacité		Obtenir le soutien instrumental du réseau social : recevoir de l'aide directe, des ressources ou des conseils pour identifier et appliquer des solutions concrètes.	l'importance d'un problème et dédramatiser ses conséquences. Choisir ses batailles et cesser de vouloir modifier une situation sur laquelle on n'a pas de pouvoir			
		Résignation-déresponsabilisation	Acharnement			
		Se plaindre, s'apitoyer, blâmer les autres sans reconnaître ses propres fautes ou manquements.	S'obstiner à poursuivre des stratégies d'action inefficaces puisqu'il n'y a pas de contrôle possible sur la situation.			
	-	Subir la situation, se sentir impuissant à la changer même si, en réalité, elle pourrait l'être.	S'entêter à vouloir atteindre un résultat irréaliste, voire impossible.			
		Se déresponsabiliser vis-à-vis de ce que l'on pourrait faire, laisser les autres trouver des solutions ou s'occuper des problèmes, procrastiner.	Se responsabiliser pour des problèmes qui appartiennent aux autres.			

Les auteurs pensent que « ces quatre stratégies spécifiques forment le cœur du modèle, mais il faut y ajouter des stratégies générales, de bien-être ou d'évitement, qui influencent, positivement ou négativement, la capacité à affronter des situations spécifiques ».

Les stratégies de coping basées sur le bien-être et l'évitement sont décrites dans le tableau cidessous.

		Les stratégies générales de coping
	+	Bien-être  Développer sa spiritualité : sens de la vie, engagement envers la société ou plus grand que soi.  Nourrir des relations interpersonnelles positives : soutien émotionnel, affection, amour, acceptation.
Efficacité		S'accomplir et se développer : utilisation et expression de ses talents et capacités, apprentissage de nouvelles compétences.  Maintenir de bonnes habitudes de vie : activités physiques, saine alimentation, techniques de relaxation, plein air, sommeil.
	_	Évitement  Engourdir ses émotions et ses sensations : dépendance ou abus de drogue, alcool ou médicament, hypersomnie.  Bloquer les pensées déplaisantes et pratiquer, avec excès, des activités compensatoires : magasinage, alimentation, jeux électroniques ou de hasard compulsifs.  S'éloigner des sources de stress : certains lieux, personnes ou activités aversives.

## III.1.4. Exemples d'outils permettant l'évaluation des RPS

# III.1.4.1. Outils proposés par l'INRS

L'INRS proposent de nombreux outils permettant la détection au sein d'une entreprise des RPS. Ils ont pour rôle d'identifier les dangers potentiels, et de les évaluer. Si des RPS sont identifiés, des conseils sont alors proposés pour y remédier.

# « RPS faire le point » [108]

Le premier outil est celui concernant les entreprises de moins de cinquante salariés, appelé « RPS faire le point », disponible gratuitement sur le site de l'INRS. Cet outil, sous la forme d'une grille Excel, propose une quarantaine de questions mettant en évidence la présence ou non des RPS dans l'entreprise.

Il propose également des clés de compréhension et des pistes d'action pour les prévenir, ainsi que des indications pour faciliter un plan d'action en cas de mise en évidence de RPS. La participation des salariés est requise, l'ensemble des guestions vont leur permettre de s'exprimer sur leur vécu au

travail, sur le contenu de leur métier, et de leurs activités. En fonction des résultats obtenus avec cet outil « Faire le point », une démarche complémentaire est proposée avec l'outil « Analyse des situations-problème ». [109]. Issu d'une méthodologie ANACT, il propose aux entreprises de partir de situations réelles pour identifier les causes et conséquences des problèmes et ainsi trouver dans l'organisation de l'entreprise les clés d'amélioration.

Pour une bonne utilisation de cet outil, un plan d'action est décrit :

#### Comment utiliser cet outil?

Cet outil doit être utilisé dans le cadre d'un dialogue et d'une participation des salariés ou de leurs représentants. Il est important de considérer ce moment d'échange comme une contribution à la prévention des RPS et veiller à lui consacrer le temps nécessaire.

- 1- Imprimer le questionnaire
- 2- Débattre collectivement de chacun des 41 items
- 3- Reporter les réponses choisies pour obtenir le tableur d'évaluation des facteurs de risque
- 4- Lire la note de synthèse en fonction des résultats obtenus
- 5- Elaborer collectivement des pistes d'action en lien avec la situation de l'entreprise

#### Le RPS-DU de l'INRS [110]

L'employeur doit évaluer et identifier les RPS, et les intégrer dans un document unique d'évaluation des risques professionnels (DUER) conformément à la réglementation [111]. Leur évaluation contribue au processus continu de prévention et d'amélioration de la santé, de la sécurité et des conditions de travail des salariés dans l'entreprise. Pour aider les entreprises dans cette démarche, l'outil RPS-DU permet l'identification des facteurs de RPS, et apprécier les conditions et les circonstances d'exposition de ces facteurs. Cet outil est constitué d'une grille d'évaluation de ces facteurs et d'un tableau de bord avec des exemples d'actions possibles. Contrairement à l'outil décrit précédemment, celui-ci est conçu pour des entreprises de plus de 50 salariés.

La grille d'évaluation des facteurs de RPS regroupe sept grandes familles de facteurs de RPS :

- Intensité de travail
- Horaires de travail difficiles
- Exigences émotionnelles
- Faible autonomie au travail
- Rapports sociaux au travail dégradés
- Conflits de valeurs
- Insécurité de l'emploi et du travail

Exemple de grille d'évaluation du facteur de RPS concernant « intensité de travail » extraite de « évaluer les facteurs de risques psychosociaux : l'outil RPS-DU » de l'INRS, 2013 [112]:

	Jamais Non	Parfois Plutôt non	Souvent Plutôt oui	Toujours Oui	Commentaires (illustrations par des situations de travail, propositions d'actions
Contraintes de rythmes de travail  Les salariés sont-ils soumis			0	_	
à des contraintes de rythmes élevés ?	$\odot$	(=)	(3)		
Le rythme de travail peut être imposé par des contraintes internes à l'entreprise (cadence d'une machine, normes de production, dépendance vis-à-vis du travail de collègues en amont ou en aval) ou externes (demande des clients nécessitant une réponse immédiate). Ces contraintes de rythmes, lorsqu'elles sont élevées, exigent des salariés une réactivité et une disponibilité quasi-permanente qui sont sources de stress.					
2. Niveau de précision des objectifs de travail					
Les objectifs des salariés sont-ils clairement définis ?	(3)	@	<b>(2)</b>	0	
Les objectifs de travail fixés par l'entreprise guident les salariés dans la réalisation de leurs tâches. Ils peuvent être quantitatifs (par exemple, le nombre de ventes à réaliser dans le mois) ou qualitatifs (par exemple, donner des réponses satisfaisantes aux demandes des clients). Lorsque ces objectifs sont imprécis, flous, voire inexistants, les salariés manquent de repères sur ce qu'on attend réellement de leur travail. Dès lors, des décalages peuvent se créer entre les objectifs que les salariés peuvent eux-mêmes se fixer et les objectifs de l'entreprise.					

L'outil permet d'évaluer les risques au sein d'une entreprise, mais une autre de ses fonctions principales est de mettre en place des mesures préventives, et des plans d'actions une fois les risques évalués. Pour cela, l'outil propose un tableau de bord comme support d'élaboration du programme d'actions de prévention des RPS. Ce tableau regroupe des exemples d'interventions possibles, des informations sur les délais et les personnes en charge de la réalisation des actions engagées. Il permet le suivi des mesures de prévention mises en place à la suite de l'identification et l'évaluation des RPS.

Exemple de tableau de bord des actions de prévention pour le facteur de RPS « intensité du travail : contraintes de rythmes de travail », extrait de « évaluer les facteurs de risques psychosociaux : l'outil RPS-DU » de l'INRS, 2013 [113]

	Niveau de risque	Exemples d'actions	Actions de prévention déjà existantes	Actions retenues par l'entreprise	Délais de réalisation	Personnes en charge de la réalisation
1. Contraintes de rythmes de travail	©	Prendre en compte la variabilité entre les salariés en ce qui concerne les cadences, les rythmes de travail Fixer la charge de travail ou les objectifs de rendement en tenant compte du travail réel et de ses aléas (arrêt machine, durée de réponse aux clients variable selon leur demande). Prendre en compte le temps d'apprentissage (nouvel embauché, changement de poste ou d'outil).	Formation de 5 jours pour chaque nouvel arrivant	Réunion mensuelle avec les chefs d'équipe pour planification du travail Notification de toutes les pannes machines et analyse	À partir de septembre	Responsable de la fabrication Service maintenance

Les grilles d'évaluation de cet outil, doivent être renseignées par l'employeur, qui est le pilote de son entreprise. Il peut confier cette tâche à une personne du service des ressources humaines, ou à un responsable. Il peut également s'appuyer sur les membres de CHSCT (Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail), le médecin du travail, psychologues, ou l'ensemble des personnes qu'il jugera utile dans son entreprise. Ces différents acteurs peuvent être réunis en groupe pluridisciplinaire, de façon à piloter la démarche, et réfléchir ensemble aux actions pouvant être prises. La grille d'évaluation ne doit pas être présentée comme « un questionnaire », les questions s'adressent à un groupe de travail et les réponses apportées le sont après une délibération collective.

Cet outil peut-être très utile dans la prévention des RPS. Il existe encore de nombreux outils, des formations, ou applications pour préserver la santé des travailleurs.

#### III.1.4.2. <u>Le dispositif Solupsy</u> [114] [115]

L'Union Patronale du Var (UPV), créée en 1937, est une des plus importantes organisations patronales interprofessionnelles. Elle offre un accompagnement aux entreprises dans leur environnement économique et social. Depuis quelques années, l'évolution des textes au niveau de la prévention des risques professionnels s'est accentuée (les accords-cadres européens sur le stress et le harcèlement par exemple), pour y répondre l'UPV s'est positionnée au niveau de la prévention des risques professionnels, et plus spécifiquement des risques psychosociaux. Elle s'est depuis quelques années investie, aux côtés de la DIRECCTE (Direction Régionale des Entreprises, de la Concurrence, de la Consommation, du Travail et de l'Emploi) pour aider les entreprises à gérer leurs difficultés dans ce domaine.

En 2009, à la suite de décisions collectives, le projet « Solupsy » est initié en interne. Son rôle est de proposer un regard neuf sur les RPS, d'accompagner les entreprises en s'adaptant à leur problématique, et les aider à surmonter leurs difficultés. Toute la démarche de projet visait une définition, une organisation des méthodes, des approches et des types d'intervention afin de proposer une palette d'actions large et structurée qui puisse répondre aux demandes et besoins des entreprises qui sollicitent l'UPV.

Solupsy s'appuie sur une équipe pluridisciplinaire en interne, composée de 4 psychologues (2 psychologues du travail et 2 psychologues cliniciens), d'un spécialiste RH, d'un préventeur, d'assistantes sociales et ponctuellement d'un ergonome. Cette équipe travaille également en externe principalement avec la CARSAT et la médecine du travail.

Solupsy apporte une analyse et des objectifs permettant d'aborder la situation sous un autre angle avec une équipe de professionnels adaptée, en complémentarité avec ce que l'entreprise a déjà entrepris. En fonction des besoins et des attentes des entreprises, des démarches adaptées seront proposées en fonction des situations rencontrées. Pour réaliser ces démarches, différentes méthodes d'investigations sont proposées telles que : analyse documentaire, observations, questionnaires validés (principalement WOCCQ (*Working Conditions and Control Questionnaire*), Karasek, Siegrist, etc.), entretiens avec les salariés et l'environnement de l'entreprise, méthodes d'échantillonnage des personnes interrogées, modes de restitution, etc. Toutes ces méthodes sont mobilisables en fonction de la situation rencontrée et des moyens mis en œuvre par le dirigeant (humains, financiers, temporels, etc.).

De nos jours il existe de nombreux organisme de formation, qui propose d'aider les entreprises dans la prévention des RPS. L'assurance maladie, et l'INRS propose une liste des organismes par régions habilités à la formation de la prévention des RPS. Les entreprises qui le souhaitent peuvent

faire appellent à ses organismes spécialisés pour se former et éviter tout risque d'atteintes psychologiques sur le lieu de travail [116].

Il existe différents moyens et méthodes disponibles actuellement pour prévenir les RPS, tous ne peuvent pas être décrits, de plus au cours des dernières années ces dispositifs se sont multipliés pour répondre aux besoins des entreprises de plus en plus confrontées aux problèmes des RPS. Le burnout est une des nombreuses psychopathologies dues au travail, donc prévenir les RPS permet également de le prévenir.

Selon le rapport de l'académie nationale de médecine de 2016 [117], « Les diverses stratégies de prévention du burn-out rejoignent les stratégies de prévention des risques psychosociaux. Les domaines de mise en œuvre de cette prévention sont l'organisation du travail, le management des personnes et le fonctionnement psychique des individus eux-mêmes. Ainsi, la lutte contre le « workaholisme » et le surinvestissement de l'activité professionnelle doit faire partie intégrante de la démarche de prévention. »

## III.2. Prise en charge d'un burnout [118] [119] [120] [121]

La prise en charge du burnout repose sur plusieurs points, elle concerne l'individu en lui-même, le repos, la relaxation, et différentes méthodes de façon à ce que l'individu en souffrance « se retrouve », et également des thérapeutiques pour l'aider à se reconstruire. Mais la base de la thérapie est centrée sur la reconstruction de l'individu qui doit se focaliser sur lui-même pour y arriver. La prise en charge s'entend également sur son environnement professionnel, le but est d'améliorer les conditions de travail et diminuer les facteurs de stress, comme nous l'avons vu précédemment cela fait partie de la prévention tertiaire d'une entreprise qui a également pour rôle la prise en charge du salarié souffrant en vue d'un retour professionnel dans des conditions favorables.

La prise en charge est donc individuelle et professionnelle. De nombreux acteurs seront concernés, car se remettre d'un burnout peut prendre beaucoup de temps, et l'individu devra recevoir le meilleur accompagnement possible.

#### III.2.1. Les thérapies cognitives et comportementales (TCC) [122] [123]

Les TCC sont des prises en charge de la souffrance psychique reposant sur une méthodologie expérimentale appliquée au cas particulier d'un individu, elles sont préconisées dans le traitement de troubles psychologiques variés. Par rapport à d'autres thérapies, elles ont l'avantage de proposer une modélisation du fonctionnement humain basée sur les théories d'apprentissage.

La TCC occupe une place importante dans la panoplie des traitements du burnout. Elle commence par une analyse comportementale, au cours de laquelle on recherche la présence de situations typiquement à risque de burnout, par exemple, le principe d'équité ou de réciprocité joue un rôle capital dans le développement du burn-out, autrement dit : la personne a le sentiment de donner nettement plus qu'elle ne reçoit (de ses patients, de ses collègues, de son entourage...). Parallèlement, ceux qui résistent le mieux au burn-out s'octroient régulièrement des « routines de décompression » (relaxation, méditation, lecture, jogging, etc.), et communiquent avec leurs proches (conjoint, collègue, ami) de façon à mieux « digérer » les événements stressants du travail.

Les TCC se caractérisent par une approche individualisée, débutant par des observations méthodiques, leur analyse et seulement ensuite un traitement multimodal. Le but du traitement est de parvenir à un déconditionnement en déterminant les dysfonctionnements cognitivo- émotionnels au cours des séances de thérapies et en exerçant un cheminement de pensée correctif. Dans le cas du burnout, les TCC sont réalisées par des spécialistes, et sont souvent adaptées en fonction de la personne. L'approche globale est de mettre en évidence la présence de comportements dysfonctionnels, les analyser par TCC, puis discuter avec le patient afin d'élaborer des stratégies de changements. De nombreuses procédures sont utilisées, la TCC peut par exemples :

- Permettre l'apprentissage méthodique de la relaxation de façon à pouvoir diminuer, et modérer son stress
- Aider à modifier les croyances dysfonctionnelles et les schémas de pensées
- Contribuer à remplacer les réactions impulsives par des démarches de résolution de problèmes,
- Développer de l'habilité à communiquer
- Aider à améliorer son quotidien, et sa gestion du temps
- Améliorer le sommeil
- Accompagner le patient pour modifier les conditions de travail ou changer de travail
- Traiter des troubles psychiques développés par le travail (dépression, anxiété...)

Des études ont été réalisées de façon à déterminer l'efficacité de ces thérapies. En 2017, le Dr Clara Strauss et son équipe ont réalisé une étude afin d'évaluer les effets de la thérapie à pleine conscience et de la TCC sur le stress chez un personnel soignant [124].

Cette étude vise à examiner si un atelier d'une journée de gestion du stress TCC et 8 séances de Thérapie cognitive à pleine conscience sont efficaces pour réduire le stress du personnel de santé et d'autres problèmes de santé mentale, et, si ces interventions permettent de contribuer à l'absence de

maladie mentale due au travail, à améliorer le présentéisme et le bien-être, l'auto-compassion, et la compassion pour les autres.

Le nombre de participants est de 140, ils font partie du personnel travaillant dans un service régional de santé au sud de l'Angleterre, les critères d'inclusion sont :

- Les participants sont employés (ou travaillent à titre honoraire ou bénévole) dans l'établissement,
- Doivent être actuellement au travail (pas en congé de maladie),
- Ont un niveau d'anglais suffisant pour comprendre l'ensemble des informations concernant les interventions et le contenu des questionnaires
- Doivent être adultes (âgés de 18 ans ou plus).
- Il n'y a pas de critères d'exclusion.

Le recrutement des participants s'est déroulé entre juillet et décembre 2017. Les résultats sont obtenus à partir des formulaires remplis par les participants après leur programme de thérapies. La thérapie cognitive à pleine conscience est une intervention de groupe de 8 semaines (avec une séance d'orientation avant le cours). Elle utilise des méthodes de la TCC et y ajoute une nouvelle technique appelée la « Pleine Conscience » où les participants sont guidés de façon à se focaliser sur le fait de devenir volontairement conscient de leur corps, de leurs émotions et de leurs pensées en temps réel. Dans cette étude, chaque groupe est dirigé par un ou deux spécialistes et comprend jusqu'à 15 participants. Après chaque session, les participants sont invités à poursuivre leur thérapie, et la pratique de la pleine conscience à leur domicile.

La TCC est pratiquée en atelier d'une journée (6 h), elle a pour but d'enseigner aux participants ses approches pour gérer le stress lié au travail. L'atelier est divisé en trois grandes sections. La première partie de l'atelier introduit une formulation du stress lié au travail basée sur la TCC, en s'appuyant sur la théorie transactionnelle du stress, et mettant en évidence les relations entre les pensées, les sentiments, les sensations physiques et les comportements, dans le contexte du travail. Les participants ont l'occasion de formuler leurs propres expériences de stress liées au travail. La deuxième partie de l'atelier donne un aperçu des stratégies permettant la gestion du stress, avec un accent particulier sur les stratégies cognitives et comportementales. La troisième partie de l'atelier encourage les participants à identifier des objectifs spécifiques, mesurables, réalisables, et pertinents. Chaque atelier comprend jusqu'à 20 participants et est animé par des spécialistes de la TCC (un thérapeute spécialisé en TCC ou un psychologue).

Au cours de ses séances, les chercheurs ont évalué :

Mesures	Outils de mesures
Le stress	La mesure du stress a été évalué en utilisant la sous-échelle du stress de la version abrégée de la « Depression Anxiety Stress Scales » (DASS-21) qui est composée de 21. La sous-échelle de stress du DASS-21 mesure la sévérité des symptômes associés au stress. Les participants sont invités à indiquer leur présence au cours de la dernière semaine thérapie.
Absence de maladies	Les données sur les absences pour maladie seront obtenues auprès des départements des ressources humaines de l'établissement de santé.
Compassion pour les autres	A été mesuré grâce à l'échelle « Compassion for Others Scale » qui a été développé sur la base de la définition empirique de la compassion en cinq éléments : capacité à reconnaître la souffrance, comprendre l'universalité de la souffrance humaine, ressentir la souffrance, tolérer les sentiments désagréables et la motivation à agir / agir pour soulager la souffrance
La dépression	Mesuré en utilisant la sous-échelle de la dépression de la version courte de la DASS-21 qui permet de déterminer la sévérité des symptômes associés à la dépression. Les participants sont invités à indiquer la présence de chaque symptôme au cours de la dernière semaine.
L'anxiété	Mesuré en utilisant la sous-échelle de l'anxiété de la version courte de la DASS-21 qui détermine la gravité des symptômes liés à l'anxiété. Les participants sont invités à indiquer la présence de chaque symptôme au cours de la dernière semaine
L'auto-compassion	Cela sera mesuré à l'aide de l'échelle Compassion for Self
Le bien-être	Le bien-être mental mesuré à l'aide de l'échelle de bien-être mental d'Édimbourg de Short Warwick (SWEMWBS).
Le burnout	Mesuré à l'aide du MBI-Human Services Survey (MBI-HSS) qui a été conçu pour les professionnels travaillant dans les services humanitaires.
Le présentéisme	Mesuré à l'aide de 3 questions qui évaluent le présentéisme, tirées du Questionnaire sur le coût de la productivité de l'Institut d'évaluation des technologies médicales (IMTA PCQ)
La pleine conscience	Mesuré en utilisant la version courte de « Five Facet Mindfulness Questionnaire » composée de 15 items(FFMQ-15).
Engagement à la thérapie à pleine conscience et la TCC	Les participants sont invités à remplir un formulaire répondant à différents critères permettant d'évaluer leur investissement dans la thérapie suivie (par exemple nombre de séances suivies, la pratique de la pleine conscience à domicile, leur point de vue sur l'efficacité de la thérapie sur le stress)

#### <u>Résultats</u>:

- Comparé à d'autres professions, le personnel soignant connaît des niveaux particulièrement élevés de stress lié au travail et d'absentéisme pour maladie.
- La TCC a été plus efficace pour réduire le stress professionnel que la thérapie cognitive à pleine conscience
- Les thérapies ont été le plus efficaces sur le stress, puis ensuite sur l'absentéisme pour cause de maladie, la compassion pour les autres, les symptômes dépressifs, les symptômes d'anxiété, la compassion pour soi, le burnout, le présentéisme et la pleine conscience (chez les participants de la thérapie cognitive à pleine conscience)

Les chercheurs concluent que ces thérapies peuvent faire partie des solutions pour réduire le stress professionnel dans le milieu de travail des soins de santé. Cependant, ils soulignent qu'elles doivent se dérouler dans des lieux confidentiels, afin d'éviter les éventuelles stigmatisations pouvant concerner des individus en souffrance psychologique dans le milieu professionnel.

La TCC comme d'autres thérapies peuvent contribuer à la réduction du stress, c'est pourquoi elles font partie des traitements recommandés pour les personnes atteintes de burnout.

#### III.2.2. Autres traitements du burnout d'après certaines études

#### Etude sur l'efficacité d'un programme de prévention du stress et du burnout

Une étude réalisée par une équipe allemande en 2014, proposait d'évaluer les effets d'un programme de prévention du stress et de l'épuisement professionnel dans un centre de santé [125].

Les chercheurs ont recruté des adultes ayant un niveau de stress supérieur à la moyenne et donc présentant un risque accru d'épuisement professionnel, ils ont été randomisés soit dans le groupe d'intervention (IG) soit dans le groupe de contrôle en attente. Le programme de trois semaines comprenait l'intervention en gestion du stress, la relaxation, l'exercice physique et les applications de boue médicinale. Le nombre total de participants étaient de 90 avec un taux d'abandon estimé de 10%. L'âge moyen était de 50,9 ans, la plupart étant des femmes (76,1%). Presque tous les participants avaient un emploi rémunéré (94,3%). Ils représentaient un large éventail de professions, comprenant professionnels de la santé, employés administratifs et personnel commercial.

### Les critères d'inclusion étaient :

- Etre âgé entre 18-70 ans,
- Présenter un risque d'épuisement professionnel qui a été mesuré grâce au MBI

- Avoir un niveau de stress perçu supérieur à la moyenne, déterminé via l'échelle de mesure
   « Perceived Stress Questionnaire » (PSQ)
- Avoir une capacité physique et un état de santé général permettant la participation au programme et la tolérance des bains de boues médicinaux.

Le programme de prévention de trois semaines comprenait quatre éléments thérapeutiques :

- Une thérapie sur la prévention du burnout (10x2h, en groupes de 8-12 participants),
- **Des techniques de relaxation**: Hatha-Yoga (5x1h), QI gong (5x1h), thérapie cognitive à pleine conscience (10x20min) et relaxation musculaire progressive (6x1h),
- **Des exercices physiques :** renforcement musculaire du dos (7x1h) et activités sportives d'endurance (7x1h)
- Applications de boues médicinales (7 bains complets (42°C, 20 minutes) suivis d'une période de repos et d'un massage (20 minutes chacun). La boue médicinale était composée de matières organiques, de minéraux, et d'eau. Très utilisé dans le cadre de balnéothérapie en Europe, notamment pour traiter les troubles musculo-squelettiques.

Les thérapies sur la prévention du stress et de l'épuisement professionnel ont été effectuées par deux psychologues expérimentés, les cours d'exercices physiques ont été réalisés par des thérapeutes. Le programme de thérapie de groupe pour burnout a été développé pour les patients hospitalisés de la Clinique psychosomatique à Windach, en Allemagne. Le programme a été raccourci et modifié à des fins de prévention. Principalement à la suite d'une approche psychoéducative combinée à des exercices de thérapie basée sur la pleine conscience, le séminaire couvre essentiellement les sujets suivants: expliquer le processus et le syndrome d'épuisement professionnel, y compris le rôle du stress dans le développement de la symptomatologie; donner une compréhension de base de la neurobiologie et de la neuroendocrinologie des processus de stress; l'introduction de modèles de stress psychologiques, fournir aux participants des connaissances sur les effets possibles d'un stress excessif sur la santé et sur la façon d'évaluer leurs propres risques.

#### Résultats:

Les participants à l'IG ont connu une amélioration immédiate et importante du stress perçu et des résultats secondaires (bien-être, maux de dos, épuisement professionnel), les effets ont légèrement diminué au cours des trois premiers mois après l'intervention et ont ensuite duré au moins trois mois, alors que le groupe de travail témoin n'a pas changé considérablement au fil du temps. Le changement dans le temps de l'IG a produit des effets de grande taille, ce

- qui suggère une amélioration significative du fonctionnement psychologique après l'intervention et au cours du suivi.
- Les participants au stage de balnéothérapie à la station thermale autrichienne présentaient des troubles musculo-squelettiques, et également des symptômes d'épuisement professionnel. Les chercheurs ont constaté une amélioration considérable des plaintes liées à l'épuisement professionnel qui a duré jusqu'à trois mois. Cependant, l'absence d'un groupe de contrôle limite grandement la validité de ces résultats.
- Les résultats révèlent que ce programme a eu une efficacité d'une grande ampleur sur le stress perçu, le bien-être, l'épuisement émotionnel et la santé générale au cours du suivi de six mois.
- Les interventions multimodales comprenant des composantes cognitivo- comportementales ou de relaxation ou les deux ont produit des effets significatifs, bien que de petite taille.
- Les chercheurs supposent aussi que l'absence de trois semaines de la maison et du travail a également contribué aux changements observés.

Les auteurs concluent que leur programme pourrait être intéressant dans le cadre de la prévention de l'épuisement professionnel et la gestion du stress, mais soulignent qu'ils n'ont pas étudié quelles mesures spécifiques sont essentielles pour réduire efficacement le stress et l'épuisement professionnel. Cependant, pour leur population étudiée, ils ont constaté clairement que leur programme a eu des effets positifs sur le stress perçu et sur d'autres troubles de santé, et le recommandent.

Cette étude a essentiellement démontré son efficacité en termes de prévention, mais peut également être envisagée en thérapie pour des personnes souffrantes de burnout, car ses effets sur la réduction du stress ont été importants et prouvés.

#### Etude généralisée sur les thérapies existantes pour le burnout

En 2012, une étude s'est intéressée sur l'efficacité de certaines thérapies du burnout [126]. Les auteurs ont établi un rapport d'évaluation traitant la question de l'utilisation et de l'efficacité de différentes thérapies d'épuisement professionnel. Ils ont réalisé une enquête documentaire sur les années allant de 2006 à 2011. Les critères d'inclusion étaient l'épuisement professionnel, les interventions thérapeutiques et les résultats du traitement. Ils ont sélectionné 17 études qui traitaient l'efficacité de la psychothérapie et des interventions psychosociales sur la réduction de l'épuisement professionnel.

Dans ces études, l'épuisement professionnel est traité par : TCC, entraînement à la gestion du stress, phytothérapie (principalement par la prise de racines de *Rhodiola rosea*), physiothérapie,

Qigong ou musique. Les groupes d'entraide, les interventions sur le lieu de travail et la méditation sont d'autres approches thérapeutiques. Une étude rapporte l'utilisation d'une psychothérapie multimodale comprenant des activités de relaxation. Les médicaments psychotropes principalement utilisés pour le traitement du burnout étaient des antidépresseurs et des anxiolytiques.

#### Résultats:

- L'évaluation de l'efficacité des thérapies est problématique. Il n'y a qu'une étude pour la physiothérapie et l'utilisation de racine de *Rhodiola*. Les deux études de Qigong sont publiées par le même auteur. Plusieurs études abordent la même approche thérapeutique, mais avec des techniques d'intervention dont l'intensité et la durée étaient différentes.
- Dans plusieurs études, l'épuisement professionnel est réduit sans traitement
- La TCC et l'utilisation de phytothérapie (racines de *Rhodiola*) ont présenté les résultats les plus efficaces sur la réduction du stress
- Les autres thérapies n'ont pas eu de résultats assez concluants.

#### Limites:

- Dans de nombreuses études les auteurs se plaignent du faible nombre d'études qualifiées pour le traitement de l'épuisement professionnel. En outre, ils soulignent l'évaluation insuffisante des études de thérapie et la nécessité de poursuivre les recherches.
- De nombreuses limitations affectent la qualité des résultats. Le contenu et la durée de l'intervention, la conception et la taille de l'étude sont très divers et ne permettent pas une comparaison directe.
- Les thérapies parallèles utilisées sont insuffisamment documentées ou contrôlées. La plupart des études utilisent le MBI comme outil de diagnostic ou de résultat, mais avec des seuils différents. De plus, la validité du MBI en tant qu'outil de diagnostic n'est pas prouvée.

# **Conclusion**:

Les auteurs concluent que l'efficacité des thérapies pour le traitement du syndrome d'épuisement professionnel est insuffisante. Seule pour la TCC, il existe un nombre suffisant d'études qui prouvent son efficacité. Cependant les auteurs remarquent qu'il manque encore de grandes études expérimentales qui comparent l'efficacité des thérapies uniques et évaluent leurs preuves. La récupération naturelle sans aucune thérapie nécessite des recherches supplémentaires. Pour eux, il convient d'examiner dans quelle mesure les thérapies et leurs effets sont contrecarrés par les les conditions de travail.

#### III.2.3. Prise en charge du burnout selon les recommandations françaises et étrangères

#### III.2.3.1. Recommandations françaises

III.2.3.1.1. Selon le guide de prévention du burnout de l'INRS (2015) [118]

Le guide recommande une prise en charge par étape :

- Le repos
- La reconstruction identitaire
- La réflexion et la renaissance du désir de travailler
- La possibilité de retour au travail

La prise en charge met en place des actions autour du travailleur souffrant de burnout, impliquant différents acteurs dont l'entreprise responsable, l'équipe et le collectif de travail entourant le travailleur devront alors participer pour favoriser un bon rétablissement et un éventuel retour au travail dans des conditions les plus favorables. Le guide précise qu'au niveau collectif, l'apparition d'un burnout au sein d'une entreprise doit alerter tous les professionnels y travaillant, qui doivent mettre en place des démarches de préventions, comme nous l'avons vu précédemment cela fait partie de la prévention tertiaire. Cette approche a pour but la prévention de burnout chez d'autres salariés, la protection et le retour au travail de l'employé souffrant, et ainsi d'éviter de « répéter les mêmes erreurs ».

# Aider le travailleur à « reprendre pied »

Ce sont les mesures permettant de rétablir l'équilibre de l'individu en agissant sur le domaine professionnel mais aussi sur le domaine privé.

Il est conseillé que le patient s'oriente vers le médecin du travail ou son médecin traitant, qui peut lui suggérer de :

- S'arrêter de travailler pour prendre un recul suffisant
- Récupérer par le repos, ou d'autres activités (relaxation, sport, yoga, médiation, etc.)
- Accepter l'idée que « rien n'est impossible » pour effectuer un « retour à la réalité ».

Selon la sévérité des symptômes, un arrêt maladie de plusieurs mois peut être nécessaire. Le patient peut bénéficier d'une prise en charge en psychothérapie (TCC par exemple) associée à la prise d'antidépresseurs. Cette prise en charge doit être progressive, supervisée par des professionnels de santé : médecin du travail, spécialistes (psychologues, psychiatres...), médecin conseil de l'assurance maladie.

## Préparation du retour à l'emploi

L'éventualité d'un retour à l'emploi doit être favorisée par l'environnement personnel et professionnel, en ménageant un espace et un temps intermédiaires sécurisants de façon à aider l'individu à se reconstruire.

Un retour à l'emploi favorable nécessite que les personnes atteintes de burnout fassent « un travail sur soi » avant le reprise et lors de la reprise. Parfois elles préfèrent quitter l'entreprise dans laquelle elles évoluaient.

La sensibilisation de l'encadrement et de l'ensemble des travailleurs, la participation du comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT) et des représentants du personnel participent à la prévention de la désinsertion professionnelle qui peut suivre un burnout. L'accompagnement de la personne et du collectif peut éviter le risque de rechute ou rupture.

Le retour au travail est progressif, une visite de « pré-reprise » peut être effectuée avec le médecin du travail, éventuellement l'équipe de travail et le manager. Toutes ces mesures doivent être discutées avec le travailleur souffrant, avec un suivi progressif.

Dans ce cadre, différentes actions peuvent être mise en place :

- Analyser les éléments de la situation de travail de la personne responsables de l'apparition du burnout (charge de travail, amplitudes horaires, conditions de travail...)
- Mettre en place un passage à temps partiel thérapeutique pour favoriser la réadaptation de la personne
- Etablir des espaces de soutien et de discussion pour éviter les stigmatisations
- Mettre en place un dispositif de suivi
- Respecter le secret médical et la confidentialité des données médicales et individuelles
- S'assurer de la bienveillance de l'environnement de travail

Différentes dispositions réglementaires peuvent être réalisées :

- La visite de pré-reprise auprès du médecin du travail
- Le temps partiel thérapeutique avec une progression dans le quota de temps attribué (30%, puis 50% et enfin 70%)
- L'aménagement du poste et des horaires de travail

#### Action sur l'environnement professionnel

Dans le cadre de la prévention tertiaire, l'entreprise doit identifier les facteurs liés au travail qui peuvent favoriser l'apparition et le développement d'un burnout et mettre en place des démarches de prévention collectives (cf III.1.2.3.)

Quel sont les acteurs pouvant intervenir dans la prise en charge du burnout ? Tableau récapitulatif du guide de prévention de l'épuisement professionnel, de l'INRS [127] :

Employeur	Par sa responsabilité en matière de santé et sécurité des travailleurs, l'employeur coordonne ses différentes équipes et attribue les moyens nécessaires à la préservation de la santé physique et mentale des travailleurs, et <i>a fortiori</i> lors du retour du travailleur, victime de burnout, dans son environnement professionnel.
Ressources humaines, encadrement	Par leur implication dans le recrutement et la formation, la gestion des compétences et des parcours professionnels, les relations sociales, la gestion prévisionnelle de l'emploi, le maintien dans l'emploi et le reclassement de travailleurs après absence prolongée, les ressources humaines doivent être pleinement impliquées et associées à la prévention des facteurs de RPS et à la gestion d'un cas en burnout. C'est également le cas de l'encadrement (les managers ou responsables d'équipes) qui sont des acteurs essentiels dans le domaine de l'organisation du travail et du management. Ils doivent être outillés pour pouvoir repérer les situations délétères, pour décrypter et pouvoir agir. L'encadrement veillera notamment, en lien avec les ressources humaines, l'employeur et le médecin du, travail, à adapter le poste du travailleur qui revient en emploi après un arrêt maladie.
CHSCT, délégués du personnel	Ils ont pour mission de contribuer à la protection de la santé physique et mentale et de la sécurité des travailleurs, et à l'amélioration des conditions de travail. Ils bénéficient pour cela d'un crédit d'heures, d'un droit à la formation, et peuvent notamment :  - Écouter les travailleurs (information, conseil, recueil des problèmes et des difficultés, assistance, etc.);  - Participer à l'analyse des risques professionnels et des accidents du travail, et à la mise en place d'indicateurs de santé sécurité adaptés (le suivi de ces indicateurs peut permettre de déceler une situation anormale);  - Demander une enquête conjointe, une expertise externe ou exercer leur droit d'alerte;  - Proposer des actions de prévention, de formation et d'information.
Médecin traitant	Le médecin a une vision globale de la personne par le suivi sur le long terme du patient. C'est lui qui peut prescrire l'arrêt de travail, il est donc en première ligne pour repérer les signes précurseurs du syndrome d'épuisement professionnel.
Médecin spécialiste (psychiatre)	Le psychiatre confirme ou infirme le diagnostic médical et prescrit éventuellement un traitement médicamenteux adapté ou une prise en charge psychothérapeutique (voire un arrêt maladie). Il peut l'assurer lui-même ou la confier à un confrère ou un psychologue, notamment en cas de traitement combiné associant déjà une prescription médicamenteuse de sa part.
Psychologue et thérapeute	En lien avec les médecins, il intervient en aval et prend en charge individuellement le travailleur victime d'un syndrome d'épuisement professionnel. Il a un rôle d'écoute, d'accompagnement et d'aide à la reconstruction
Médecin du travail et service de santé au travail	Le médecin du travail et l'équipe du service de santé au travail connaissent le milieu professionnel dans lequel évolue le travailleur. Ils peuvent faire le lien entre la santé et d'éventuels problèmes ou difficultés au travail. Ils ont un rôle préventif mais, le médecin du travail ne pratique aucune prescription médicale dans le cadre de l'entreprise ou de la structure dans laquelle il officie.  Lorsque le médecin du travail détecte un problème (la plupart du temps au cours d'un entretien médical), il peut orienter le travailleur vers un intervenant externe (consultation spécialisée, psychologue, médecin, etc.) ou l'assistant social de son service.  Enfin, le médecin du travail peut adresser un courrier d'alerte à l'employeur en expliquant la situation (moyennant le maintien de l'anonymat) et en suggérant différents axes collectifs d'intervention visant à aider le travailleur (sans le nommer).

#### **Assistant social**

Dans le cadre de la pluridisciplinarité mise en place dans le service de santé au travail, l'assistant social s'associe à l'infirmier du travail, au médecin du travail et à tous les intervenants afin d'apporter soutien et conseil aux travailleurs en difficulté.

L'assistant social peut entrer en contact avec la personne en arrêt maladie afin de cerner comment elle se sent et maintenir un lien avec le milieu professionnel. Il peut se « mettre à disposition » pour préparer le retour à l'emploi de la personne.

Il rappelle dans ce cadre la possibilité d'effectuer une visite de pré-reprise avec le médecin du travail.

#### III.2.3.1.2. Thérapies proposées par l'académie de médecine (2016) [117]

Selon le rapport « La prise en charge d'une personne en état de dépression d'épuisement associe éloignement du travail (malgré le risque de difficultés au retour), une thérapeutique médicamenteuse antidépressive et une psychothérapie de reconstruction émotionnelle et de l'estime de soi. Le recours aux antidépresseurs (notamment les ISRS) et aux anxiolytiques est souvent la solution choisie par le prescripteur alors que le burn-out ne semble être ni une dépression ni un stress post-traumatique (SPT). À côté de la prise en charge psychothérapique, d'autres traitements, mieux adaptés à une « forme subclinique de dépression/SSPT », devraient être développés. »

Ils précisent également « qu'à ce jour aucune pathologie mentale ne figure dans le tableau des maladies professionnelles de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie ». Il en va de même dans les autres pays européens, à l'exception du Danemark qui reconnaît comme maladie professionnelle l'état de stress post-traumatique. L'inscription du burn-out au tableau des maladies professionnelles, débattue par les parlementaires français au printemps 2015, a finalement été rejetée probablement du fait de l'imprécision des contours de cette réalité. »

D'après les auteurs, le burnout et ses caractéristiques devraient être davantage étudiés et connus par les médecins, leurs patients, les partenaires sociaux des maladies professionnelles (C2RMP).

#### III.2.3.2. Recommandations étrangères selon le rapport de l'HAS (2017) [128]

Recommandations du Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KSE) : « Le burnout des médecins généralistes : prévention et prise en charge » de 2011 [129]

Selon ce rapport la prise en charge des médecins généralistes souffrants de burnout, s'effectue sur trois niveaux :

- L'entrée dans le système de soin

- Mise en place de dispositifs de coordination des soins afin d'orienter les médecins en souffrance vers un réseau de professionnels pour une prise en charge adaptée (*Physican Health Programs*)
- Mettre en place un dispositif de traitement comprenant un réseau d'intervenants spécialisés

De plus, l'ensemble de la prise en charge doit être bienveillante et assurer la protection des médecins. Il est également recommandé de prévoir un programme de réinsertion professionnelle progressif et d'assurer un suivi régulier.

Rapport de l'OMS: « Guidelines for the primary prevention of mental, neurological and psychosocial disorders – staff burnout » de 1995 [129]

Les mesures préventives sont d'ordre organisationnel et managérial visant tous les travailleurs et les supérieurs hiérarchiques d'une entreprise, les actions à mener au niveau politique, les objectifs à fixer, le rôle de la structure et les conditions de travail.

Les prises en charge recommandées ciblent l'individu, comme par exemple le TCC, la relaxation. Elles ciblent le travail de groupe et l'organisation.

# Prise en charge et acteurs

**Différentes affections** doivent être recherchées, évaluées et prises en charge le cas échéant : risque suicidaire, troubles de l'adaptation, troubles anxieux et dépressifs, syndrome post-traumatique chronique, etc.

Cette prise en charge doit être l'occasion d'un **bilan somatique** visant à rechercher une pathologie organique associée qui aurait pu se manifester par certains des symptômes cités précédemment.

La prise en charge des **aspects médico-socioprofessionnels et psychologiques** est indispensable, notamment pour aider les patients dans les démarches médico-administratives : orientation vers les consultations de pathologie professionnelle, services d'assistante sociale, etc.

La prise en charge initiale du patient repose le plus souvent sur la prescription d'un **arrêt de travail** dont la durée sera adaptée à l'importance de la dégradation de l'état de santé et devra permettre la mise en place de la démarche de prise en charge et d'accompagnement exposée ci-après.

La prise en charge est à construire avec le patient, le médecin traitant en réseau avec le médecin du travail et les autres spécialistes :

- Le médecin traitant doit se mettre en contact avec le médecin du travail (sous réserve de l'accord du malade) pour alerter et avoir un éclairage sur le lieu de travail.
- L'intervention d'un psychiatre peut être sollicitée pour réaliser un diagnostic psychopathologique, une adaptation thérapeutique, poursuivre un arrêt maladie et aider à la reconstruction de l'identité professionnelle.
- Il est recommandé que le salarié sollicite une visite de pré-reprise auprès du médecin du travail, interlocuteur privilégié quant au lien santé-travail, pour l'aider à ce stade à mieux comprendre la dégradation de la situation au travail.

Le parcours patient peut comporter une **prise en charge non médicamenteuse basée sur des interventions psychothérapeutiques** effectuées par un professionnel de santé ou un psychologue.

La combinaison d'interventions centrées sur la personne (dont la relaxation et les techniques psychocorporelles) d'une part, et d'ordre organisationnel d'autre part, montre une meilleure efficacité.

Un traitement antidépresseur n'est recommandé que dans le cadre de ses indications (troubles anxieux, troubles dépressifs).

#### III.2.3.3. Traitements médicamenteux

A ce jour le Burnout n'est pas reconnu comme une pathologie officielle, il n'existe donc pas de traitement spécifique. Un traitement médicamenteux peut être instauré en complément des autres thérapies, mais sera adapté au patient et à sa symptomatologie. Le rapport de l'HAS de 2017, a effectué une méta-analyse des revues de littérature sur le sujet. Il précise qu'à par le rapport de l'académie nationale de médecine de 2016, « Aucune autre recommandation, revue systématique de la littérature, ni méta-analyse n'a été identifiée sur la prise en charge du burnout par un traitement médicamenteux. Une recherche documentaire complémentaire a été réalisée spécifiquement sur ce thème. » [131]

Un essai randomisé a évalué la prescription d'antidépresseurs chez des individus présentant un burnout sévère, qui était 2,53 fois plus fréquente que chez des patients non diagnostiqués comme ayant un burnout. Les données obtenues étaient issues d'un registre national de prescriptions psychopharmacologiques de 3276 employés finlandais âgés de 30 à 64 ans. Les antidépresseurs étaient le plus fréquemment prescrits (37% de prescriptions), des anxiolytiques et hypnotiques étaient également prescrits pour une durée de 2 ans. Les auteurs de cette étude concluent que « le recours aux antidépresseurs chez des individus en *burnout* sévère n'était pas expliqué par la coexistence de troubles dépressifs ou d'anxiété, et que la prise en charge du *burnout* n'était pas optimale » [131]

Une autre étude a évalué l'association entre le burnout et un traitement antidépresseur en tant qu'indicateur cliniquement significatif d'un trouble mental [131] [132]. L'étude s'est déroulée en trois temps de 1999 à 2005, auprès de travailleurs Danois. Les données ont été obtenues à partir de questionnaires fournis aux participants, et d'un registre national de prescriptions psychopharmacologiques. Sur 2936 individus (dont 81% de femmes), les auteurs ont constaté que l'épuisement professionnel prédisait un traitement antidépresseur avec un risque accru de 5,17% par année de suivi pour les hommes et de 0,96% pour les femmes, pour des niveaux de burnout élevés par rapport aux niveaux intermédiaires. L'association était spécifique au sexe, avec une association plus forte chez les hommes que chez les femmes. L'étude a montré que pour les participants ayant plus de 50 points sur l'échelle d'épuisement professionnel (MBI), le risque de traitement antidépresseur pendant la période de suivi moyenne de 3 ans était d'environ 10% chez les femmes et de 18% chez les hommes. Ces chiffres démontrent que les travailleurs des services sociaux ayant des niveaux élevés d'épuisement professionnel, courent un risque important de développer un trouble de santé mentale cliniquement significatif, en particulier chez les travailleurs de sexe masculin, où le risque approchait 1 sur 5 participants. Au vu de ces résultats, les auteurs soulignent l'importance d'identifier des méthodes pour prévenir le développement de l'épuisement professionnel chez les travailleurs des services sociaux.

Ils concluent que leurs résultats indiquent que l'épuisement lié au travail est un facteur prédictif important pour la prescription d'antidépresseur chez les travailleurs de sexe masculin et féminin, avec une taille d'effet plus forte chez les hommes. En revanche chez les femmes, la prise d'antidépresseur en cas de burnout n'a pas provoqué de changements significatifs sur les facteurs psychosociaux ni l'environnement de travail. Ainsi, d'autres recherches devraient se concentrer sur l'identification de moyens efficaces pour prévenir le développement de l'épuisement professionnel au lieu de se concentrer sur les conditions de travail susceptibles de réduire les conséquences néfastes de l'épuisement professionnel.

#### En résumé : faut-il prendre un traitement médicamenteux en cas de burnout ? [133]

Un traitement par un antidépresseur et/ou un anxiolytique est possible en complément d'autres traitements, mais il faudra bien tenir compte de la symptomatologie du patient, qui peut varier d'un individu à l'autre. En effet, 2 patients en burnout sur 3 ne répondent pas aux critères d'un épisode dépressif majeur. Les symptômes les plus courants sont : les troubles du sommeil, la perte d'énergie, les difficultés de concentration ou une diminution de l'appétit. D'autres symptômes comme la tristesse, l'anhédonie, le ralentissement psychomoteur ou les idées suicidaires sont peu fréquents. Lorsque le burnout se complique d'une dépression un antidépresseur peut alors être recommandé, plus le burnout est sévère, plus le risque d'évoluer vers une dépression est important, dans ce cas la prescription d'antidépresseur est requise.

La prescription d'antidépresseur peut être envisagé dans ces cas de figure :

- Antécédents de dépression modérée ou sévère,
- Dépression légère mais compliquant la prise en charge de problèmes somatiques,
- Dépression présente depuis longtemps (> 2 ans),
- Dépression légère mais persistant malgré d'autres interventions

De plus, il est important de choisir le bon antidépresseur, c'est-à-dire de préférence une spécialité avec un bon profil de tolérance comme les inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (SSRI). Dans le burnout, la dose utilisée peut parfois être plus faible que dans le traitement de la dépression majeure, mais elle sera adaptée en fonction de l'évolution clinique. La durée de la période de traitement aigu est, en général, de 6 à 8 semaines. Cependant, il existe des différences importantes entre les patients, en fonction des symptômes et la nature du traitement.

Dans la dépression, le traitement peut être maintenu pour une période de 6 à 9 mois après la disparition des symptômes.

Les inhibiteurs de la recapture de la noradrénaline et de la sérotonine (SNRI) peuvent également être intéressants, si la réponse aux SSRI est insuffisante et lorsque les fonctions cognitives sont impactées par la prise de SSRI ou lorsque l'amélioration de la performance cognitive est particulièrement lente alors que les signes de l'épuisement se sont améliorés. Ces altérations de la performance des fonctions cognitives sont importantes à prendre en considération. Les troubles de la mémoire peuvent, en effet, subsister longtemps après la disparition des autres symptômes liés à l'épuisement. Cette persistance peut parfois entraîner des difficultés au cours de la réinsertion professionnelle.

La prescription de benzodiazépine n'est pas forcément recommandée à cause de leurs effets indésirables (somnolence, troubles de la mémoire et de la concentration, cauchemars, forte dépendance psychique et physique). De plus, l'anxiété décrite par le patient en burnout n'est pas forcément pathologique. La prescription d'une benzodiazépine pourra être justifiée si l'anxiété est associée à une souffrance importante, une inhibition et, surtout, si elle perturbe le fonctionnement du patient, et sera prescrite pour une durée limitée avec un suivi régulier. La prise d'anxiolytique doit être incluse dans une prise en charge globale. Une faible dose en prise occasionnelle est recommandée, et sera fonction de l'intensité de l'anxiété.

Concernant les antipsychotiques, ils peuvent être utiles an cas de troubles psychotiques tels que les décompensations paranoïaques, ou lors de manifestations anxieuses dont l'intensité est incontrôlable par les benzodiazépines à doses thérapeutiques

Les troubles du sommeil sont parfois améliorés par la prise de compléments alimentaires, par des antidépresseurs, le tryptophane ou la mélatonine.

# VI. <u>LE BURNOUT DE NOS JOURS</u>

## VI.1. Etat des lieux du burnout en France

#### VI.1.1. Etude Technologia [134]

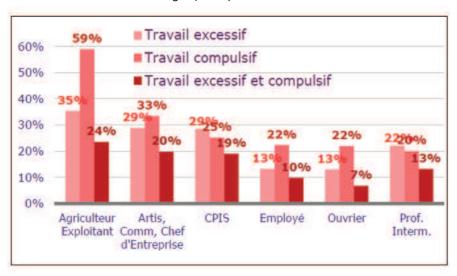
Depuis une dizaine d'années la notion de burnout s'est peu à peu imposée dans le langage courant pour décrire à la fois des phénomènes d'épuisement professionnel et des pathologies psychiques liées au travail. Cependant, l'absence de tableaux de maladies professionnelles spécifiques rend ces affections psychiques très difficilement reconnues.

Selon une étude réalisée par Technologia, le burnout est encore mal reconnu et peu de données statistiques sont disponibles, pour eux « Il faut pour cela que la maladie présente une gravité justifiant une incapacité permanente égale ou supérieure à 25% et qu'un lien « direct et essentiel » avec l'activité professionnelle soit mis en évidence (par un comité régional de reconnaissance des maladies professionnelles). Résultat, seuls quelques dizaines de cas de pathologies psychiques sont ainsi reconnus chaque année. Ce qui reste très inférieur à la réalité. »

Le burnout touche des milliers de salariés, les résultats de cette étude clinique et organisationnelle, a mis en évidence que plus de **3,2 millions de travailleurs** présentent un risque élevé de burnout soit **12,6% des actifs**.

L'étude a été réalisée du 30 juillet au 20 aout 2013, auprès d'un échantillon de 1000 travailleurs français. Les auteurs ont recherché auprès des participants différents facteurs pouvant provoquer un risque élevé de burnout.

<u>Tableau 1</u>: pourcentage de travail excessif et compulsif selon la profession : : tableau extrait de « l'étude clinique et organisationnelle permettant de définir et de quantifier ce qu'on appelle communément le burn-out » de Technologia (2014)



<u>Tableau 2</u>: Pourcentage de travail compulsif et excessif selon les professions en détail : tableau extrait de « l'étude clinique et organisationnelle permettant de définir et de quantifier ce qu'on appelle communément le burn-out » de Technologia (2014)

Catégorie socioprofessionnelle	Effectifs (en milliers)	% de travail excessif et compulsif	Effectifs rapportée à l'ensemble de la population active (en milliers)
Agriculteurs exploitants	521,3	23,5%	122,7
Artisans commerçants Chefs d'entreprise	1 680,6	19,7%	331,0
Cadres Professions intellectuelles supérieures	4 531,2	19,0%	860,7
Professions intermédiaires	6 297,2	9,8%	617,0
Employés	7 306,2	6,8%	494,7
Ouvriers	5 439,5	13,2%	718,0
Non renseigné	2,0	Non disponible	Non disponible
Ensemble	25 778,0	12,6%	3 248,0

Les cadres, les agriculteurs, les exploitants sont les professionnels les plus exposés et présentent un risque élevé de burnout.

Plusieurs questions ont été posées aux participants de façon à déterminer le risque de burnout, les résultats sont indiqués dans le tableau-ci-dessus (en pourcentage) :

Questions posées Professions	« Vous sentez-vous émotionnellement vidé par votre travail ? »	« Vous sentez-vous épuisé à la fin d'une journée de travail ? »	« Vous sentez-vous fatigué(e) lorsque vous vous levez le matin et que vous avez à affronter une nouvelle journée de travail ? »
Agriculteur,			
Exploitants	24	53	47
Artisan,		22	4.4
Chef d'entreprise	6	23	14
Cadres et	42	47	22
Professions Intellectuelles	13	17	22
Supérieures			
Employé			
	17	30	28
Ouvrier			
	15	35	29
Profession			
intermédiaire	19	23	23

Au vu des résultats obtenus, Technologia souhaite lancer « un Appel pour la reconnaissance de trois nouveaux tableaux de maladies professionnelles liées à l'épuisement : la dépression d'épuisement, l'état de stress répété conduisant à une situation traumatique et le trouble d'anxiété généralisée ».

### IV.1.2. Etudes épidémiologiques selon de Rapport de l'HAS de 2017 [135]

#### Les souffrances psychiques et les RPS

Le rapport décrit que la souffrance psychique due au travail est le 2<sup>ème</sup> groupe d'affections d'origine professionnelle décrite dans le programme de surveillance des maladies à caractère professionnel (MCP) réalisée par l'Institut de Veille Sanitaire (INVS). A partir des données de ce programme, des taux annuels de prévalence ont été calculés pour la période 2007 à 2012 :

- Les taux étaient deux fois plus élevés chez les femmes que chez les hommes, quelle que soit l'année (3,1 % chez les femmes contre 1,4 % chez les hommes en 2012)
- Ils ont augmenté, aussi bien chez les femmes (passant de 2,3 % à 3,1 %) que chez les hommes (de 1,1 % à 1,4 %),
- L'âge et la catégorie sociale étaient fortement associés à la souffrance psychique : la probabilité de signalement d'une souffrance psychique en lien avec le travail augmentait avec l'âge chez les hommes (celle-ci était sept fois plus élevée pour les hommes âgés de 45 à 54 ans par rapport aux hommes de moins de 25 ans) comme chez les femmes. Et cette probabilité augmentait également avec la catégorie sociale (gradient social des ouvriers vers les cadres),
- Le trouble rapporté le plus fréquent était l'épisode dépressif majeur jusqu'en 2010 (quel que soit le sexe),
- En 2011, ce sont les troubles anxieux et dépressifs mixtes qui ont été les plus rapportés (plus d'un tiers des affections déclarées quel que soit le sexe),
- Les affections de burnout étaient moins élevées mais ont augmenté sur la période concernée.

Tableau récapitulatif, extrait de l'enquête « la souffrance psychique en lien avec le travail chez les salariés actifs en France entre 2007 et 2012 à partir du programme MCP » par l'INVS en 2015 [142] :

Répartition des symptômes et pathologies relevant de la souffrance psychique liée au travail selon le sexe et l'année, d'après le programme de surveillance des maladies à caractère professionnel (MCP), 2007-2012, France

The second secon	20	07	20	108	20	09	20	110	20	)11	20	12
Femmes	N.	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Burnout / épuisement professionnel	45	4,4	64	5,4	54	5,8	69	6,9	62	6,9	73	6,7
État de stress post-traumatique	6	0,6	10	0,8	6	0,6	7	0,7	21	2,3	23	2,1
Épisode dépressif sévère	47	4,6	52	4,4	37	4,0	45	4,5	65	7,3	38	3,5
Épisode dépressif léger	364	35,3	421	35,5	346	37,0	344	34,6	224	25,0	300	27,3
Troubles anxieux et dépressifs mixtes	227	22,0	245	20,7	199	21,3	221	22,2	321	35,8	398	36,3
Autres troubles anxieux	106	10,3	132	11,1	119	12,7	133	13,4	108	12,0	170	15,5
Troubles du sommeil	67	6,5	88	7,4	62	6,6	63	6,3	46	5,1	54	4,9
Conduites addictives	*		*								*	
Stress lié à l'emploi	145	14,1	136	11,5	96	10,3	91	9,2	29	3,2	19	1,7
Autres pathologies**	21	2,0	35	3,0	16	1,7	18	1,8	18	2,0	20	1,8
Hommes	20	07	20	08	20	09	20	10	2011		2012	
nonnines	N.	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Burnout / épuisement professionnel	32	4,9	36	5,0	29	4,8	33	5,5	34	5,7	48	7,3
État de stress post-traumatique	6	0,9	11	1,5	0	0	0	0	9	1,5	19	2,9
Épisode dépressif sévère	27	4,16	32	4,4	27	4,5	30	5,0	41	6,9	25	3,8
Épisode dépressif léger	131	24,8	186	25,7	177	29,2	141	23,5	122	20,5	146	22,3
Troubles anxieux et dépressifs mixtes	107	16,5	104	14,4	92	15,2	129	21,5	218	36,7	205	31,3
Autres troubles anxieux	78	12,0	93	12,9	80	13,2	92	15,3	66	11,1	114	17,5
Troubles du sommeil	121	18,6	139	19,2	109	18,0	101	16,8	62	10,4	58	8,9
Conduites addictives	6	0,9	15	2,1	8	1,3	7	1,2	8	1,4	13	2,0
Stress lië à l'emploi	92	14,2	82	11,3	56	9,2	44	7,3	18	3,0	18	2,8
Autres pathologies**	19	2,9	26	3,6	27	4,5	21	3,5	16	2,7	9	1,4

<sup>\*</sup> Effectif inférieur à 5.

Une enquête de la Direction de l'Animation de la Recherche, des Etudes et des Statistiques (DARES), réalisée en 2010 étudiait les RPS au travail. Leur étude a permis d'identifier les facteurs de risque auxquels les salariés étaient exposés, ils ont pu déterminer sur 21,6 millions de salariés en France métropolitaine :

- 28 % ne déclarent pas ou très peu de facteurs de risques
- 19 % indiquent manquer de reconnaissance dans leur travail, mais ne pas vraiment en souffrir

<sup>\*\*</sup> Autres pathologies : somatisation, décompensation d'une psychose, décompensation d'une névrose, troubles du comportement alimentaire, asthénie.

- 16 % sont confrontés à de fortes exigences émotionnelles liées au contact avec le public, mais bénéficient d'un soutien dans leur environnement professionnel; 15 % sont exposés à un travail exigeant et intensif;
- 13 % déclarent à la fois un manque de reconnaissance professionnelle et des relations de travail difficiles ;
- 9 % peuvent être qualifiés de surexposés car cumulant plusieurs facteurs de risques. Ceux-ci déclarent plus fréquemment une santé physique (plus de contraintes physiques) et mentale dégradée : il s'agit le plus souvent de jeunes, d'ouvriers non qualifiés ou d'employés, avec des contrats temporaires.
- Les salariés interrogés âgés de 50 ans et plus, les ouvriers qualifiés et les professions de services directs aux particuliers sont moins exposés et se déclarent plutôt en bonne santé.

#### Le burnout

Une publication sur la souffrance psychique lié au travail montrait que la part du *burnout* représentait, en 2012, 7 % des troubles psychiques rapportés par les médecins du travail. Si une extrapolation est faite sur les 480 000 salariés potentiellement concernés par la souffrance psychique en lien avec le travail en France, cela représenterait environ 30 000 cas. Cependant, le chiffre est probablement sous-estimé si on tient compte du diagnostic différentiel entre burnout et autre troubles dépressifs en lien avec le travail.

Une étude réalisée par le docteur Molina-Canales, a décrit les cas d'épuisement professionnel recensés dans la base nationale du Réseau national de vigilance et de prévention des pathologies professionnelles, sur la période de 2001 à 2014. 404 cas de burnout ont été répertoriés, parmi ces cas :

- 50 % ont été identifiés en surmenage
- 22,8 % avec une dépression ou syndrome dépressif
- 12,1 % avec un trouble anxieux et dépressif
- 15,1 % avait une autre pathologie principale (trouble de l'adaptation, somatisation...)

Les secteurs d'activité les plus représentés étaient :

- La santé (13,4 %),
- « Autres services » (6,2 %),
- La finance (5,9 %)
- L'administration (5,7 %).

Les facteurs de risques professionnels notifiés étaient :

- Les changements dans l'organisation et les modalités particulières de management (18,5 %),
- Les activités demandant une concentration soutenue (7,6 %),

- Les horaires de travail (6,2 %),
- La faible latitude de décision dans l'organisation de son travail (5,1 %),
- La surcharge de travail ressentie (4,6 %),
- La qualité de la relation au travail (4,6 %).

Le concept d'épuisement professionnel fait l'objet depuis son émergence dans les années 1970 d'une attention très soutenue, aussi bien de la part des chercheurs que des professionnels de terrain. Il est toujours actuellement en cours d'évolution, comme en témoigne l'abondante littérature d'ordre méthodologique et plutôt issue du domaine de la psychologie que de l'épidémiologie. A ce jour, il existe très peu d'enquêtes épidémiologiques sur le burnout, mais étant un phénomène qui prend de plus en plus d'ampleur que ce soit au niveau médical, économique et politique, les études et enquêtes de multiplient depuis ces dernières années.

# VI.2. Actualités du burnout : qu'en est-il de nos jours ?

#### VI.2.1. Reconnaissance comme maladie professionnelle

La question de reconnaissance du burnout en maladie professionnelle a été évoquée à plusieurs reprises, cependant le syndrome d'épuisement professionnel n'est pas à l'heure actuelle reconnu comme une maladie professionnelle pour plusieurs raisons :

- La maladie ne figure pas sur les tableaux des classifications des maladies professionnelles
- La maladie est encore difficilement définie
- L'origine de cette pathologie peut être multi factorielle,
- La difficulté de mettre en évidence un lien direct et unique entre la maladie et le travail.

Le burnout est pourtant reconnu par de nombreux médecins et spécialistes mais ne fait toujours pas partie des maladies professionnelles.

L'HAS ou encore l'INVS publient des rapports de dépistage et de prévention, cependant en mai 2017, l'HAS a rendu un avis défavorable à l'inscription du burnout aux tableaux des maladies professionnelles. Cet avis fait suite à la proposition de nombreux députés qui se sont penchés sur le burnout. De nos jours, le burnout ne donne pas encore lieu à une indemnisation.

Selon le rapport de l'HAS de 2017 « Il n'existe pas de tableau de maladie professionnelle mentionnant l'épuisement professionnel. Le *burnout* a été exclu du champ des recommandations concernant la reconnaissance des pathologies psychiques d'origine professionnelle en 2013 du fait du manque de consensus quant à sa définition. En revanche, la réglementation en vigueur permet la

reconnaissance d'affections caractérisées telles que l'épisode dépressif majeur, les troubles anxieux généralisés, l'état de stress post-traumatique complexe » [136]

Néanmoins, il existe un dispositif pour faire reconnaître une maladie au titre des maladies professionnelles même s'il n'existe pas de tableau spécifique, on parle alors de "maladie hors tableau". Le décret n°2016-756 du 7 juin 2016 améliore la reconnaissance du caractère professionnel des pathologies psychiques par les comités régionaux de reconnaissance des maladies professionnelles (CRRMP) [137].

Il renforce l'expertise médicale des comités en leur adjoignant si besoin la compétence d'un professeur des universités-praticien hospitalier spécialisé en psychiatrie lorsque sont étudiés des cas d'affections psychiques. Par ailleurs, afin de recentrer et de renforcer l'action des comités sur les cas les plus complexes, le texte prévoit la possibilité d'un examen des dossiers les plus simples par 2 médecins au lieu de 3. Ce décret procède également à diverses modifications de la procédure d'instruction applicable qui faciliteront la reconnaissance de l'ensemble des maladies professionnelles, notamment celle des affections psychiques.

La décision de faire une déclaration en maladie professionnelle incombe au salarié ou à l'agent qui doit être bien informé sur les modalités et les enjeux. Le syndrome d'épuisement professionnel peut être reconnu comme maladie professionnelle uniquement si [136] :

- La maladie justifie une incapacité permanente partielle (IPP) de plus de 25 % :
- Pour un travailleur salarié, le dossier est transmis par la Caisse primaire au Comité régional de reconnaissance des maladies professionnelles (CRRMP) afin d'établir l'existence d'un lien direct et essentiel entre les conditions de travail habituelles de la victime et la survenue de sa maladie.
- Pour un agent de la fonction publique, la commission de réforme se substitue au CRRMP pour statuer sur l'existence d'une maladie imputable au service.

Le burnout n'étant pas reconnu comme une pathologie, sa reconnaissance en maladie professionnelle se fera par une analyse au cas par cas.

#### IV.2.2. Débats politiques

En décembre 2017, François Ruffin député de « la France insoumise » a présenté une proposition de loi à l'assemblée nationale. Le texte visait à inscrire plusieurs pathologies psychiques "relevant de l'épuisement professionnel", la dépression, l'anxiété généralisée, le stress post-traumatique, au tableau des maladies professionnelles, à compter de 2019. [138]

Pour mener son projet, François Ruffin s'est appuyé sur une cinquantaine d'auditions et la rencontre de médecins, d'experts de santé publique, d'avocats et de salariés. Selon lui, il s'agit « d'un problème sanitaire, et cela permettrait de sauver des vies », il affirme également « Si le burnout n'est pas une maladie, il engendre des troubles psychiques qui sont connus. Stress post-traumatique, dépression lourde, anxiété généralisée... Ce sont ces troubles psychiques qui peuvent être reconnus comme maladie professionnelle ». [139]

Selon lui, c'est en partie le management des entreprises qui est responsable du développement de burnout, par conséquent des sanctions doivent être appliquées. Dans un communiqué de presse, il déclare : « C'est un enjeu majeur pour les gens : s'ils sont reconnus en maladie professionnelle, ils sont remboursés à 100 % pour les frais médicaux et ils disposent d'une rente. Et c'est aussi un enjeu majeur pour la société car c'est l'employeur qui paiera. Or, pour moi, la sanction est une prévention »[139].

Le 1<sup>er</sup> février 2018, L'Assemblée a rejeté cette proposition de loi pour la reconnaissance de pathologies psychiques liées au burnout comme maladies professionnelles. Les députés ont voté une motion préalable par 86 voix contre 34, coupant court au débat sur les articles et amendements.

La ministre du travail Muriel Pénicaud, interrogée le lundi 12 février 2018 sur la question du burnout à l'assemblée nationale, a balayé la possibilité de reconnaissance en maladie professionnelle. Selon elle, le burnout ne peut pas être considéré comme tel. Elle a déclaré « Toute la communauté médicale, dont l'OMS, dit que ce n'est pas une maladie professionnelle. Ça ne veut pas dire qu'il ne peut pas se développer dans le monde du travail bien sûr. Mais le reconnaître, cela voudrait dire que c'est lié à 100% au milieu professionnel. Or, ça n'est pas le cas. » [140]

Ces propos sont appuyés par la ministre de la santé Agnès Buzyn qui déclarait en octobre 2017 : « Aujourd'hui, il s'avère que ce n'est pas une maladie. C'est un ensemble de symptômes et, donc, c'est très difficile de décider que c'est une maladie professionnelle. » [141]

En conclusion, le statut du burnout n'a donc pas fini de diviser personnalités politiques comme employés et employeurs. La question de reconnaissance en maladie professionnelle a évolué, car elle est de plus en plus abordée, et les débats se sont multipliés depuis ces dernières années.

# CONCLUSION

Le burnout est considéré comme la maladie professionnelle du siècle, il s'agit d'un phénomène réel mais qui est, aujourd'hui encore, mal compris et source de désaccord. Actuellement, sa définition n'est pas univoque, certains spécialistes ne le considérant pas comme une pathologie à part entière mais plutôt comme une manifestation d'un trouble psychique.

Entré dans le langage courant, parfois vulgarisé, le terme « burnout » est maintenant utilisé pour décrire toute sorte de stress, de grande lassitude ou de fatigue lié à son travail. Il s'agit pourtant d'un véritable syndrome qui se traduit par un épuisement physique, émotionnel et mental profond, causé par un investissement prolongé dans des situations de travail exigeantes.

Pourtant, son diagnostic reste difficile à établir puisqu'il qui n'est pas considéré comme une maladie en tant que telle. De ce fait, il peut souvent passer inaperçu, être diagnostiqué à tort et donc, être traité de façon inadéquate.

Le burnout est une pathologie psychique mal connue qui peut, du fait de ses potentielles conséquences graves, fortement impacter la santé et la vie sociale des personnes qui en souffrent. Il nécessite donc une prise en charge médicale adaptée. Il aura également des répercussions sur la vie des entreprises en augmentant le présentéisme ou, a contrario, l'absentéisme, d'où une productivité réduite dont la conséquence sera d'ordre économique.

Depuis quelques années, le burnout devient un sujet d'actualité, prenant de l'ampleur et s'immisçant au sein des débats politiques où la question de reconnaissance en tant que maladie professionnelle a été soulevéé a de nombreuses reprises. Dans ce contexte, L'HAS et l'INRS ont publié des rapports visant à communiquer sur ce « syndrome d'épuisement professionnel », et, par la même occasion, évoquer les démarches de prévention destinées aux entreprises.

Le but de ce travail était de clarifier les connaissances actuelles du Burnout, de faire connaitre ce syndrome et ses caractéristiques afin de démythifier un terme dont l'emploi est encore aujourd'hui souvent inappropié. Nous avons donc affaire à une maladie bien réelle, souvent stigmatisée, impactant la vie de milliers de salariés et, même s'il existe de nombreuses démarches de prévention, leur méconnaissance de la part des entreprises s'avère bien trop souvent à l'origine d'un cruel défaut d'application.

# **BIBLIOGRAPHIE**

- [1] Algava E. et al. Epuisement professionnel in Stress et travail Situation chez les indépendants, Expertise collective. Eds Inserm, Paris 2011:pp29-31
- [2] Tissot S.A. De la santé des gens de lettres. Eds Classiques Garnier, Paris 2018:212
- [3] Veil C. Les états d'épuisement « Primum non nocere ». Le Concours médical 1959;23:2675-81
- [4] Freudenberger, H. J. The Staff Burnout Syndrome in Alternative Institutions. Psychotherapy: Theory, Research and Practice 1974;12:73-82.
- [5] Josse E. Le burn-in et le burn-out. 2008:3
- [6] Maslach C., Leiter M.P. Burn-out, le syndrome d'épuisement professionnel. Eds Les Arènes, Paris 2011:12
- [7] Chabot P. Global Burn-out. Eds Presses Universitaires de France, Paris 2013:pp29-38
- [8] Hassar J., et al. Calcul des coûts du stress et des risques psychosociaux liés au travail, Observatoire européen des risques, Analyse documentaire. Agence européenne pour la sécurité et la santé au travail 2014:4
- [9] Darwin C. The expression of the emotions in man and animals (1890). NewYork: Cambridge University Press 2009
- [10] Bernard C. Introduction à l'étude de la médecine expérimentale (1865). Edition du groupe « Ebooks libres et gratuits » 2005
- [11] Selye H. The stress of life. Schaum Outline Series. 2<sup>nd</sup> revised edition. Schaum's Paperbacks 1978
- [12] Soyer S. La gestion du stress. Centre de gestion de la fonction publique territoriale 2006:5-6
- [13] Grisé J. Développement d'habilités de gestion, gestion du Stress. Faculté des sciences de l'administration 2012:5
- [14] Van Wassenhove W. Modèle de Karasek. Centre de recherche sur les Risques et le Crises 2014:2-4
- [15] Langevin V., Bioni S. Désiquilibre « efforts/récompenses » (Questionnaire dit de Siegrist).

  Références en santé au travail 2015;142:109-12

- [16] Guillet L. Stress, modèles et application. 2014:2-4
- [17] Coppé D., Carton C. Burnout. Service de prévention et de Médecine du Travail des communauté française et germanophone de Belgique 2013 :21 ;2
- [18] DGT, Anact, INRS. Le syndrome d'épuisement professionnel ou burnout, Mieux comprendre pour mieux agir. Guide d'aide à la prévention 2015:7
- [19] DGT, Anact, INRS. Le syndrome d'épuisement professionnel ou burnout, Mieux comprendre pour mieux agir. Guide d'aide à la prévention 2015:8
- [20] DGT, Anact, INRS. Le syndrome d'épuisement professionnel ou burnout, Mieux comprendre pour mieux agir. Guide d'aide à la prévention 2015:9
- [21] Von Kanel R. Burnout « consumé par le stress » Mieux informé sur le burnout le syndrome d'épuisement professionnel. 2014:22-5
- [22] Chapelle F. Les processus d'épuisement psychiques professionnels. 2017:20
- [23] Langevin V., Bioni S., François M., Riou A. Risques psychosociaux : outils d'évaluation, Maslach Burnout Inventory (MBI). Références en santé au travail 2012;131:157-9
- [24] Maslach C., Jackson S.E., Leiter M.P. Maslach Burnout Inventory Manual. Palo Alto, Consulting Psychologists Press 1996
- [25] Lourel M., Guegen N., Mouda F. L'évaluation du burnout de Pines : adaptation et validation en version française de l'instrument *Burnout Measure Short version* (BMS-10). Pratiques psychologiques 2007;13:353-64
- [26] Vagg, P.R., Spielberger, C.D. The Job Stress Survey: Assessing perceived severity and frequency of occurrence of generic sources of stress in the workplace. Journal of Occupational Health Psychology 1999;3:288-292
- [27] Langevin V., Bioni S., François M., Riou A. Risques psychosociaux : outils d'évaluation, Job Stress Survey (JSS). Références en santé au travail 2012;132:93-5
- [28] DGT, Anact, INRS. Le syndrome d'épuisement professionnel ou burnout, Mieux comprendre pour mieux agir. Guide d'aide à la prévention 2015:13-7
- [29] Droz N. Prévention du burnout dans les soins. CHUV 2016:13-6
- [30] Herbert J. F. L'épuisement professionnel : la brûlure interne. Eds Gaëtan Morin 1998

- [31] Maslach C., PINES A. Characteristics of Staff Burn-Out in Mental Health Settings. Article in Hospital & community psychiatry, 1978;29:233-7
- [32] DGT, Anact, INRS. Le syndrome d'épuisement professionnel ou burnout, Mieux comprendre pour mieux agir. Guide d'aide à la prévention 2015:16
- [33] CORTEN P. Chapitre 1 : Aspects physiologiques, Stress et stress pathologique, Syllabus du cours de psychopathologie du travail. Bruxelles : Université libre de Bruxelles
- [34] Delefosse M.S. Le stress, maladie du siècle ? Au quotidien 2017;19:3-10
- [35] Algava E., et al. Stress au travail et santé, situation chez les indépendants, expertise collective. Eds Inserm, Paris 2011:pp13-16
- [36] INRS. Dossier Stress au travail, Ce qu'il faut retenir. 2018:1-19
- [37] Atoutcerveau. Stress Fight-or-flight response, Walter CANNON. 2004:2
- [38] Delefosse M.S. Le stress, maladie du siècle ? Au quotidien 2017;19:6
- [39] DGT, Anact, INRS. Le syndrome d'épuisement professionnel ou burnout, Mieux comprendre pour mieux agir. Guide d'aide à la prévention 2015:9-10
- [40] Haute Autorité Santé. Repérage et prise en charge su syndrome d'épuisement professionnel ou burnout. 2017:14-26
- [41] Lefebvre D. Burnout ou épuisement professionnel. Formation REMED 2014:8
- [42] Sebaouin G. Rapport d'information par la commission des Affaires Sociales en conclusion des travaux de la mission d'information relative au syndrome d'épuisement professionnel (ou burn out). Assemblée Nationale 2017;4487:14-5
- [43] Hobfoll S.E., Shirom A. Stress and Burnout in the Workplace : Conservation of Resources. 1998:30-1
- [44] Dalliard P., Prédire l'épuisement professionnel : L'influence du concept de santé émotionnelle. 2006:1
- [45] Corten. Diagnostics différentiels : Fatigue, Anxiété, Dépression, Stress chronique, PTSD. ULB 2009 :1-33
- [46] Haute Autorité de Santé. Repérage et prise en charge cliniques du syndrome professionnel ou burnout. Rapport d'élaboration 2017:59-64

- [47] Brühlmann T. Diagnostic et traitement du burnout en pratique. Forum Med Suisse 2012;12(49):955-60
- [48] Martin-Du-Pain R.C. Burnout, dépression, syndrome d'adaptation et cortisol. Rev Med Suisse 2016;12:2037-8
- [49] Le Conseil d'Orientation sur les Conditions de Travail, Commission des Pathologies Professionnelles, Ministère du Travail, de l'Emploi, de la Formation Professionnelle et du Dialogue Social. Groupe de travail sur les pathologies d'origine professionnelle, 1<sup>ère</sup> partie : pathologies psychiques, Rapport final. 2012:5-6
- [50] Guelfi J.D.DSM-5 Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. American Psychiatric Association, Eds Masson, Paris 2015 :pp1-1114
- [51] Ministère des Affaires Sociales et de la Santé. Classification statistique Internationale des Maladies et des problèmes de santé connexes CIM-10 FR à usage PMSI. Bulletin officiel 2015;9:1-888
- [52] Anact, INRS, DGT, Le syndrome d'épuisement professionnel ou burnout : Mieux comprendre pour mieux agir. Guide d'aide à la prévention 2015:10-1
- [53] Algava E. et al. Epuisement professionnel in Stress et travail Situation chez les indépendants, Expertise collective. Eds Inserm, Paris 2011:pp123-5
- [54] Korczak D., Huber B., Kister C. Differential diagnostic of the burnout syndrome. 2010;6:1-9
- [55] Martin-Du-Pain R.C. Burnout, dépression, syndrome d'adaptation et cortisol. Rev Med Suisse 2016;12:2037-8
- [56] Olié J.P., Légeron P. Le burnout. Académie Nationale de Médecine 2016:4-5
- [57] Stien O. Bilan des Neurotransmetteurs, Le Dépistage biologique d'un Burn-Out Potentiel. Institut de Biologie Nutritionnelle 2014:1-5
- [58] Rohleder N. Burnout, hair cortisol, and timing: Hyper- or hypocortisolism?

  Psychoneuroendocrinology 2018;87:215-7
- [59] Penz M., Stalder T., Miller R., Ludwig V.M., Kanthak M.K., Kirschbaum C. Hair cortisol as a biological marker for burnout symptomatology. Psychoneuroendocrinology 2018;87:218-21
- [60] Juster R.P., Marchand A., Durand P., Lupien S.J. Burnout symptom sub-types and cortisol profiles: what's burning most? Psychoneuroendocrinology 2014;40:27-36

- [61] Juster R.P., Sindi S., Marin M.F., Perna A. A clinical allostic load index is associated with burnout symptoms and hyportisolemic profiles in healthy workers. Psychoneuroendocrinology 2011;40:797-805
- [62] Von Känel R., Bellingrath S., Kudielka B.M. Association between burnout and circulating levels of pro- and anti-inflammatory cytokines in schoolteachers. Journal of Psychosomatic Research 2008;65:51-9
- [63] Ingibjörn H., Hägg A., Glise K., Ekman R. Monocyte Chemotactic Protein-1 (MCP-1) and Growth Factors Called into Question as Markers of Prolonged Psychosocial Stress. PLoS ONE 2009;4:1-6
- [64] Gulen B., Serinken M., Eken C., Kucukdagli O.T., Kilic E., Akpinar G., Nogay S., Kuh M., KarciogluÖ. Serum S100B as a Surrogate Biomarker in the Diagnoses of Burnout and Depression in Emergency Medicine Resident. Academic Emergency Medicine 2016;23:1-3
- [65] Ballester S., Macovi D., Puel C., Soulat J.M. Causes & Conséquences de l'épuisement professionnel perçues par les médecins salariés hors structures de soins, vécu professionnel & prévalence du Burnout via l'échelle Maslach Burnout Inventory : Approche préliminaire. 2012:1-16
- [66] Coppé D., Carton C. Burnout. Service Prévention et de Médecine du Travail des Communauté Française et Germanophone 2013 :21;6-10
- [67] Anact, Inrs, DGT, Le syndrome d'épuisement professionnel ou burnout, Mieux comprendre pour mieux agir. Guide d'aide à la prévention 2015:11-13
- [68] Floru R., Cnockaert J.C. Stress professionnel et Burnout. Cahier de l'Actif 1998;264/265:5-8
- [69] Wirtz P., Von Känel R. Psychological Stress, Inflammation, and Coronary Heart Disease.
  Psychological Aspects of Cardiovascular Diseases 2017;19:111
- [70] Mika Kivimäki et al. Job strain as a risk factor for coronary heart disease: a collaborative metaanalysis of individual participant data. Lancet 2012;380:1491-97
- [71] Melamed S. Shirom, Arie P.D., Toker S. Burnout and Risk of Type 2 Diabetes : A Prospective Study of Apparently Healthy Employed Persons. Psychomed 2006;68:863-9
- [72] Salvagioni D., Melanda F., Mesas A., Gonzàlez A., Gabani F., Andrade S. Physical, psychological and occupational consequences of job burnout: A systematic review of prospective studies. PLos ONE 2017;12:1-72

- [73] Metlaine A. et al. Association between insomnia symptoms, job strain and burnout syndrome : a cross-sectional survey of 1300 financial workers. Occupational and environmental medecine Research 2016;7:1-10
- [74] Michael J.S. International Classification of Sleep Disorders-Third Edition. Contemporay Reviews in Sleep Medicine 2014;145:1387-94
- [75] Giese M, Unteraehrer E., Brand S., Calabrese P., Holsboer-Trachsler E., Eckert A. The Interplay of Stress and Sleep Impacts BDNF Level. PLoS ONE 2013;8:1-38
- [76] INRS. Suicide en lien avec le travail. Dossier Suicide 2017. Consulté le 10/04/2018 sur : http://www.inrs.fr/risques/suicide-travail/ce-qu-il-faut-retenir.html
- [77] InVS. Suicide et activité professionnelle en France : premières exploitations de données disponibles. 2010:6
- [78] Stavroula Leka B.A., Griffiths A., Cox T. Organisation du travail & Stress. Série protection de la santé des travailleurs 2004;3:9
- [79] Agence européenne pour la sécurité et la santé au travail (EU-OSHA). Calcul des coûts du stress et des risques psychosociaux liés au travail, Observatoire européen des risques, Analyse documentaire 1999:12-3
- [80] OMS. La santé mentale au travail, Note d'information, 2017. Consulté le 12/04/2018 sur : http://www.who.int/mental\_health/in\_the\_workplace/fr/
- [81] Peters S., Booster B., Le burnout ou épuisement professionnel, American Chamber of Commerce. 2009:25
- [82] OMS, Plan d'action mondial pour la santé des travailleurs, soixantième assemblée mondiale de la santé, 2007:3-12
- [83] Anact, Inrs, DGT. Le syndrome d'épuisement professionnel ou burnout, Mieux comprendre pour mieux agir. Guide d'aide à la prévention 2015:7-23
- [84] Haute Autorité de Santé. Repérage et prise en charge cliniques du syndrome d'épuisement professionnel ou *burnout*. Rapport d'élaboration 2017:64-89
- [85] Fédération des Intervenants en Risques Psychosociaux (FIRPS). Prévenir le Burn-out. Travaux de la FIRPS Guide de bonnes pratiques 2016;4:1-15

- [86] Arial M. Stress et burn-out : comment les prévenir. Secrétariat d'Etat à l'économie SECO 2014:1-19
- [87] Zawieja P. Le burn out, « Que sais-je ». Eds puf, Paris 2015:pp64-73
- [88] Monks J., Strube J., Reckinger P., Rainer P., Accord-cadre sur le stress au travail signé le 8 octobre 2004. 2004:3-1
- [89] Ministère du travail, des relations sociales, de la famille et de la solidarité. La négociation collective en 2007. Bilans et rapports 2008:32
- [90] EUROGIP. Risques psychosociaux au travail : une problématique européenne. 2010:22-4
- [91] Anact, Inrs, DGT, Le syndrome d'épuisement professionnel ou burnout, Mieux comprendre pour mieux agir. Guide d'aide à la prévention 2015:13-4
- [92] Monks J., Strube J., Reckinger P., Rainer P. Accord-cadre sur le stress au travail signé le 8 octobre 2004. 2004:1-3
- [93] EUROGIP. Risques psychosociaux au travail : une problématique européenne, 2010:12-4
- [94] Lanouzière H. La prévention des risques psychosociaux du point de vue du code du travail. Semaine sociale Lamy 2011;143:3-6
- [95] INRS. Dossier risques psychosociaux, Réglementation, 2017. Consulté le 04/04/2018 sur : http://www.inrs.fr/risques/psychosociaux/reglementation.html
- [96] L'Agence européenne pour la sécurité et la santé au travail, Guide électronique sur la gestion du stress et des risques psychosociaux. Rubrique « Que faire ? » 2013. (Application téléchargeable)
- [97] INRS. Les facteurs psychosociaux au travail, Une évaluation par le questionnaire de Karasek dans l'enquête SUMER 2003. Documents pour le Médecin du Travail 2008;115:1-10
- [98] DARES, DGAFP, DGT. Conditions de travail Reprise de l'intensification du travail chez les salariés. DARES analyse 2014;49:2
- [99] INRS. Dossier Risques Psychosociaux, Ce qu'il faut retenir. 2018:10-2
- [100] Aract Normandie. Mener une démarche de prévention des risques psychosociaux. Guide méthodologique 2017:19-21
- [101] Blau P. Exchange and Power in Social Life. New York 1964:pp88-97

- [102] Dollard M.F., Winefield A.H., Winefield H.R. Occupational Stress in the Service Professions.

  Taylor & Francis, London 2003:pp 225-423
- [103] INRS, ANACT, DGT. Le syndrome d'épuisement professionnel ou burnout : Mieux comprendre pour mieux agir. Guide d'aide à la prévention 2015:21
- [104] Lazarus R., Folkman S. The Coping Process: An Alternative to Traditional Formulations in Stress, Appraisal, and Coping, Springer Publishing Co Inc, New York 1984:pp141-456
- [105] Grebot E. Comment prévenir et guérir le stress in Stress et *burnout* au travail. Groupe Eyrolles, Paris 2008:pp153-235
- [106] Bruchon-Schweitzer M. Le coping et les stratégies d'ajustement face au stress. Recherche en soins infirmier 2001;67:2-4
- [107] Côté L., Améliorer ses stratégies de coping pour affronter le stress au travail. *Psychologie Québec* 2013;30:2-4
- [108] INRS. RPS : faire le point Une aide pour évaluer les risques psychosociaux dans les petites entreprises.2013
- [109] Douillet P. Prévenir les risques psychosociaux, Outils et méthodes pour réguler le travail. Anact 2013 :24-9
- [110] Guyot S., Langevin V., Montagnez A., INRS, Evaluer les facteurs de risques psychosociaux : l'outil RPS-DU. INRS 2013;6140:6-47
- [111] Ministère du Travail, Evaluation des risques, 2017. Consulté le 16/04/2018 sur : http://travail-emploi.gouv.fr/archives/archives-courantes/sources-reglementaires-et-dispositifs-financiers-d-aide-aux-entreprises/article/evaluation-des-risques
- [112] Guyot S., Langevin V., Montagnez A. Evaluer les facteurs de risques psychosociaux : l'outil RPS-DU. INRS 2013;6140:15
- [113] Guyot S., Langevin V., Montagnez A. Evaluer les facteurs de risques psychosociaux : l'outil RPS-DU. INRS 2013;6140:33
- [114] Union Patronale du Var. Guide des services de 2010- 2011. UPV le futur s'entreprend 2010:10
- [115] Martini F. Prévenir ensemble les risques d'atteinte psychologique au travail. Cahier des RPS 2010;16:26

- [116] Assurance Maladie Risques Professionnels, INRS. Listes des organismes de formation habilitée par le réseau assurance maladie risque professionnels / INRS. Dispositif de formation. Initiation RPS –Former les salariés ou dirigeants d'entreprises à la prévention des RPS. 2018:1-5
- [117] Olié J.P., Légeron P. Le burnout. Académie Nationale de Médecine 2016:10
- [118] INRS, ANACT, DGT. Le syndrome d'épuisement professionnel ou burnout : Mieux comprendre pour mieux agir. Guide d'aide à la prévention 2015:23-9
- [119] Haute Autorité de Santé. Repérage et prise en charge cliniques du syndrome d'épuisement professionnel ou *burnout*. Rapport d'élaboration 2017:64-91
- [120] Hochstrasser B. et al. Le traitement du burnout, partie1 : principes fondamentaux. Forum Med Suisse 2016;16(25):538-41
- [121] Grebot E. Stress et burnout au travail. Eds Eyrolles, Paris 2008:pp153-231
- [122] Brühlmann T. Diagnostic et traitement du burnout en pratique. Forum Med Suisse 2012;12: 957-60
- [123] Van Rillaerji J. Le traitement cognitivo- comportemental du burn-out. Consulté le 12/04/2018 sur : https://www.changerletravail.fr/le-traitement-cognitivo-comportemental-du-burn-out
- [124] Strauss C., Gu J., Pitman N., Chapman C., Kuyken W., Whittington A. Evaluation of mindfulness-based cognitive therapy for life and a cognitive behavioural therapy stress-management workshop to improve healthcare staff stress: study protocol for two randomised controlled trials. Trials 2018;19:209
- [125] Stier-Jarmer M., Frisch D., Oberhauser C., Berberich G., Scuh A. The Effectiveness of a Stress Reduction and Burnout Prevention Program. Deutsches Ärzteblatt Internationa Int 2016;113:781-8
- [126] Korczak D., Wastian M., Schneider M. Therapy of the burnout. HTA Summary 2012;8:1-9
- [127] Anact, INRS, DGT. Le syndrome d'épuisement professionnel ou burnout : Mieux comprendre pour mieux agir. Guide d'aide à la prévention 2015:26
- [128] Service communication de l'HAS. Repérage et prise en charge cliniques du syndrome d'épuisement professionnel ou burnout. Rapport d'élaboration 2017:65-8
- [129] Service communication de l'HAS. Repérage et prise en charge cliniques du syndrome d'épuisement professionnel ou burnout. Rapport d'élaboration 2017:65

- [130] Service communication de l'HAS, Repérage et prise en charge cliniques du syndrome d'épuisement professionnel ou burnout. Rapport d'élaboration 2017:98
- [131] Haute Autorité de Santé. Repérage et prise en charge cliniques du syndrome professionnel ou burnout. Rapport d'élaboration 2017:89
- [132] Madsen I.E.H, Lange T., Borritz M., Rugulies R. Burnout as a risk factor for antidepressant treatment a repeated measures time-to-event analysis of 2936 Danish human service workers. Journal of Psychiatric Research 2015;65:47-52
- [133] Mesters P., Clumeck N., Delroisse S., Gozlan S., Le Polain M., Massart A.C, Pitchot W. Syndrome de Fatigue Professionnelle (Burnout), 2<sup>ème</sup> partie : de la prise en charge thérapeutique. Rev Med Liege 2017;72:301-7
- [134] Technologia. Etude clinique et organisationnelle permettant de définir et de quantifier ce qu'on appelle communément le *burn out*. 2014:1-5
- [135] Haute Autorité de Santé, Repérage et prise en charge cliniques du syndrome professionnel ou burnout. Rapport d'élaboration 2017:10-3
- [136] Haute Autorité de Santé. Repérage et prise en charge cliniques du syndrome professionnel ou burnout. Rapport d'élaboration 2017:148-93
- [137] Ministère des Affaires sociales et de la Santé. Décrets, arrêtés, circulaires, Textes Généraux.

  Journal officiel de la république française 2016:1-3
- [138] Francois Ruffin, Burnout : pour la reconnaissance des troubles psychiques liés au travail.

  Consulté le 20/04/218 sur : https://francoisruffin.fr/reconnaissance-burn-out/
- [139] Michelon Vincent, Le projet de loi de Ruffin sur « le Burn out » rejeté à l'assemblée : pourquoi la France reste à la peine. LCI 2018. Consulté le 20/04/2018 sur : https://www.lci.fr/sante/le-projet-de-loi-de-ruffin-sur-le-burn-out-rejete-a-l-assemblee-pourquoi-la-france-reste-a-la-peine-2076802.html
- [140] Bourdin J.J, Interview de Muriel Pénicaud. BMTV vidéo 2018. Consulté le 20/04/2018 sur : http://www.bfmtv.com/mediaplayer/video/muriel-penicaud-face-a-jean-jacques-bourdin-en-direct-1034911.html
- [141] Thuillier T., Pour Muriel Pénicaud, « le bur-out n'est pas une maladie professionnelle ». L'express L'entreprise 2018. Consulté le 20/04/2018 sur : https://lentreprise.lexpress.fr/rh-

- management/droit-travail/pour-muriel-penicaud-le-burn-out-n-est-pas-une-maladie-professionnelle\_1984169.html
- [142] Khireddine I., Lemaitre A., Homère J., Plaine J., Garras L., Riol M.C., Valenty M., Groupe MCP 2012. La souffrance psychique en lien avec le travail chez les salariés actifs en France entre 2007 et 2012, à partir du programme MCP. Bulletin épidémiologique hebdomadaire 2015;23:435

# **ANNEXES**

# Annexe 1:

# Questionnaire de Karasek

Pour les questions suivantes, merci de cocher la case qui correspond le mieux à votre réponse

1. Dans mon travail, je dois			
Pas du tout d'accord □1	Pas d'accord □2	D'accord □3	Tout à fait d'accord □4
2. Dans mon travail, j'effec	tue des tâches répé	titives	
Pas du tout d'accord □1	Pas d'accord □2	D'accord □3	Tout à fait d'accord □4
3. Mon travail me demande	e d'être créatif		
Pas du tout d'accord □1	Pas d'accord □2	D'accord □3	Tout à fait d'accord □4
4. Mon travail me permet s	ouvent de prendre	des décisions m	o <mark>i-même</mark>
Pas du tout d'accord □1	Pas d'accord □2	D'accord □3	Tout à fait d'accord □4
5. Mon travail demande un	haut niveau de coi	mpétence	
Pas du tout d'accord □1	Pas d'accord □2	D'accord □3	Tout à fait d'accord □4
6. Dans ma tâche, j'ai très j	peu de liberté pour	décider comme	nt je fais mon travail
Pas du tout d'accord □1	Pas d'accord □2	D'accord □3	Tout à fait d'accord □4
7. Dans mon travail, j'ai de	s activités variées		
Pas du tout d'accord □1	Pas d'accord □2	D'accord □3	Tout à fait d'accord □4
8. J'ai la possibilité d'influe	encer le dérouleme	nt de mon trava	il
Pas du tout d'accord ☐1	Pas d'accord □2	D'accord □3	Tout à fait d'accord □4
9. J'ai l'occasion de dévelop	pper mes compéten	ces professionne	elles
Pas du tout d'accord □1	Pas d'accord □2	D'accord □3	Tout à fait d'accord □4
10. Mon travail demande d	e travailler très vit	e	
Pas du tout d'accord □1	Pas d'accord □2	D'accord □3	Tout à fait d'accord □4
11. Mon travail demande d	e travailler intensé	ment	
Pas du tout d'accord □1	Pas d'accord □2	D'accord □3	Tout à fait d'accord □4
12. On me demande d'effec	COLUMN TO THE RESERVE OF THE PARTY OF THE PA		
Pas du tout d'accord □1	Pas d'accord □2	D'accord □3	Tout à fait d'accord □4
13. Je dispose du temps néc	essaire pour exécu	ter mon travail	
Pas du tout d'accord □1	Pas d'accord □2	D'accord □3	Tout à fait d'accord □4

14. Je reçois des ordres con		And the second s	
Pas du tout d'accord □1	Pas d'accord □2	D'accord _3	Tout à fait d'accord □4
15. Mon travail nécessite de	longues périodes o	de concentration	intense
Pas du tout d'accord □1	Pas d'accord □2	D'accord □3	Tout à fait d'accord □4
16. Mes tâches sont souvent reprendre plus tard	interrompues ava	nt d'être achevé	es, nécessitant de les
Pas du tout d'accord □1	Pas d'accord □2	D'accord □3	Tout à fait d'accord □4
17. Mon travail est très "bo	usculé"		
Pas du tout d'accord □1	Pas d'accord □2	D'accord □3	Tout à fait d'accord □4
18. Attendre le travail de co propre travail	llègues ou d'autres	départements i	ralentit souvent mon
Pas du tout d'accord □1	Pas d'accord □2	D'accord □3	Tout à fait d'accord □4
19. Mon supérieur se sent c	oncerné par le bien	-être de ses sub	ordonnés
Pas du tout d'accord □1	Pas d'accord □2	D'accord □3	Tout à fait d'accord □4
20. Mon supérieur prête att	ention à ce que je d	dis	
Pas du tout d'accord □1	Pas d'accord □2	D'accord □3	Tout à fait d'accord □4
21. Mon supérieur m'aide à	mener ma tâche à	bien	will be the time assert
Pas du tout d'accord □1	Pas d'accord □2	D'accord □3	Tout à fait d'accord □4
22. Mon supérieur réussit f	acilement à faire co	ollaborer ses sub	ordonnés
Pas du tout d'accord □1	Pas d'accord □2	D'accord □3	Tout à fait d'accord □4
23. Les collègues avec qui je	e travaille sont des	gens profession	nellement compétents
Pas du tout d'accord □1	Pas d'accord □2	D'accord □3	Tout à fait d'accord □4
24. Les collègues avec qui je	e travaille me mani	festent de l'inté	rêt
Pas du tout d'accord □1	Pas d'accord □2	D'accord □3	Tout à fait d'accord □4
25. Les collègues avec qui je			
Pas du tout d'accord □1	Pas d'accord □2	D'accord □3	Tout à fait d'accord □4
26. Les collègues avec qui je	travaille m'aident	t à mener les tâc	hes à bien
Pas du tout d'accord □1	Pas d'accord □2	D'accord □3	Tout à fait d'accord □4

# Annexe 2:

# Questionnaire de SIEGRIST (version française validée)

Les questions des deux pages suivantes concernent <u>votre travail.</u>
Indiquez si vous êtes d'accord ou non avec chacune des phrases, en cochant la case correspondante. Si vous cochez la case en face de la flèche →, alors indiquez aussi dans quelle mesure vous êtes en général perturbé(e) par cette situation, en entourant le chiffre qui correspond le mieux à votre réponse (1 = je ne suis pas du tout perturbé(e), 2 = je suis un peu perturbé(e), 3 = je suis perturbé(e), 4 = je suis très perturbé(e)
Merci de répondre à toutes les questions.

S1 – Je suis constamment pressé(e) par le temps à cause d'une forte charge de travail	pas d'accord d'accord	0	1	2	3	4
S2 – Je suis fréquemment interrompu(e) et dérangé(e) dans mon travail	pas d'accord d'accord	□ <b>→</b>	1	2	3	4
S3 – J'ai beaucoup de responsabilités à mon travail	pas d'accord d'accord	a <b>&gt;</b>	11	2	3	4
S4 – Je suis souvent contraint(e) à faire des heures supplémentaires	pas d'accord d'accord	□ <b>→</b>	1	2	3	4
S5 - Mon travall exige des efforts physiques	pas d'accord d'accord	0 >	21	2	3.	4
S6 – Au cours des dernières années, mon travail est devenu plus exigeant	pas d'accord d'accord	0 3	1	2	3	4
S7 – Je reçois le respect que je mérite de mes supérieurs	pas d'accord d'accord	- ·	31	2	3	4
S8 – Je reçois le respect que je mérite de mes collègues	pas d'accord d'accord	0 3	1	2	3	4
S9 – Au travail, je bénéficie d'un soutien satisfaisant dans les situations difficiles	pas d'accord d'accord	0	1	2	3	4
S10 – On me traite injustement à mon travail	pas d'accord d'accord	0 >	1	2	3	4
S11 – Je suis en tain de vivre une période ou je m'attends à vivre un changement indésirable dans ma situation de travail	pas d'accord d'accord	□ <b>→</b>	1	2	3	4
S12 – Mes perspectives de promotion sont faibles	pas d'accord d'accord	0	1	2	3	4
S13 – Ma sécurité d'emploi est menacée	pas d'accord d'accord	- <b>-</b>	1	2	3	4
S14 – Ma position professionnelle actuelle correspond bien à ma formation	pas d'accord d'accord	□ <b>→</b>	1	2	3	4
S15 – Vu tous mes efforts, je reçois le respect et l'estime que je mérite à mon travail	pas d'accord d'accord	0 >	21	2	3	4
S16 – Vu tous mes efforts, mes perspectives de promotion sont satisfaisantes	pas d'accord d'accord	□ <b>→</b>	1	2	3	4
S17 – Vu tous les efforts, mon salaire est satisfaisant	pas d'accord d'accord		1	2	3	4

Pour cette page, indiquez dans quelle mesure vous êtes d'accord avec chacune des phrases, en entourant le chiffre qui correspond le mieux à votre réponse (1 = pas du tout d'accord, 2 = pas d'accord, 3 = d'accord, 4 = tout à fait d'accord)

S18 – La plupart du temps, je prends les critiques très à coeur	1	2	3	4
S19 – Je suis souvent motivé(e) par l'ambition	1	2	3	4
S20 – La moindre interruption dans mon travail m'agace beaucoup	1	2	3	4
S21 – Si quelque chose doit être bien fait, il vaux mieux que je le fasse moi-même	1	2	3	4
S22 – J' aime prouver que certaines personnes ont tort	1	2	3	4
S23 – Etre toujours un peu meilleur ou plus rapide que les autres est une sorte de jeu pour moi	1	2	3	4
S24 – Je peux vraiment m'énerver lorsque quelqu'un m'empêche de faire ce que je suis sensé(e) faire	1	2	3	4
S25 – Les autres font que je n'énerve plus souvent que je le voudrais	1	2	3	4
S26 – Au travail, il m'arrive fréquemment d'être pressé(e) par le temps	1	2	3	4
S27 – Je commence à penser à des problèmes de travail dès que je me lève le matin	1.	2	3	4
S28 – Je suis irrité(e) lorsque je ne parviens pas à accomplir au mieux une tâche	1	2	3	4
S29 – Je ne laisse personne faire mon travail	1	2	3	4
530 – Je suis particulièrement déçu(e) lorsque mon travail n'est pas apprécié à sa juste valeur	1	2	3	4
S31 – Lorsqu'une personne ne comprend pas assez vite, je peux m'emporter	1	2	3	4
S32 – Quand je rentre à la maison, j'arrive facilement à me décontracter et à oublier tout ce qui concerne mon travail	1	2	3	4
S33 – Mes proches disent que je me sacrifie trop pour mon travail	1	2	3	4
S34 – Je n'ai le sentiment d'avoir réussi que lorsque j'ai accompli ma tâche mieux que je ne pensais faire	1	2	3	4
S35 – Les gens ont confiance dans ma capacité à mener à bien les tâches difficiles	1	2	3	4
S36 – Je mobilise toute mon énergie pour toujours avoir le contrôle de la situation	1:	2	3	4
S37 – Pour moi, la famille ou ma vie privée passent toujours avant le travail	1	2	3	4
S38 – Cela me met en rage lorsqu'un collègue remet en question mes compétences	1.	2	3	4
S39 – Cela ne me gêne pas d'être interrompu(e) dans mes tâches quotidiennes	1	2	3	4
S40 – Je veux toujours faire plus de choses que je ne peux en accomplir	1,	2	3	4
S41 – Le travail me trotte encore dans la tête lorsque je vais au lit	1	2	3	4
S42 – Le moindre complément stimule vraiment ma motivation	1	2	3	4
S43 – Je ne me sens pas irrité(e) quand d'autres font mieux que moi	1	2	3	4
S44 – De temps en temps, j'aime quand d'autres me détoument de mon travail	1:	2	3	4
S45 – En pensée, je suis déjà prêt(e) à accomplir ma prochaîne tâche	1	2	3	4
S46 – Quand je remets à plus tard quelque chose que je devrais faire le jour même, j'ai du mal à dormir le soir	1.	2	3	4

# Codage des réponses

#### Premier codage des réponses :

Réponse d'accord ou pas d'accord (selon le sens de la guestion) sans commentaire > 1

Réponse « je ne suis pas du tout perturbé » > 1

Réponse « je suis un peu perturbé » > 2

Réponse « je suis perturbé » > 3

Réponse « je suis très perturbé » -> 4

#### Second codage:

Le calcul recommandé fait appel à un recodage des items, les réponses « je suis perturbé » et « je suis très perturbé » sont recodées « 2 », les autres modalités étant recodées « 1 »

# Exemple : question « Je suis constamment pressé par le temps à cause d'une forte charge de travail »

Réponse à la question	Codage 1	Codage 2
Pas d'accord	1	1
D'accord, je ne suis pas du tout perturbé	1	1
D'accord, je suis peu perturbé	2	1
D'accord, je suis perturbé	3	2
D'accord, je suis très perturbé	4	2

Calcul des scores après recodage :

Efforts extrinsèques : S1 + S2 + S3 + S4 + S5 + S6

Récompenses: S7 + S8 + S9 + .....+ S17

plus les scores sont élevés, plus les efforts sont élevés et les récompenses faibles.

Calcul du rapport efforts/récompenses (après inversion du score des récompenses) :

Un rapport supérieur à 1 indique un déséquilibre entre les efforts extrinsèques et les récompenses

# Annexe 3:

# Test d'Inventaire de Burnout de Maslach - MBI

Comment percevez-vous votre travail ? Etes-vous épuisé(e) ? Quelle est votre capacité à gérer votre relation aux autres ? Où en êtes-vous sur votre degré d'accomplissement personnel ?

 Précisez la fréquence à laquelle vous ressentez la description des propositions suivantes en entourant le chiffre correspondant avec ;

0 = Jamais

1 = Quelques fois par an, au moins

2 = Une fois par mois au moins

3 = Quelques fois par mois

4 = Une fois par semaine

5 = Quelques fois par semaine

6 = Chaque jour

 Additionnez les scores obtenus dans chacune des 3 dimensions proposées au bas du questionnaire. Voyez si ces scores sont à un degré « faible », « modéré » ou « élevé ».

	Jama ↓	15				Chaque jour ↓				
01 – Je me sen: émotionnellement vidé(e) par mon travail	0	1	2	3	4	5	6			
02 - Je me sens à bout à la fin de ma journée de travail	0	1	2	3	4	5	6			
03 - Je me sens fatigué(e) lorsque je me lève le matin et que j'ai à affronter une autre journée de travail	0	1	2	3	4	5	6			
04 - Je peux comprendre facilement ce que mes patients/clients/élèves ressentent	0	1	2	3	4	5	6			
05 - Je sens que je m'occupe de certains patients/clients/élèves de façon impersonnelle, comme s'ils étaient des objets	0	1	2	3	4	5	6			
06 - Travailler avec des gens tout au long de la journée me demande beaucoup d'effort	0	1	2	3	4	5	6			
07 - Je m'occupe très efficacement des problèmes de mes patients/clients/élèves	0	1	2	3	4	5	6			
08 - Je sens que je craque à cause de mon travail	0	1	2	3	4	5	6			
09 - J'ai l'impression, à travers mon travail, d'avoir une influence positive sur les gens	0	1	2	3	4	5	6			
10 - Je suis devenu(e) plus insensible aux gens depuis que j'ai ce travail	0	1	2	3	4	5	6			
11 - Je crains que ce travail ne m'endurcisse émotionnellement	0	1	2	3	4	5	6			
12 - Je me sens plein(e) d'énergie	0	1	2	3	4	5	6			
13 - Je me sens frustré(e) par mon travail	0	1	2	3	4	5	6			
14 - Je sens que je travaille « trop dur » dans mon travail	0	1	2	3	4	5	б			
15 - Je ne me soucie pas vraiment de ce qui arrive à certains de mes patients/clients/élèves	0	1	2	3	4	5	6			
16 - Travailler en contact direct avec les gens me stresse trop	0	1	2	3	4	5	6			
17 - J'arrive facilement à créer une atmosphère détendue avec mes patients/clients/élèves	0	1	2	3	4	5	6			
18 - Je me sens ragaillardi(e) lorsque dans mon travail j'ai été proche de patients/clients/élèves	0	1	2	3	4	5	6			
19 - J'ai accompli beaucoup de choses qui en valent la peine dans ce travail	0	1	2	3	4	5	6			
20 - Je me sens au bout du rouleau	0	1	2	3	4	5	6			
21 - Dans mon travail, je traite les problèmes émotionnels très calmement	0	1	2	3	4	5	6			
22 - J'ai l'impression que mes patients/chents/élèves me rendent responsable de certains de leurs problèmes	0	1	2	3	4	5	6			

## Total du Score d'Epuisement Professionnel (SEP)

Additionnez les scores que vous avez obtenus aux questions 01, 02, 03, 06, 08, 13, 14, 16, 20 SEP =

Epuisement	SEP≤à 17	18 < SEP < 29	30 < SEP
Professionnel	Degré faible	Degré modéré	Degré élevé

......

# Total du Score Dépersonnalisation / Perte d'empathie (SD)

Additionnez les scores que vous avez obtenus aux questions 05. 10. 11. 15. 22 SD =

Dépersonnalisation -	SD < à 5	6 < SD < 11	12 < SD
	Degré faible	Degré modéré	Degré élevé

......

## Total du Score Accomplissement Personnel (SAP)

Additionnez les scores que vous avez obtenus aux questions 04, 07, 09, 12, 17, 18, 19, 21, SAP =

Accomplissement	SAP < à 33	34 < SAP < 39	40 < SAP
Personnel	Degré faible	Degré modéré	Degré élevé

## Degré de Burn Out

Attention si vos scores SEP et SD se trouvent tous les deux dans le rouge! Surtout si votre degré d'accomplissement est également dans le rouge!!!

SEP	L'épuisement professionnel (Burn Out) est typiquement lié au rapport avec un travail vécu comme difficile, fatiguant, stressant Pour Maslach, il est différent d'une dépression car il disparaitrait pendant les vacances.
SD	La dépersonnalisation, ou perte d'empathie, se caractérise par une baisse de considération positive à l'égard des autres (clients, collègues), c'est une attitude où la distance émotionnelle est importante, observables par des discours cyniques, dépréciatifs, voire même par de l'indifférence.
SAP	L'accomplissement personnel est un sentiment « soupape de sécurité » qui assurerait un équilibre en cas d'épuisement professionnel et de dépersonnalisation. Il assure un épanouissement au travail, un regard positif sur les réalisations professionnelles.

### Annexe 4:

# Échelle de Somnolence d'Epworth

Johns MW (Sleep 1991; 14:540-5) «A new method for measuring day time sleepiness: The Epworth Sleepiness Scale Sleep».

#### La somnolence est la propension plus ou moins irrésistible à s'endormir si l'on est pas stimulé.

(Nb. Ce sentiment est très distinct de la sensation de fatigue qui parfois oblige à se reposer).

Le questionnaire suivant, qui sert à évaluer la somnolence subjective, est corrélé avec les résultats objectifs recueillis par les enregistrements du sommeil.

Prénom:	Nom:	Date de naissance:		
Date du test		Ronflement?	oui Non	

# Vous arrive-t-il de somnoler ou de vous endormir (dans la journée) dans les situations suivantes :

Même si vous ne vous êtes pas trouvé récemment dans l'une de ces situations, essayez d'imaginer comment vous réagiriez et quelles seraient vos chances d'assoupissement.

notez 0: si c'est exclu. «Il ne m'arrive jamais de somnoler: aucune chance, notez 1: si ce n'est pas impossible. «Il y a un petit risque»: faible chance, notez 2: si c'est probable. «Il pourrait m'arriver de somnoler»: chance moyenne, notez 3: si c'est systématique. «Je somnolerais à chaque fois»: forte chance.

- Pendant que vous êtes occuper à lire un document	0	1	2	3
- Devant la télévision ou au cinéma	0	1	2	3
- Assis inactif dans un lieu public (salle d'attente, théâtre, cours, congrès)	0	1	2	3
- Passager, depuis au moins une heure sans interruptions, d'une voiture ou d'un transport en commun (train, bus, avion, métro)	0	1	2	3
- Allongé pour une sieste, lorsque les circonstances le permettent	0	1	2	3
- En position assise au cours d'une conversation (ou au téléphone) avec un proche	0	1	2	3
- Tranquillement assis à table à la fin d'un repas sans alcool	0	1	2	3
- Au volant d'une voiture immobilisée depuis quelques minutes dans un embouteillage	0	1	2	3

Total (de 0 à 24):

- En dessous de 8: vous n'avez pas de dette de sommeil.
- De 9 à 14: vous avez un déficit de sommeil, revoyez vos habitudes.
- Si le total est supérieur à 15: vous présentez des signes de somnolence diurne excessive. Consultez votre médecin pour déterminer si vous êtes atteint d'un trouble du sommeil. Si non, pensez à changer vos habitudes.

NB. Ce questionnaire aide à mesurer votre niveau général de somnolence, il n'établit pas un diagnostic. Apportez le à votre médecin pour discuter avec lui des causes et des conséquences de ce handicap dans votre vie.

# SERMENT DE GALIEN

~~~~

Je jure, en présence des maîtres de la faculté et de mes condisciples :

**D**'honorer ceux qui m'ont instruit dans les préceptes de mon art et de leur témoigner ma reconnaissance en restant fidèle à leur enseignement.

D'exercer, dans l'intérêt de la santé publique, ma profession avec conscience et de respecter non seulement la législation en vigueur, mais aussi les règles de l'honneur, de la probité et du désintéressement.

De ne jamais oublier ma responsabilité, mes devoirs envers le malade et sa dignité humaine, de respecter le secret professionnel.

En aucun cas, je ne consentirai à utiliser mes connaissances et mon état pour corrompre les mœurs et favoriser des actes criminels.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

**Q**ue je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.

# **RESUME**

Depuis longtemps, les effets néfastes du travail sur la santé sont l'objet de réflexion mais il faudra attendre la deuxième moitié du 20ième siècle pour qu'ils deviennent une réelle préoccupation. Le phénomène connaîtra son véritable essor dans les années 70. Cliniciens et chercheurs se penchent alors sur le syndrome d'épuisement professionnel et l'érigent en entité clinique. Aux Etats-Unis, le psychiatre Herbert Freudenberger, le premier à le décrire, et le nomme « burnout ». Cependant, la plupart des définitions actuelles se basent sur le modèle à trois dimensions de Christina Maslach, le burnout est donc caractérisé par une symptomatologie aspécifique : l'épuisement émotionnel, la dépersonnalisation, et la diminution de l'accomplissement personnel. Elle est aussi à l'origine de l'instrument de diagnostic le plus utilisé : le Maslach Burnout Inventory (MBI). Au fil des années, de nombreux scientifiques ont étudié ce phénomène et leurs travaux ont tenté de le comprendre, de le définir, d'en déterminer les causes (qu'elle soit individuelle ou liée au travail), les mécanismes, les conséquences globales. Pourtant, le terme de burnout est maintenant passé dans le langage courant et dans l'imaginaire collectif et, si ce phénomène prend de plus en plus d'ampleur, ses caractéristiques et sa définition demeurent encore imprécises. La recherche médicale a exploré plusieurs voies pour tenter de caractériser le burnout. S'agissant d'une pathologie associée au stress, les études biologiques ont recherché d'éventuelles altérations biologiques, notamment en explorant l'axe hypothalamohypophyso-adrénocorticotrope, mais à l'heure actuelle les données biologiques sont insuffisantes pour caractériser spécifiquement le burnout. Ce phénomène encore imprécis, et touchant de plus en plus de travailleurs, contraint de nombreux organismes chargés de la sécurité et de la santé au travail, de développer des moyens préventifs et la mise en place de mesures précises concernant les souffrances psychologiques au travail. Des informations médicales, scientifiques, et sociologiques sur ce syndrome sont donc essentielles car il devient un sujet d'actualité au cœur des débats politiques, en particulier pour ce qui est de sa reconnaissance en maladie professionnelle. A ce jour, le burnout ne fait pas partie des classifications médicales, ni des manuels de diagnostics de référence. Ce travail a donc pour objectif de faire connaître ce syndrome, ses caractéristiques, les avancées actuelles, les moyens de prévention et sa prise en charge aux entreprises et à l'ensemble des travailleurs. Le but est de lever le tabou sur cette pathologie, et donner des éléments plus précis sur cette réalité.

Mots clés: Burnout, Syndrome d'épuisement professionnel, définitions, biologie, prévention.