



***Le traitement et la trajectoire professionnelle des patients ayant souffert d'épuisement professionnel.***

***Développement de recommandations politiques.***

***Etude pilote***

**Rapport final**

A-C. Massart  
Dr. P. Mesters  
C. Bugli

Ce projet a été réalisé avec le soutien du centre d'expertise en incapacité de travail de l'INAMI dans le cadre du plan de prévention intégré en matière d'affections mentales liées au travail du cabinet de la ministre des Affaires Sociales et de la Santé publique, Maggie De Block.

**Mai 2021**

**Réseau Pluridisciplinaire de Suivi et Prévention de la Souffrance au Travail, ASBL**  
**[www.reseauburnout.org](http://www.reseauburnout.org)**

## Remerciements

Merci à l'Institut national d'assurance maladie-invalidité (INAMI) / Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering (RIZIV) pour avoir commandité cette étude. Nous remercions également tout particulièrement les membres du Comité de pilotage de l'INAMI, Mme Decuman, Mme Hargot et le Dr Haucotte qui nous ont accordé leur soutien et leur disponibilité tout au long de ce travail.

Notre gratitude va également aux membres du comité d'accompagnement qui nous ont fait bénéficier de leur éclairage précieux sur nos analyses.

Merci aux membres du Réseau Burnout qui sont une source d'inspiration, d'expertise et de réflexion dans nos pratiques au quotidien.

Enfin et surtout, merci au nombreux patient(e)s qui ont accepté de répondre aux questionnaires, qui nous ont fait confiance en nous permettant de récolter des données dans leur dossier médical et qui nous ont témoigné du soutien à travers leurs commentaires.

Sans eux cette étude ne serait qu'abstraction.

## Préambule

### **Les chercheurs déclarent sur l'honneur n'avoir aucun conflit d'intérêt avec le projet de recherche.**

La présente étude est une étude pilote. Elle porte sur une population de patients ayant tous bénéficié d'un suivi psychiatrique spécialisé en matière de burnout, auprès du même psychiatre au sein du Réseau Burnout<sup>1</sup>.

L'étude, du fait de son caractère observationnel, n'a pas pour objectif de valider ou d'invalider la méthode de prise en charge et de suivi des patients. Tous les patients ont en effet été traités selon le même schéma thérapeutique.

Etant donné la spécificité de la population investiguée, des précautions sont à prendre dans l'extrapolation des résultats à l'ensemble de la population belge en burnout.

---

<sup>1</sup> « Réseau Pluridisciplinaire de Suivi et Prévention de la Souffrance au Travail » ASBL, [www.reseauburnout.org](http://www.reseauburnout.org)

## TABLE DES MATIERES

---

Résumé de l'étude .....	6
Introduction .....	9
Chapitre 1. Présentation de l'étude .....	11
Chapitre 2. Méthodologie .....	12
2.1. Population statistique de l'étude .....	12
2.1.1. Critères d'inclusion dans l'étude .....	12
2.1.2. Taux de réponse .....	12
2.2. Définition du burnout dans l'étude .....	13
2.3. Données collectées .....	13
2.3.1. Dossiers médicaux .....	13
2.3.2. Enquêtes par questionnaires .....	14
2.3.3. Cartographie de l'étude .....	15
2.4. Outils statistiques utilisés .....	15
2.4.1. Test de Wilcoxon-Mann-Whitney .....	16
2.4.2. Le rapport de cote .....	16
2.4.3. Pourcentage de variance expliquée .....	16
2.4.4. « Outliers » en durée d'ITT .....	16
2.4.5. Remarque concernant le traitement des données .....	17
Chapitre 3. Caractéristiques de l'échantillon .....	18
3.1. Données socio démographiques et type d'emploi (N=352) .....	18
3.2. La durée de l'ITT (N=324) .....	19
3.3. Discussion .....	19
Chapitre 4. Trajectoire santé et soins .....	23
4.1. Symptômes .....	23
4.1.1. Durée des symptômes, avant l'ITT, selon les répondants .....	24
4.1.2. Intensité des symptômes lors du diagnostic, selon le dossier psychiatrique .....	24
4.1.3. Évolution des symptômes pendant et après l'ITT, selon les répondants .....	26
4.2. Diagnostics secondaires .....	28
4.2.1. Diagnostics somatiques .....	28
4.2.2. Diagnostics psychiatriques .....	29
4.3. Recours aux soins .....	31
4.3.1. Accompagnement médical, psychothérapeutique et autre .....	31
4.3.2. Traitements médicamenteux .....	33
4.4. Rechutes et absentéisme ultérieur .....	34

4.4.1.	ITT pour burnout, avant l'ITT ayant donné lieu à la consultation chez le psychiatre (N=324)	34
4.4.2.	Rechutes pour burnout après l'ITT ayant donné lieu à la consultation chez le psychiatre.....	34
4.4.3.	Facteurs liés au risque de rechute.....	35
4.5.	Impact financier du burnout.....	39
4.6.	Discussion .....	40
4.6.1.	Symptômes .....	40
4.6.2.	Diagnostics secondaires.....	42
4.6.3.	Recours aux soins et accompagnants spécialisés dans le burnout.....	45
4.6.4.	Rechutes.....	47
4.6.5.	Impact financier du burnout .....	49
Chapitre 5.	Trajectoire professionnelle .....	50
5.1.	Le retour à l'emploi après l'ITT .....	50
5.1.1.	Retour chez l'employeur d'avant l'ITT (N=177).....	50
5.1.2.	Ceux qui quittent leur employeur (N=146) .....	52
5.2.	L'année qui suit le retour chez l'employeur .....	52
5.2.1.	Aide reçue.....	52
5.2.2.	Procédures de soutien.....	53
5.3.	Perception du travail actuel .....	53
5.4.	La trajectoire professionnelle après l'ITT.....	55
5.5.	Mise en évidence de liens entre la reprise du travail et d'autres variables de l'étude ..	56
5.6.	Discussion .....	58
5.6.1.	Modalités de retour au travail chez l'employeur après l'ITT .....	58
5.6.2.	Accueil et préparation du retour chez l'employeur .....	59
5.6.3.	Trajectoire professionnelle après l'ITT.....	61
5.6.4.	La durabilité du retour à l'emploi, une question plus vaste ? .....	62
Chapitre 6.	Facteurs liés statistiquement à la durée de l'ITT .....	64
6.1.	Liens statistiques entre les variables de l'étude et la durée de l'ITT .....	64
6.2.	Part prise par ces différents facteurs dans la variabilité de l'ITT .....	67
6.3.	Les ITT de plus de 18 mois.....	69
6.4.	Cartographie des facteurs influençant la durée de l'ITT .....	71
6.5.	Discussion .....	72
6.5.1.	Facteurs liés à la durée de l'ITT .....	72
6.5.2.	Facteurs socio-démographiques et type d'emploi.....	72
6.5.3.	Intensité du burnout .....	74

6.5.4.	Traitement médical, psychologique et autres.....	75
6.5.5.	Pathologies secondaires.....	76
6.5.6.	Modalités de retour au travail.....	76
Chapitre 7.	Cas particulier du vécu de violence au travail .....	78
7.1.	Avant l'ITT, selon les répondants (N=352) .....	78
7.2.	Après l'ITT, selon les répondants .....	78
7.3.	Variabiles liées statistiquement au vécu de violence psychologique .....	80
7.4.	Cartographie des facteurs liés au vécu de violence psychologique.....	83
7.5.	Discussion .....	84
7.5.1.	Effet de la violence au travail sur la santé et la trajectoire professionnelle.....	85
7.5.2.	Nombre de demandes d'intervention psychosociale pour harcèlement.....	87
Conclusions.....		88
Recommandations.....		92
1.	Mettre en place un Observatoire du Stress et de l'Epuisement Professionnel au niveau national.....	93
2.	Former les médecins (généralistes et psychiatres) .....	93
3.	Identifier et traiter les diagnostics secondaires .....	94
4.	Promouvoir une approche thérapeutique multidimensionnelle et adaptée dans le temps	95
5.	Mettre en place un suivi particulier pour les longs arrêts de travail .....	96
6.	Assurer un suivi au-delà de la reprise .....	96
7.	Soutenir financièrement les patients.....	96
8.	Promouvoir la formation et la collaboration entre médecins impliqués dans le processus thérapeutique du patient.....	97
9.	Exiger des entreprises une vraie politique de réintégration des travailleurs ayant été absents.....	97
10.	Agir sur le climat de travail pour prévenir le burnout .....	98
Bibliographie .....		99
Annexes.....		108
Annexe 1 : Diagnosis criteria .....		108
Annexe 2 : Questionnaire n°1 .....		111
annexe 3 : Questionnaire 2.....		115
Annexe 4 : Curriculum vitae des chercheurs.....		119

## RÉSUMÉ DE L'ÉTUDE

---

### ***Introduction***

Si les liens entre santé et travail dans le développement du burnout ont été abondamment explorés dans la littérature, le traitement du burnout en lui-même reste encore trop souvent considéré comme un problème de santé mentale uniquement, sans tenir compte de la multiplicité de ses causes. Cette étude pilote investigate les liens entre les caractéristiques de l'environnement de travail, la santé mentale et la santé physique pendant la phase d'incapacité de travail (ITT) et durant les années qui suivent la reprise. Elle s'intéresse aux facteurs influençant la durée de l'ITT ; aux trajectoires de santé et au recours aux soins pendant et après l'ITT ; aux trajectoires professionnelles lors de la reprise et après ; et enfin à l'impact du vécu de violence psychologique au travail sur la santé, l'ITT et l'évolution professionnelle des personnes.

### ***Méthodologie***

L'étude exploratoire qui a été réalisée porte sur 352 patients qui, entre 2006 et 2018, ont fréquenté la consultation « Souffrance et travail » tenue par le Dr Mesters, psychiatre et qui ont été diagnostiqués en burnout sur base des critères de Maslach et de l'« International Classification of Diseases (ICD 10) », code « Z 73.0 ». La collecte des données a fait intervenir deux dispositifs différents : celui de la recherche observationnelle via une collecte d'informations dans le dossier médical psychiatrique et celui de l'enquête par questionnaire. Les dimensions étudiées sont principalement l'ITT, l'évolution de l'état de santé, les diagnostics concomitants au burnout, les contacts avec l'employeur et les trajectoires professionnelles. Etant donné la spécificité de la population investiguée (consultation d'un seul psychiatre), des précautions sont à prendre dans l'extrapolation des résultats à l'ensemble de la population belge en burnout.

### ***Résultats***

Les patients de l'échantillon comptent 74% de femmes, 44% de personnes de plus de 50 ans et 53% de personnes en couple avec enfants. 65% des répondants habitent Bruxelles ou le Brabant Wallon. 60% des personnes travaillent pour des entreprises privées et 5% sont des travailleurs indépendants, les autres sont employés dans le secteur public. Une majorité (63%) travaille dans des entreprises de plus de 100 personnes. 46% ont une fonction dirigeante, 50% sont employés ; les ouvriers sont donc quasi absents de l'échantillon.

La durée d'ITT est définie comme la période s'écoulant entre le début du certificat médical pour le burnout ayant donné lieu à la consultation chez le psychiatre et la reprise d'une activité (éventuellement en temps partiel médical). L'ITT moyenne est de 14,6 mois (SD 13,7) et l'ITT médiane de 11 mois. Les ITT enregistrées varient entre 0 mois et 8 ans.

### ***Trajectoire santé et soins***

L'étude s'est intéressée à l'évolution des symptômes dans le temps depuis le début du burnout jusqu'à deux ans après la fin de l'ITT. Une majorité de patients (79%) ont ressenti des symptômes pendant plus de 6 mois avant que le diagnostic de burnout ne soit posé. Tant les questionnaires envoyés aux patients que l'échelle de Maslach (enregistrée dans le dossier médical au moment de la consultation chez le psychiatre) témoignent, au moment du diagnostic, d'un épuisement émotionnel et physique très intense se traduisant par de la fatigue, des troubles du sommeil, de l'hypersensibilité émotionnelle et des troubles de la mémoire et de la concentration. L'intensité moyenne pour ces différents symptômes est très forte au moment du diagnostic ; une majorité de patients, l'évalue au-dessus de 9/10. Si l'intensité des symptômes diminue durant l'ITT, elle est

encore élevée ( $\geq 6$ ) pour une majorité de patients au moment de la reprise. Après 2 ans de reprise du travail, le score médian est encore de 5/10 pour la fatigue, les troubles de la mémoire et l'hypersensibilité émotionnelle. Au moment de répondre au questionnaire, seuls 27% des répondants considèrent avoir retrouvé l'état de santé qui était le leur avant le burnout.

Cette symptomatologie spécifiquement liée au burnout (fatigue, troubles cognitifs et hypersensibilité émotionnelle) s'accompagne d'autres troubles psychiques et/ou physiques. Plus de 60% des patients se plaignent de douleurs chroniques au début de leur ITT, 27% ont des problèmes cardiovasculaires, 22% des troubles digestifs, 14% des troubles thyroïdiens et 14% des troubles du sommeil diagnostiqués par une polysomnographie. Selon les diagnostics établis par le psychiatre lors des consultations, 21% des patients souffrent de stress post-traumatique et 19% de dépression.

Conformément au schéma thérapeutique pluridisciplinaire proposé par le psychiatre ayant participé à l'étude, 89% des patients ont consulté un psychologue pendant l'ITT. 44% ont vu un coach et 41% ont rencontré un sophrologue. Pour 69% d'entre eux l'accompagnement par le psychologue s'est prolongé au-delà de la reprise du travail pendant un an au moins. 59% des patients ont pris des anti-dépresseurs pendant leur ITT.

Les patients ont été interrogés sur la survenance d'une nouvelle ITT de plus d'un mois pour épuisement professionnel après leur reprise (rechute). 74% d'entre eux n'ont connu aucune rechute, 11% ont rechuté dès la première année et 12% ont rechuté plus de deux ans après avoir repris le travail. La manière selon laquelle se passe le retour au travail impacte significativement le risque de rechute. En effet, un changement d'employeur à la reprise ou un bon accueil des collègues et de la hiérarchie permettent de réduire ce risque ( $p < 0,05$ ). Parallèlement une reprise du travail malgré des symptômes résiduels élevés ou des troubles psychiques ou physiques persistants augmentent le risque de rechute ( $p < 0,05$ ). Enfin, les patients ayant repris le travail contre l'avis de leur médecin risquent davantage de connaître une rechute de plus d'un mois pour épuisement dans les années qui suivent leur reprise ( $p < 0,05$ ).

#### *Trajectoire professionnelle et contacts avec l'environnement professionnel*

Cette étude interroge la trajectoire professionnelle des personnes ayant eu un burnout ainsi que le soutien reçu de l'employeur lors du retour.

55% des répondants salariés qui reprennent un travail après leur ITT le font chez leur employeur. 58% d'entre eux réintègrent la fonction qu'ils occupaient au moment de leur burnout. 55% des répondants reprennent à temps partiel médical, la durée médiane de ce temps partiel médical est de 3 mois.

52% des répondants rencontrent leur employeur avant leur reprise du travail. 58% d'entre eux considèrent avoir été bien accueillis par leurs collègues, mais seuls 32% considèrent avoir été bien accueillis par leur hiérarchie et à peine 12% se sont sentis aidés par le service des ressources humaines. Dans l'année qui suit le retour chez l'employeur, les répondants se considèrent majoritairement comme peu soutenus dans leur processus de reprise, que ce soit par leurs collègues, leur hiérarchie ou les ressources humaines.

Pendant les années qui suivent la reprise, la mobilité professionnelle est importante pour nombre de répondants. Les changements d'employeur ou de fonction dès le retour sont plus nombreux parmi les jeunes répondants, ceux qui sont en couples, ceux qui ont eu une durée d'ITT longue, ceux qui ont subi de la violence au travail ou qui ont été diagnostiqués en stress post-traumatique pendant leur ITT ( $p < 0,05$ ). Il apparaît également qu'un changement de fonction au retour

augmente la probabilité de rester chez l'employeur par la suite ( $p < 0,05$ ). Enfin, ceux qui ont quitté leur employeur dès la reprise ont une probabilité plus grande d'améliorer significativement tant leur bien-être que leur satisfaction au travail par la suite ( $p < 0,05$ ).

#### *Facteurs liés la durée de l'ITT*

Les femmes ont une durée moyenne d'ITT de 3 mois supérieure à celle des hommes ( $p < 0,05$ ). Les personnes vivant en couple ont en moyenne une durée d'ITT plus courte que les autres ( $p < 0,05$ ). Le type d'entreprise ou de fonction n'influence pas significativement la durée de l'ITT. Néanmoins les indépendants ont une durée d'ITT nettement plus courte (5,5 mois) que celle des salariés ( $p < 0,05$ ). Un vécu de violence psychologique allonge l'ITT moyenne de près de 3 mois ( $p < 0,05$ ). Un changement d'employeur ou de fonction lors de la reprise correspond également à un allongement de l'ITT moyenne ( $p < 0,05$ ).

Les résultats montrent un lien significatif entre la gravité du burnout au diagnostic et la durée de l'ITT : au plus les symptômes sont apparus longtemps avant le diagnostic, au plus ils sont intenses en début d'ITT et au plus les scores sur l'échelle de Maslach sont élevés, au plus l'ITT est longue ( $p < 0,05$ ).

La présence de troubles psychiques ou somatiques concomitants au burnout impacte également très significativement la durée moyenne de l'ITT : la présence d'une dépression l'allonge de plus de 7 mois ; la présence de stress post-traumatique de plus de 4 mois ( $p < 0,05$ ) ; les problèmes cardio-vasculaires, les troubles du sommeil objectivés par un polysomnographie et les douleurs chroniques ont également pour effet d'allonger significativement l'ITT moyenne ( $p < 0,05$ ).

Nos résultats indiquent néanmoins qu'une part importante de la variabilité de l'ITT est inexpliquée par les données enregistrées et décrivant le tableau clinique du patient (symptômes et pathologies secondaires). D'autres facteurs non enregistrés dans l'étude, liés à l'environnement professionnel et familial et aux caractéristiques individuelles, agissent probablement.

#### *Cas particulier du vécu de violence au travail*

70% des répondants signalent avoir vécu de la violence psychologique au travail avant leur burnout. Dans 71% des cas, il n'y a eu ni reconnaissance du problème, ni mesure prise par l'entreprise, lors du retour au travail après l'ITT. Ce vécu de violence psychologique est associé à une sévérité plus forte du burnout : symptomatologie au diagnostic plus sévère, présence de troubles cognitifs plus importants, diagnostics secondaires de dépression et de stress post-traumatique associés, allongement de l'ITT moyenne de 3 mois ( $p < 0,05$ ). Le vécu de violence au travail entraîne également une plus grande mobilité professionnelle lors de la reprise ( $p < 0,05$ ).

#### **Conclusion**

L'étude réalisée sur 352 patients ayant vécu un burnout et ayant consulté un psychiatre semble confirmer l'intrication forte entre les dimensions professionnelles de la vie du patient et son état de santé physique et psychique. Ce constat souligne l'importance d'une prise en charge globale, holistique (portant sur les dimensions santé et travail) et systémique (faisant intervenir les différents acteurs) de la problématique. Cette prise en charge doit être réfléchie en amont, au niveau des employeurs et des travailleurs, au moment du burnout et de l'ITT via un accompagnement multidimensionnel adapté et en aval via l'adoption de mesures de réintégration des travailleurs permettant de garantir un retour durable dans l'emploi.

Des recommandations concernant le traitement et la prévention du burnout sont formulées en fin de document.

## INTRODUCTION

---

Le phénomène de l'épuisement professionnel ou « burnout » est aujourd'hui un sujet d'intérêt mais aussi d'inquiétude à différents niveaux. Au départ problème de santé, il constitue aujourd'hui un problème financier pour la sécurité sociale et une difficulté majeure pour le monde du travail, employés et employeurs. Cette problématique est aujourd'hui reconnue comme collective et globale : l'ensemble du monde du travail semble touché et aucun pays ne semble épargné quelles que soient ses spécificités propres mais aussi ses législations et la force de ses mécanismes de régulation du marché du travail et de protection des travailleurs.

Les débats autour de la définition du burnout comme pathologie ont été récemment tranchés par l'OMS qui le définit comme un « phénomène » lié au travail et non comme une maladie : « *L'épuisement professionnel est un syndrome conceptualisé comme résultant d'un stress chronique au travail qui n'a pas été géré avec succès et ne doit pas être utilisé pour décrire des expériences dans d'autres domaines de la vie* ». Cette définition a le mérite de remettre le burnout au cœur même du travail ; c'est donc bien la rencontre entre l'individu et des conditions de travail qui génère l'épuisement. En particulier, bien que l'épuisement professionnel puisse toucher n'importe qui, à tout âge, dans n'importe quel secteur, certains secteurs et certains rôles semblent cependant être à risque accru (Moss, 2019). Par ailleurs, face au stress chronique, l'épuisement professionnel est un mode de décompensation possible parmi d'autres : suicide, violence, addiction et autres troubles psychiques ou somatiques peuvent également survenir à la suite d'une longue exposition au stress. Notre étude se concentre donc sur une conséquence possible de ce stress dont on peut supposer qu'il génère chez l'individu d'autres effets dommageables qui ne sont pas toujours identifiés comme résultant d'un stress chronique au travail.

L'augmentation du nombre de cas de maladie longue durée et d'invalidité liés à des problèmes de souffrance au travail a entraîné la publication de nombreuses études scientifiques, depuis les premières descriptions du phénomène par Freudenberger et Maslach dans les années 70 (Freudenberger, 1980). La symptomatologie, le lien avec d'autres pathologies, les facteurs individuels et les causes organisationnelles y ont été documentés<sup>2</sup>.

Au-delà des liens mis en évidence par la littérature scientifique entre travail, santé mentale et santé physique dans le développement du burnout, cette étude explore comment ces liens se manifestent pendant la phase de récupération et au-delà, dans les années qui suivent la reprise d'un travail. Pour ce faire, les différentes dimensions du burnout, psychiques, physiques et professionnelles sont analysées et leur évolution sur la durée est investiguée.

L'étude cherche, en particulier, à mieux comprendre l'hétérogénéité de la trajectoire des personnes ayant souffert de burnout, tant du point de vue de la durée de l'incapacité de travail (ci-après nommée ITT), que de l'impact du burnout sur leur santé mentale et physique ainsi que sur leur devenir professionnel.

L'étude est observationnelle et porte sur une population uniquement composée de patients ayant connu un ou plusieurs épisodes de burnout et ayant été suivis en consultation de psychiatrie ambulatoire par le Dr Mesters, reconnu en Belgique francophone dans le domaine de la prise en charge du burnout.

---

<sup>2</sup> Voir entre autres les travaux de Maslach et Schaufelli dans ce domaine qui ont régulièrement produit des états des lieux de la recherche à ce sujet.

Le rapport se décline en différents chapitres. Le premier chapitre est consacré à la présentation des objectifs de l'étude et de l'équipe de recherche. Le deuxième chapitre explicite la méthodologie de récolte et d'analyse des données. Dans un 3<sup>ème</sup> chapitre, les caractéristiques de l'échantillon sont abordées. Le 4<sup>ème</sup> chapitre est consacré à l'analyse des trajectoires de santé des patients et à leur recours aux soins pendant et après leur ITT. Le 5<sup>ème</sup> chapitre s'intéresse aux trajectoires professionnelles et aux relations entre la personne et son environnement de travail à la fin de son ITT et après. Le 6<sup>ème</sup> chapitre analyse les facteurs liés aux durées d'ITT. Le 7<sup>ème</sup> chapitre s'intéresse au vécu de violence au travail et à ses répercussions sur la santé de la personne.

Après la conclusion, des recommandations sont formulées. Elles portent sur différents niveaux : médical, psychologique, dans l'environnement professionnel et sociétal. Leur finalité est de limiter le coût global du burnout tant en ce qui concerne la souffrance humaine qu'il engendre, que son impact social, économique et sur les dépenses publiques.

## CHAPITRE 1. PRÉSENTATION DE L'ÉTUDE

---

L'étude est une étude pilote rétrospective et observationnelle concernant les caractéristiques socio-démographiques, cliniques et professionnelles de patients ayant connu un épisode d'épuisement professionnel (burnout) et qui ont été suivis au sein d'une consultation spécialisée dans la souffrance au travail.

L'objectif premier de l'étude est d'identifier les facteurs prédictifs de la durée de l'arrêt maladie (ITT : incapacité temporaire de travail).

A cet objectif, sont associés plusieurs objectifs secondaires :

- Identifier les facteurs prédictifs des modalités de reprise du travail ;
- Étudier l'influence de la présence de violence psychologique au travail avant l'arrêt maladie sur la durée de celui-ci et les modalités de reprise ;
- Caractériser « l'après retour au travail ». En particulier, identifier les récurrences et les nouveaux recours aux soins ;
- Élaborer des recommandations en matière de santé publique concernant les modalités de prise en charge et de suivi des personnes affectées par l'épuisement professionnel ;
- Confronter les résultats à la littérature scientifique.

L'étude se base sur :

- Des données cliniques collectées dans les dossiers cliniques de patients ayant souffert d'épuisement professionnel.
- Des questionnaires adressés à ces mêmes patients par courrier et récoltés par voie électronique ou par courrier.

Cette recherche a été menée par une équipe de 3 chercheurs (cfr annexe 4) :

**Responsable du projet : Mme Anne-Cécile Massart**, Economiste, Criminologue, Coach certifiée, Assistante d'enseignement et de recherche à l'UCLouvain en Faculté de Droit et de Criminologie. Administrateur du « Réseau Pluridisciplinaire de Suivi et Prévention de la Souffrance au Travail » (Réseau Burnout) et Senior Coach individuel et d'équipe dans le domaine professionnel.

**Conseil (médical) scientifique : Dr Patrick Mesters**, Psychiatre, Maître d'Enseignement Honoraire. Faculté de Médecine. Université Libre de Bruxelles. Fondateur du « Réseau Pluridisciplinaire de Suivi et Prévention de la Souffrance au Travail » (Réseau Burnout). Directeur Fondateur du « European Institute for intervention & Research on Burn Out » (EIIRBO).

**Analyses statistiques : Mme Céline Bugli**, Statisticienne, consultante et chargée de cours invitée à l'UCLouvain. Ingénieur civil en Mathématiques Appliquées et Docteure en Sciences (orientation statistique), Membre de l'EIRBO.

## CHAPITRE 2. MÉTHODOLOGIE

---

Il s'agit d'une étude observationnelle<sup>3</sup> portant sur des patients ayant été suivis en consultation par un psychiatre dans deux lieux de consultations : Consultations de psychiatrie, « Clinique St Pierre – Ottignies » et « Centre Européen de Psychologie Médicale », Bruxelles, entre 2006 et 2018.

Le protocole a été approuvé par les comités d'éthique de l'hôpital Erasme, ULB, Bruxelles et de la Clinique Saint Pierre, Ottignies, en novembre 2018.

L'étude a été réalisée dans le respect de la législation en matière de protection de la vie privée (RGPD).

### 2.1. POPULATION STATISTIQUE DE L'ÉTUDE

#### 2.1.1. CRITÈRES D'INCLUSION DANS L'ÉTUDE

- Avoir été vu au moins une fois en consultation par le Dr Mesters, psychiatre, entre 2006 et 2018.
- Avoir souffert d'épuisement professionnel ou burnout avec ou sans pathologie organique. Le diagnostic de burnout a été posé ou confirmé par le psychiatre. C'est ce diagnostic qui a donné lieu à l'ITT au cours de laquelle le patient est venu en consultation de psychiatrie. Il a été posé selon les critères de Maslach et de « l'International Classification of Diseases (ICD 10) » (Classification internationale des maladies), code DSM IVR (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) « Z 73.0 »<sup>4</sup>.

Il n'y a aucun critère d'exclusion.

#### 2.1.2. TAUX DE RÉPONSE

- 915 questionnaires ont été envoyés en mai 2019 et 597 rappels en juin 2019.
- 126 retours pour adresse erronée ont été enregistrés, ainsi que 7 refus explicites de participer ; 2 courriers ont été renvoyés avec la mention « décédé ».
- 352 questionnaires ont été complétés (via un lien internet ou par courrier) entre mai 2019 et novembre 2019. Le taux de réponse est de 44,6% (calculé sur les courriers envoyés, abstraction faite de ceux qui ont été retournés pour adresse erronée) ; l'échantillon constitué présente une marge d'erreur de 3,88 %. Tous les questionnaires reçus ont été repris dans l'analyse.
- 343 dossiers médicaux ont pu être consultés afin d'en extraire les informations utiles.

---

<sup>3</sup> La recherche observationnelle implique que la recherche se fasse sur dossiers de patients et réponde aux critères suivants :

- Le traitement est prescrit de manière habituelle conformément aux conditions de bonne pratique médicale (pas de randomisation).
- La décision de prescrire le traitement est/a été clairement dissociée de celle d'inclure le patient dans l'étude.
- Aucune procédure supplémentaire de diagnostic ou de surveillance n'est appliquée aux patients. Les "Questionnaires" et "Enquêtes" s'intéressant à la qualité de vie, à la fréquence des effets secondaires ou autres sont autorisés.
- Des méthodes épidémiologiques sont utilisées pour analyser les données recueillies.

<sup>4</sup> Cfr 2.2.

- Un second questionnaire a été envoyé aux 352 patients inclus dans la première phase de l'étude. Il a été envoyé par mail et/ou par courrier en mai et juin 2020.
- 233 patients y ont répondu ; ce qui représente 66% des patients contactés (352) et 25,5% des patients de la consultation vus pour burnout (915). Ce taux de réponse pour un deuxième envoi est congruent avec ce que d'autres études ont enregistré dans des circonstances similaires (Huijs, 2019).

## 2.2. DÉFINITION DU BURNOUT DANS L'ÉTUDE

Le diagnostic a été posé selon les critères de Maslach et de « l'International Classification of Diseases »<sup>5</sup> (ICD 10), code « Z 73.0 ». Le diagnostic de burnout considéré dans cette étude est donc basé sur la définition de l'épuisement issue des travaux de Christina Maslach (Maslach, 1982)<sup>6</sup>.

Le burnout se caractérise par un épuisement « émotionnel », perte d'énergie physique, intellectuelle, cognitive ; une dépersonnalisation avec cynisme, déshumanisation et perte d'empathie ; et une réduction du sentiment d'accomplissement et de satisfaction professionnels.

Le burnout est un diagnostic médical « par exclusion ». Il est posé après s'être assuré d'avoir exclu d'autres pathologies qui présentent certains symptômes identiques à ceux de l'épuisement. Pour tous les patients repris dans l'échantillon, le burnout est considéré comme étant le diagnostic « primaire », c'est-à-dire qu'il est la principale cause de l'ITT au cours de laquelle le psychiatre est consulté (il peut y avoir eu d'autres ITT pour épuisement avant celle qui a mené à la consultation psychiatrique). Dans certains cas, il ne s'accompagne d'aucun autre problème psychologique ou physique. Dans d'autres cas, des pathologies concomitantes, dites « secondaires », se développent dans le sillage du burnout préalablement installé. Ces manifestations « secondaires » peuvent être de nature physique, psychologique ou psychiatrique. Elles sont alors des entités distinctes du tableau clinique lié au burnout préalablement identifié<sup>7</sup>.

## 2.3. DONNÉES COLLECTÉES

La collecte des données fait intervenir deux dispositifs différents : celui de la recherche observationnelle via une collecte rétrospective d'informations dans le dossier médical psychiatrique et celui de l'enquête par questionnaire. Deux questionnaires ont été envoyés aux patients ayant accepté de faire partie de l'étude. Ces questionnaires ont été élaborés en concertation avec un panel d'experts (patients et intervenants dans le domaine du burnout) et avec l'INAMI.

### 2.3.1. DOSSIERS MÉDICAUX

Il a été demandé aux patients leur consentement pour permettre aux chercheurs de collecter dans le dossier médical des informations sur leur burnout.

---

<sup>5</sup> Classification internationale des maladies

<sup>6</sup> Depuis le 28 Mai 2019, c'est-à-dire postérieurement aux consultations des patients repris dans l'étude, l'OMS / WHO (Organisation mondiale de la Santé) situe le burnout dans le chapitre « Facteurs influençant l'état de santé ». Le burnout n'y est donc pas considéré comme une condition médicale.

<sup>7</sup> Pour plus de détails concernant les critères diagnostiques. Cfr Annexe 1

Les données issues des dossiers médicaux sont principalement :

- Des scores de gravité des pathologies psychiatriques via l'auto-passation d'échelles cliniques par le patient.
- Des diagnostics psychiatriques et somatiques concomitants au burnout.
- Des traitements médicamenteux.

Ces dossiers n'ont pas été constitués à des fins de recherche. Les informations nécessaires n'y sont donc pas toujours présentes, ni standardisées.

Plusieurs échelles médicales d'évaluation de l'intensité des symptômes et plaintes, Maslach (burnout), HADS (anxiété et dépression), Beck (dépression), Pichot (fatigue), Epworth (sommolence diurne), Weiss et Marmar (Stress post-traumatique), Leymann (Violence psychologique) ont été enregistrées dans les dossiers médicaux. Le psychiatre les a proposées aux patients lorsqu'elles étaient pertinentes au vu de l'anamnèse. Leur enregistrement est donc lié aux besoins de la consultation et non à ceux du chercheur ; elles ne sont donc pas systématiquement présentes dans les dossiers.

Pour chaque échelle, des seuils de sévérité ont été définis dans la littérature ; les chercheurs ont choisi de travailler avec ces seuils plutôt qu'avec les scores absolus enregistrés.

Lorsque la même échelle a été enregistrée plusieurs fois au cours de la prise en charge, l'étude reprend les mesures effectuées au plus près du début de l'incapacité de travail, afin d'identifier les scores au moment du diagnostic.

### **2.3.2. ENQUÊTES PAR QUESTIONNAIRES**

Les données recueillies via deux enquêtes successives portent principalement sur :

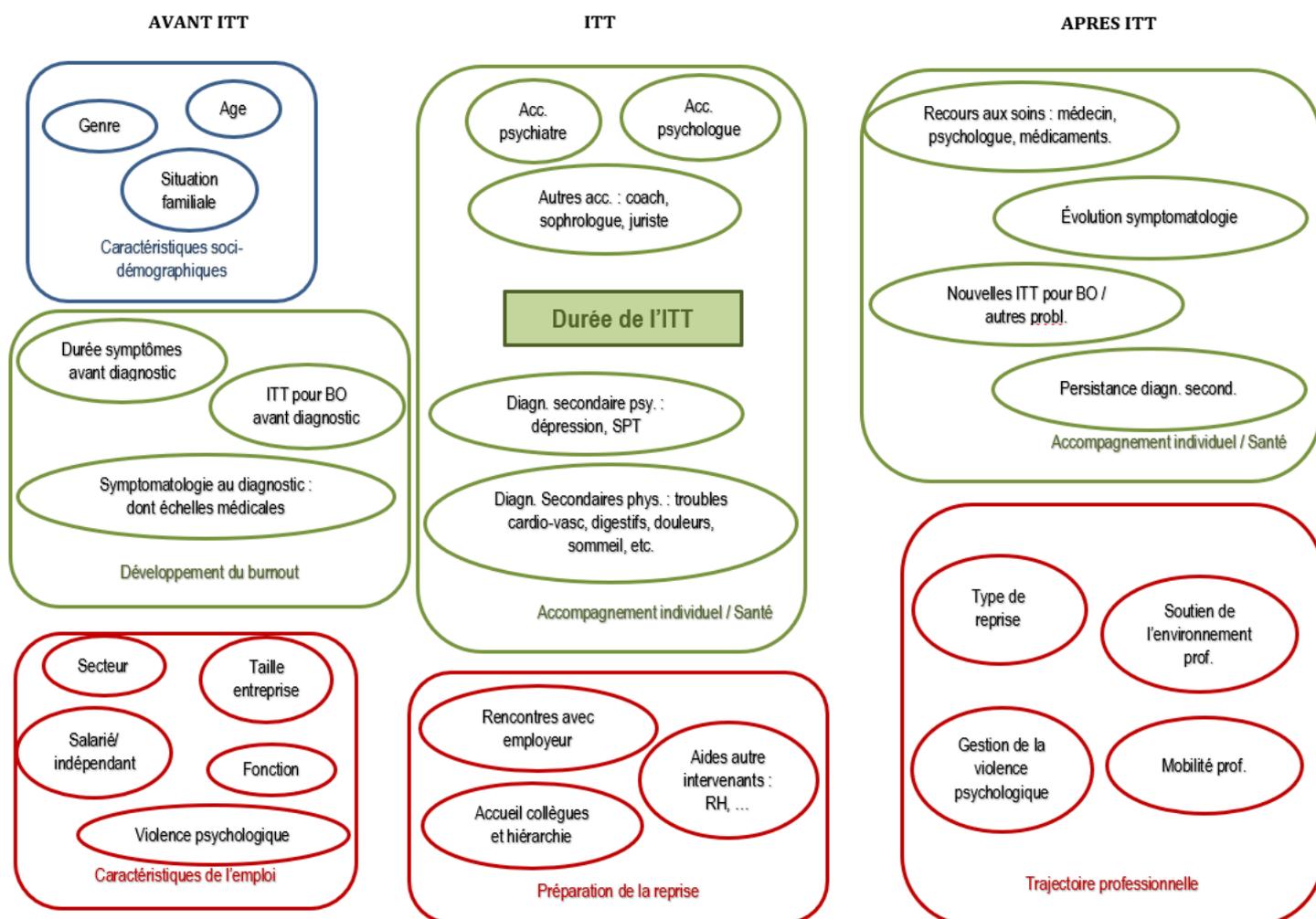
- Les caractéristiques socio-démographiques
- Le type d'environnement professionnel
- L'accompagnement reçu pendant l'arrêt de travail
- La durée de l'incapacité de travail
- Les modalités de retour au travail (chez l'employeur ou ailleurs)
- Le devenir médical après la reprise (séquelles physiques ou psychiques, rechutes, soins)
- Le devenir professionnel après la reprise (changement d'emploi, chômage, sortie du travail...)
- D'éventuels autres effets du burnout (financiers...)

L'information est recueillie parfois longtemps après le burnout. Certaines informations peuvent donc être erronées ou imprécises, le patient ne se souvenant pas avec exactitude.

### 2.3.3. CARTOGRAPHIE DE L'ÉTUDE

Afin de soutenir le lecteur dans sa compréhension des résultats, le schéma suivant reprend l'ensemble des données investiguées dans l'étude.

FIGURE 1 : CARTOGRAPHIE DES DONNÉES ENREGISTRÉES



Nous investiguons donc la dimension temporelle depuis le début des symptômes jusqu'à plusieurs années après la fin de l'ITT. Nous nous intéressons également aux différents espaces affectés par le burnout : l'espace professionnel et l'espace personnel, en particulier la santé physique et psychique de la personne

### 2.4. OUTILS STATISTIQUES UTILISÉS

Tous les tests statistiques sont effectués à un niveau alpha de 0,05, sauf indication contraire. La normalité des données a été évaluée par des test de Shapiro-Wilks et des qqplot. En cas de non-normalité, des tests non paramétriques ont été utilisés.

Des analyses de statistiques descriptives courantes sont produites pour décrire les données continues (moyenne, écart-type, percentiles). Les données de type catégorielles ont été résumées sous forme de fréquence et pourcentage des niveaux observés.

Différents outils statistiques spécifiques sont également utilisés selon les types de données concernées et les thématiques analysées.

#### **2.4.1. TEST DE WILCOXON-MANN-WHITNEY**

Le test de Wilcoxon-Mann-Whitney est utilisé pour mettre en évidence une différence statistique entre 2 groupes. Ce test (aussi appelé test U de Mann-Whitney ou encore test de la somme des rangs de Wilcoxon) est un test statistique non paramétrique qui permet de tester l'hypothèse selon laquelle les variables de deux échantillons suivent la même loi de probabilité. Une valeur inférieure à 0.05 (soit un seuil de 5% de significativité) est généralement admise comme suffisante pour considérer que lien entre les deux variables est significatif.

#### **2.4.2. LE RAPPORT DE COTE**

L'odds ratio (OR), également appelé rapport des chances, rapport de cotes ou risque relatif rapproché, est une mesure statistique, souvent utilisée en épidémiologie, exprimant le degré de dépendance entre des variables catégorielles. Il permet de mesurer le risque pour un sous-groupe par rapport à un autre.

#### **2.4.3. POURCENTAGE DE VARIANCE EXPLIQUÉE**

La variance expliquée par une variable X est une mesure du lien entre le facteur X et la mesure numérique Y, pour apprécier comment Y dépend du fait d'appartenir à une sous-population ou à une autre. Si la variance expliquée est égale à 0, Y donne globalement les mêmes mesures sur toutes les sous-populations. Cela signifie que le facteur X n'a pas d'effet global sur la mesure de Y. Si la variance expliquée est égale à 1, les individus de chaque sous-population ont tous la même mesure Y. Dans ces conditions, le facteur X détermine entièrement la mesure Y : il suffit de connaître la sous-population dans laquelle l'individu se trouve pour connaître sa mesure Y ; et inversement il suffit de connaître la mesure Y d'un individu pour savoir dans quelle sous-population il se trouve, en supposant que les sous-populations ont toutes des valeurs de Y différentes.

#### **2.4.4. « OUTLIERS » EN DURÉE D'ITT**

La durée de l'incapacité de travail (ITT) étant une variable importante dans nos analyses, nous avons fait le choix de retirer les valeurs atypiques (*outliers*). Une valeur atypique est une observation « *qui dévie tellement des autres observations qu'elle soulève la suspicion d'avoir été générée par un autre mécanisme* » (Hawkins, 1980). Ce choix est basé sur le fait que la présence de valeurs atypiques dans un jeu de données nuit à la validité et au caractère généralisable des résultats.

Dans cette étude, étant donné la distribution log-normale de cette variable, nous avons repris comme critère de définition, le plus fréquent (Deledalle & Rowe, 2020) à savoir exclure les valeurs s'écartant d'au moins 3 écarts-type de la moyenne ; il s'agit donc des patients qui ont une durée d'ITT supérieure ou égale à 40 mois, soit 18 personnes.

Les *outliers* ont été exclus des analyses statistiques faisant intervenir la durée de l'ITT comme variable à expliquer. En effet des calculs de corrélation incluant ces patients perdraient leur solidité statistique puisqu'un seul patient peut générer ou annuler une tendance observée sur le plus grand nombre. Les *outliers* n'ont pas été exclus des autres analyses ; il n'y a en effet aucun

signe de ce que ces patients ne sont pas en burnout (le diagnostic a été posé par le psychiatre selon les mêmes critères que pour les autres) ou que leurs données soient incorrectes.

#### **2.4.5. REMARQUE CONCERNANT LE TRAITEMENT DES DONNÉES**

Lorsque la question posée est déclinée sous forme d'échelle de Likert, les auteurs ont choisi, pour réaliser les analyses de regrouper les individus « pas du tout d'accord » avec les « plutôt pas d'accord » et les « tout à fait d'accord » avec les « plutôt d'accord » ; cela afin de garder des groupes d'une taille suffisante pour les analyses.

## CHAPITRE 3. CARACTÉRISTIQUES DE L'ÉCHANTILLON

### 3.1. DONNÉES SOCIO DÉMOGRAPHIQUES ET TYPE D'EMPLOI (N=352)

- 74% des patients (N=260) sont des femmes, 26% (N=92) sont des hommes
- 44% des patients (N=154) ont 50 ans ou plus au moment de leur burnout ; 39% (N=136) ont entre 40 et 49 ans, 17% (N=59) ont entre 30 et 39 ans et moins d'1% (N=3) des patients ont moins de 30 ans.
- 53% (187 répondants) vivent en couple avec enfants.

TABEAU 1: RÉPARTITION DES PATIENTS SELON LA PROVINCE DU DOMICILE

Province	N	Pourcentage
Brabant wallon	149	42%
Bruxelles capitale	81	23%
Brabant flamand	44	13%
Prov de Namur	38	11%
Prov du Hainaut	23	7%
Prov de Liège	9	3%
Prov du Luxembourg	7	2%
Prov de Flandre Orientale	1	0%
Total général	352	100%

- 36% (N=125) travaillent dans le secteur public, 60% (N=211) dans le secteur privé ; 5% (N=16) sont indépendants.
- 63% (N=213) travaillent dans des entreprises de plus de 100 personnes.
- 46% (N=162) des personnes ont une fonction dirigeante ; 50% (N=176) sont employés ; les ouvriers sont donc quasi absents de la consultation.
- 9% (N=31) des salariés ont une activité d'indépendant complémentaire.

Certaines analyses sont réalisées sur un nombre plus restreint de répondants, à savoir les 233 personnes qui ont répondu au deuxième questionnaire, un an après le premier.

Les caractéristiques de cet échantillon réduit (N=233) sont comparables à celles du premier échantillon (N=352) : 75% de femmes, 86% des patients ont plus de 40 ans ; 52% vivent en couple avec enfants.

Concernant le type d'emploi, on observe également que la structure des deux échantillons est comparable. Dans l'échantillon réduit, 37% travaillent dans le secteur public, 59% dans le secteur privé, 4% sont indépendants, 63% travaillent dans des entreprises de plus de 100 personnes, 50% ont une fonction dirigeante, 48% sont employés, 10% ont une activité d'indépendant complémentaire.

### 3.2. LA DURÉE DE L'ITT (N=324)

28 répondants étaient encore en incapacité de travail au moment de l'enquête. Ils sont donc exclus de la description des durées d'ITT.

Les durées d'ITT sont enregistrées via l'enquête adressée aux patients. Il s'agit de la durée qui s'est écoulée, selon eux, entre le début du premier certificat médical pour burnout et la reprise, partielle ou complète, du travail. Cette durée ne couvre donc pas un éventuel temps partiel médical.

TABLEAU 2 : DURÉE DE L'ITT (N=324)

Indicateur	Valeur
Moyenne	14,6 mois
Écart type	13,7
Min	0 mois (pas d'ITT)
P10	3,3 mois
P25	6 mois
Médiane	11 mois
P75	18 mois
P90	30 mois
Maximum	96 mois (8 ans)

Parmi les 324 personnes ayant renseigné leur durée d'ITT, les indépendants (N=16) ont un profil assez particulier puisque leur incapacité de travail est nettement plus courte : 29% seulement d'entre eux s'arrêtent plus de 6 mois et 35% ne s'arrêtent pas du tout de travailler. Vu leur petit nombre, ces patients n'influencent pas significativement le profil général des durées d'ITT.

### 3.3. DISCUSSION

Concernant le choix de la méthodologie et de la construction de l'échantillon, les études observationnelles sont utilisées par les chercheurs comme une étape exploratoire dans la compréhension du traitement des problèmes humains (Hartmann & al., 1990). Des enquêtes indiquent que ces procédures d'observation sont utilisées dans plus de 70% des articles de recherche publiés dans les principales revues comportementales (Bass & Aserlind, 1984 ; Bornstein, Bridgwater *et al*, 1980).

Une **étude observationnelle** a l'avantage de limiter le risque d'effets conduisant notamment à des « faux positifs » et autres biais (Fava, 2013).

- Les données récoltées concernent des résultats post-traitement chez des patients « tout venant » (pas de biais liés à la sélection, critères inclusion / exclusion ; attentes irréalistes d'effet positifs de la part du patient et/ou du clinicien lors de l'instauration du traitement).
- La présence d'un seul investigateur supprime les biais liés à l'absence de consensus entre plusieurs cliniciens impliqués dans une même étude portant sur la méthode de diagnostic et la façon d'organiser le traitement /prise en charge.
- La formation et l'expérience du clinicien dans le domaine de la recherche clinique et des troubles psychiatriques, ainsi que son expertise dans le domaine du burnout sont également un atout.

- La méthode de prise en charge est uniforme (médicale, psychologique, au sein du « réseau burnout »).
- Les mêmes échelles médicales ont été administrées et les mêmes méthodes d'évaluation ont été appliquées.

Ces études observationnelles permettent de soulever des questions qui par la suite peuvent être investiguées via des projets de recherche plus sophistiqués, méthodes en « double aveugle » et randomisation avec groupes contrôles, multicentriques (éventuellement internationales ou disséminées dans le pays), avec la collaboration de plusieurs investigateurs et experts confirmés, dans des populations ciblées (avec ou sans pathologie annexes, dans différents secteurs d'activités professionnelles, traités en ambulatoire ou en hospitalisation, etc.).

Malgré un nombre important de répondants (plus de 300), notre échantillon n'est probablement pas représentatif de la population belge qui consulte un médecin pour burnout. En effet, la population investiguée, même si elle provient de l'ensemble de la Belgique francophone, a consulté le psychiatre à Bruxelles ou dans le Brabant Wallon, elle peut donc être différente de la population qui consulte pour burnout, tant dans son origine géographique<sup>8</sup>, que dans ses caractéristiques socio-professionnelles. Il est également possible que les patients consultant un psychiatre présentent d'autres caractéristiques que les patients en burnout qui n'en consultent pas. Néanmoins, en l'absence de données complètes à l'échelle belge sur les caractéristiques socio-professionnelles et sur l'état de santé des personnes ayant consulté pour burnout durant la période sur laquelle porte les données collectées, il ne nous est pas possible de caractériser d'éventuels biais dans la représentativité de la population étudiée.

Par ailleurs, les chercheurs ne disposant d'aucune donnée concernant les patients ayant été contactés et n'ayant pas répondu au questionnaire ; d'éventuelles différences entre les caractéristiques de la population interrogée et les caractéristiques des répondants ne peuvent être identifiées.

Nous ne pouvons donc que comparer les caractéristiques de notre échantillon à celles observées dans des études similaires produites à partir de la patientèle belge.

Nous constatons que l'échantillon de patients enrôlés dans l'étude est comparable à celui traditionnellement décrit dans la littérature. Il présente en effet une majorité de femmes, de personnes de plus de 40 ans, de personnes en couple avec enfants, travaillant comme employés ou en tant que fonction dirigeante, dans des entreprises majoritairement de grandes tailles (plus de 100 personnes).

**Le taux élevé de femmes** dans la patientèle en burnout correspond à de nombreuses observations dans la littérature qui en relève plus de 60% parmi les cas de burnout qui consultent (SPF emploi, 2010 ; Cherniss, 2018 ; Clumeck et al, 2017, p.250 ; Thorsen et al, 2019 ; Truchot, 2004).

Concernant **l'âge** des personnes atteintes de burnout, la littérature n'est pas unanime dans ses conclusions. Certaines études considèrent que « être jeune » serait un facteur de risque alors que d'autres mettent en évidence un risque supérieur chez les plus de 40 ans. L'étude belge du SPF emploi relève 32% des personnes entre 45 et 55 ans (SPF Emploi, 2010).

Concernant la prévalence du burnout en fonction du **type d'emploi**, certaines études montrent qu'être dirigeant, cadre ou employé avec une responsabilité d'équipe augmente le risque de

---

<sup>8</sup> 78% des patients proviennent de la région de Bruxelles et du brabant wallon et la consultation n'accueille que des patients francophones ou anglophones

burnout (Peters et Mesters, 2008). Toutefois, cette forte présence de burnout dans la population employée et cadre est contredite par une étude luxembourgeoise (TNS-Ilres, 2010) qui signale un ressenti de burnout plus fréquent chez les ouvriers que chez les employés du secteur privé.

Selon Clumeck et al, (2017, p.250), les facteurs de risque seraient « *être une femme, être jeune, être en couple et ne pas avoir d'enfants* ». Une autre étude réalisée sur la population d'une consultation bruxelloise, décrit le groupe des personnes en burnout comme ayant en moyenne 41 ans  $\pm$  9 ans, composée d'autant d'hommes que de femmes, vivant généralement en couple avec des enfants. 63.6% sont employés et 21.3% sont des cadres supérieurs ou de direction (Corten et al).

La **faible représentation des indépendants** dans l'échantillon est confirmée par de nombreuses études. Une étude réalisée sur des patients belges ayant déclarés avoir vécu au moins un épisode de stress professionnel (92%) ou de fatigue professionnelle (72%) conclut que travailler seul est un facteur protecteur contre le stress, ce qui expliquerait que les indépendants sont traditionnellement sous-représentés dans la patientèle en burnout. (Lona & Amrous, 2018). Mairiaux, Schippers *et al*, (2012) montrent que les travailleurs indépendants, seuls ou à la tête de leur entreprise, consultent peu pour épuisement : la motivation personnelle et un sentiment de contrôle plus important sur leur réalité professionnelle les mettraient davantage à l'abri. L'INSERM (2011, p.16) compare le stress et les risques psycho-sociaux chez les indépendants et les salariés. Si la charge de travail et la pression professionnelle, au moins en ce qui concerne les horaires de travail, seraient plus fortes chez les indépendants ; elles s'accompagneraient d'une plus grande autonomie décisionnelle, ce qui constituerait une protection, au moins partielle, face au stress professionnel. Les indépendants auraient davantage de difficultés à concilier vie privée et vie professionnelle mais seraient parallèlement moins exposés aux conflits professionnels, étant donné leur isolement relationnel plus fréquent ; bien que, d'autre part, ils pourraient subir davantage de pression émotionnelle dans les relations avec les clients / patients et être soumis à une insécurité financière plus importante.

En conclusion, si les études pointent des facteurs de stress plus importants chez les indépendants, elles identifient également des caractéristiques qui, à l'inverse, les protègent. Si les conclusions concernant la prévalence du burnout chez les indépendants ne sont donc pas uniformes, elles s'accordent toutefois pour conclure que, face au stress, l'indépendant consulte peu.

Concernant **la durée d'ITT**, la moyenne dans notre échantillon est de 14,6 mois et la médiane de 11 mois. Cette durée est très variable puisqu'elle s'étale entre de 0 et 96 mois. Pour 25% des patients, elle est supérieure à 18 mois et pour 10% d'entre eux, à 30 mois. Dans une étude belge (Corten & al), les patients en burnout sévère ont une incapacité de travail moyenne de 10,34 mois (sd 11,28), donc d'une durée moindre que celle observée dans notre étude. Une autre enquête, réalisée dans la population belge, au sein de laquelle les sujets interrogés avaient déclaré avoir vécu au moins un épisode de stress professionnel (92%), de fatigue professionnelle (72%) ou avoir consulté un professionnel de la santé pour ce mal-être (44%) enregistre une durée médiane de l'incapacité de travail plus faible que dans notre étude (6 mois) et une durée moyenne plus élevée de 1 an et 4 mois (Lona & Amrous, 2018).

Quoique l'échantillon analysé dans notre étude soit important, certains groupes tels que les fonctions dirigeantes ou les personnes de plus de 50 ans y sont manifestement sur-représentés par rapport à leur nombre au sein de la population belge. En revanche, certaines populations telles que les ouvriers ou les indépendants y sont sous-représentés.

Cette **faible représentation de certaines catégories de travailleurs dans l'échantillon** signale que, probablement, une partie de la population vivant du stress chronique au travail ne consulte pas un psychiatre pour burnout. Plusieurs hypothèses peuvent expliquer ce phénomène :

- Face au stress au travail, certaines catégories socio-professionnelles hésiteront davantage à consulter un psychiatre pour burnout et à accepter une ITT.
- Consulter un psychiatre peut paraître compliqué, voire inacceptable pour certains qui ne verront que leur médecin généraliste, voire même aucun médecin.
- Le stress au travail peut entraîner d'autres modes de décompensation tels que les addictions ou la violence envers autrui ou soi-même (suicide). Le développement de pathologies organiques (cardiovasculaires, immunitaires, inflammatoires, etc.) est également une conséquence possible de l'exposition au stress chronique.

Il est donc probable que la population investiguée dans cette étude ne soit que la partie émergée d'un iceberg constitué de la population de travailleurs qui, aujourd'hui, connaissent de la souffrance au travail et du stress chronique, sans nécessairement être en ITT et consulter un psychiatre.

Toutefois l'étude ne vise pas à extrapoler des résultats à l'ensemble de la population touchée par le burnout. Elle vise surtout à mieux comprendre les impacts du burnout en termes de santé et de trajectoire professionnelle dans la population investiguée.

## CHAPITRE 4. TRAJECTOIRE SANTÉ ET SOINS

---

Dans ce chapitre nous nous sommes intéressés à plusieurs aspects relatifs à la santé du patient, dont :

- Les symptômes du burnout et leur persistance. De nombreux individus signalent, en effet, ne pas avoir retrouvé l'usage de toutes leurs capacités cognitives, qu'ils restent fatigués ou que des troubles somatiques subsistent encore après la reprise. Ils sont donc considérés comme étant en rémission partielle (la rémission étant définie comme l'état correspondant à la disparition complète des symptômes cliniques). Nous leur avons demandé de préciser les séquelles qui persistent dans le temps.
- Les rechutes et leur importance. Celles-ci sont définies comme étant la survenance de nouvelles ITT pour fatigue professionnelle après l'ITT au cours de laquelle il a consulté le psychiatre.
- La présence de diagnostics secondaires, somatiques ou psychiatriques, développés avant, pendant ou après l'ITT pour burnout.
- Le recours aux soins et aux traitements médicamenteux pendant et après l'ITT.

### 4.1. SYMPTÔMES

Différentes informations concernant l'intensité des symptômes ressentis par le patient au moment du diagnostic et après celui-ci ont été recueillies sur base :

- Des résultats de plusieurs échelles médicales présentes dans le dossier psychiatrique
- Des réponses aux questionnaires envoyés aux patients dans lesquels nous leur avons demandé de scorer l'intensité de leurs symptômes à différents moments de la maladie.

5 symptômes, particulièrement présents dans les situations de burnout, ont été investigués dans ces questionnaires à savoir :

- Les difficultés de concentration
- Les troubles de la mémoire (y compris la mémoire à court terme<sup>9</sup>).
- L'hypersensibilité émotionnelle (irritabilité, difficulté de gestion des émotions, ...) : c'est-à-dire la réactivité excessive aux émotions, durant les contacts humains, dans les situations inattendues ou à haute tonalité de stress.
- La fatigue
- Les problèmes de sommeil : le ressenti du patient portant sur ses difficultés de sommeil sans référence à un diagnostic médical précis (la question ne fait pas nécessairement référence à un enregistrement (polysomnographie ou PSG) du sommeil positif dans un but de diagnostic).

Les patients ont évalué ces 5 symptômes sur une échelle de 1 (aucun) à 10 (très fréquents). Dans la suite de ce rapport, ces évaluations sont appelées « score ». Ces scores ont été notés à 4 moments spécifiques au cours de l'évolution qui correspondent :

- Au moment du diagnostic (moment défini comme tel par le patient)
- À la fin de l'ITT

---

<sup>9</sup> La mémoire immédiate (ou mémoire à court terme) désigne la mémoire qui permet de retenir des informations pendant un laps de temps d'environ 30 secondes. Lorsqu'une personne souffre de perte de mémoire immédiate, elle oublie les événements au fur et à mesure qu'ils surviennent.

- 1 an après la fin de l'ITT, c'est-à-dire une année après la fin de l'épisode d'épuisement pour lequel ils ont consulté en psychiatrie.
- 2 ans après la fin de l'ITT, c'est-à-dire deux années après la fin de l'épisode d'épuisement pour lequel ils ont consulté en psychiatrie.

Ils ont également été interrogés sur la présence des symptômes avant que le diagnostic ne soit posé ainsi que sur le temps nécessaire pour retrouver un état de santé équivalent à celui d'avant le burnout (guérison).

#### **4.1.1. DURÉE DES SYMPTÔMES, AVANT L'ITT, SELON LES RÉPONDANTS**

TABLEAU 3 : DURÉE DES SYMPTÔMES AVANT LE DIAGNOSTIC DE BURNOUT (N=352)

	Répartition des répondants en %
Plus d'une année	40%
Entre 6 mois et 1 an	39%
Moins de 6 mois	21%

Une majorité de patients (79%) signalent que plus de 6 mois se sont écoulés entre l'apparition des symptômes et le moment où le diagnostic d'épuisement a été posé par un médecin (Tableau 3).

#### **4.1.2. INTENSITÉ DES SYMPTÔMES LORS DU DIAGNOSTIC, SELON LE DOSSIER PSYCHIATRIQUE**

Différentes échelles médicales ont été complétées par les patients au début du suivi psychiatrique. Les résultats sur ces échelles ont été extraits des dossiers médicaux.

##### **4.1.2.1. Selon l'échelle de Maslach (Maslach, Jackson, Leiter, 1996), (N=205)**

Christina Maslach est l'auteure du « Maslach Burnout Inventory, MBI », échelle d'évaluation la plus souvent utilisée pour mesurer l'épuisement professionnel/burnout. Cette échelle mesure trois dimensions :

- L'épuisement physique et émotionnel est la dimension généralement la plus visible. L'individu se sent exténué et son sommeil n'est plus réparateur. Le travail devient « trop dur ».
- La dépersonnalisation, parfois appelée « déshumanisation, cynisme ou perte d'empathie ». Elle se manifeste par une diminution de l'empathie à l'égard de l'entourage (clients, collègues, patients, élèves...). La distance émotionnelle devient importante jusqu'à manifester de l'indifférence. Le discours devient cynique et dépréciatif. La déshumanisation est un mécanisme psychologique inconscient qui permet à la personne épuisée de se protéger.
- La perte de satisfaction professionnelle, souvent associée à un sentiment d'inefficacité. L'individu ne se sent plus capable de réaliser des tâches élémentaires, auparavant simples et faciles pour lui. Elle se traduit par une perte de sens au travail, et donc du sentiment d'accomplissement personnel ; alors que le patient continue d'apprécier le métier choisi, au-delà de la pénibilité qu'il éprouve à l'exercer.

Trois niveaux de sévérité sont distingués pour chaque dimension : faible, modéré ou élevé.

##### **4.1.2.2. Selon l'Echelle de Pichot (Gardenas, 2002), (N=93)**

Cette échelle mesure l'intensité de la fatigue, définie comme « la sensation d'affaiblissement physique ou psychique qui suit normalement un effort soutenu » et qui demande du repos. La fatigue

y est définie comme « pathologique » lorsque la personne estime se trouver sous son niveau de forme habituelle et que son fonctionnement au quotidien s'en ressent. L'échelle de Pichot fixe un seuil de fatigue pathologique, sans en préciser les causes.

#### **4.1.2.3. Selon l'échelle d'Epworth (Johns, 1991), (N=150)**

Cette échelle mesure l'intensité de la somnolence diurne qui se manifeste par la propension à s'endormir en l'absence de stimulation extérieure (au cinéma, devant la TV, dans un transport public, etc.). La somnolence diurne est considérée comme liée à l'existence d'un sommeil non-récupérateur. Cette mesure de la somnolence subjective, peut être corrélée avec les résultats recueillis par des enregistrements du sommeil ou polysomnographie (PSG).

Différents seuils sont définis : pas de dette de sommeil, déficit de sommeil (habitudes à revoir), somnolence excessive (recommandation de consulter un médecin).

#### **4.1.2.4. Résultats enregistrés sur les différentes échelles médicales**

TABLEAU 4 : RÉSULTATS SUR LES ÉCHELLES MÉDICALES ENREGISTRÉES DANS LE DOSSIER PSYCHIATRIQUE

<b>Echelle médicale</b>	<b>% de patients au-delà du seuil critique</b>	<b>Nombre de patients ayant complété l'échelle</b>
Maslach épuisement physique et émotionnel (élevé)	94%	204
Maslach dépersonnalisation (élevé)	59%	204
Maslach perte de satisfaction (élevée)	63%	204
Pichot (au-delà du seuil de fatigue pathologique)	62%	93
Epworth (déficit de sommeil)	42%	150
Epworth (sommolence excessive)	20%	150

### 4.1.3. ÉVOLUTION DES SYMPTÔMES PENDANT ET APRÈS L'ITT, SELON LES RÉPONDANTS

TABLEAU 5: SCORE SUR LES DIFFÉRENTS SYMPTÔMES AU FIL DU TEMPS, SCORE SUR 10

	N	Moyenne	Médiane	P25	P75	Écart type
<b>Troubles de la Concentration</b>						
Au diagnostic	225	8,79	9	8	10	1,93
À la reprise	195	5,71	6	4	7	2,29
Après 1 an	188	4,91	5	3	7	2,35
Après 2 ans	190	4,48	4	2	6	2,45
<b>Troubles de la mémoire</b>						
Au diagnostic	191	8,05	9	7	10	2,52
À la reprise	191	6,02	7	4	8	2,64
Après 1 an	193	5,3	6	3	7	2,61
Après 2 ans	191	4,79	5	3	7	2,57
<b>Hypersensibilité émotionnelle</b>						
Au diagnostic	226	9,28	10	9	10	1,34
À la reprise	196	6,67	7	5	8	2,40
Après 1 an	201	5,71	6	4	8	2,48
Après 2 ans	194	5,18	5	3	7	2,50
<b>Fatigue</b>						
Au diagnostic	226	9,43	10	9	10	1,36
À la reprise	192	6,43	7	5	8	2,44
Après 1 an	198	5,58	6	4	8	2,51
Après 2 ans	193	5,06	5	3	7	2,64
<b>Sommeil</b>						
Au diagnostic	226	8,62	10	8	10	2,24
À la reprise	195	6,04	7	3	9	2,93
Après 1 an	199	5,40	6	3	8	2,77
Après 2 ans	196	4,91	5	3	7	2,72

L'intensité des différents symptômes ressentie par les patients au moment du diagnostic est assez similaire pour tous les symptômes. Une large majorité des patients l'évalue à un niveau très élevé ( $\geq 9$ ), sur une échelle de 1 à 10. La fatigue est le symptôme le plus présent au moment du diagnostic (score moyen 9,43) ; les problèmes de sommeil et l'hypersensibilité émotionnelle enregistrent également des niveaux extrêmes pour une grande majorité de patients.

A noter que la question portant sur les difficultés au niveau du sommeil s'intéresse aux plaintes subjectives rapportées par le patient (endormissement difficile, réveils multiples, matinaux précoces, etc.) Ces plaintes ne sont pas nécessairement systématiquement confirmées par un enregistrement du sommeil (polysomnographie /PSG).

Le Tableau 5 montre que, si la réduction des symptômes est significative pendant l'ITT, les patients reprennent le travail avec un niveau de symptômes encore élevé. La récupération continue après la reprise mais à un rythme plus faible. En effet, le score médian d'intensité éprouvée par le travailleur reste à 5, après 2 années, pour les troubles relatifs au sommeil, à la fatigue, à l'hypersensibilité émotionnelle et à la mémoire. Le niveau de symptômes ressenti reste donc important, même 2 ans après l'ITT.

Les répondants ont été interrogés sur l'atteinte d'une guérison, c'est-à-dire sur leur perception d'un retour à l'état de santé qu'ils connaissaient avant la maladie. A la question « Avez-vous aujourd'hui retrouvé la forme d'avant le burnout ? », 73% des répondants ont répondu « non » (N= 154, les burnout en cours étant exclus de l'analyse).

Ceux qui ont déclaré « être aujourd'hui guéris », ont indiqué le temps qui leur a été nécessaire pour que les symptômes disparaissent et que l'état de santé revienne à un niveau comparable à celui antérieur au burnout.

TABLEAU 6: TEMPS NÉCESSAIRE À LA GUÉRISON, POUR CEUX QUI CONSIDÈRENT ÊTRE GUÉRI (N=49)

Temps moyen	Temps médian	min	max	StD
27,8 mois	24 mois	3 mois	96 mois (8 ans)	20,63

Les temps de récupération sont donc longs et très variables selon les répondants (Tableau 6).

Nous avons également évalué le nombre de patients en rémission par rapport à plusieurs symptômes au fil du temps.

TABLEAU 7 : EVOLUTION DU POURCENTAGE DES PATIENTS EN RÉMISSION TOTALE (SCORE $\leq$ 2) SUR UN OU PLUSIEURS SYMPTÔMES ENTRE LE MOMENT DE LA REPRISE ET 2 ANNÉES APRÈS (N=214).

	Rémission 0 symptôme		Rémission 1 symptôme		Rémission 2 symptômes		Rémission 3 symptômes		Rémission 4 symptômes		Rémission 5 symptômes	
	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N
À la reprise	59,4%	127	15,0%	32	10,3%	22	4,2%	9	3,7%	8	7,5%	16
Après 1 an	55,1%	118	17,3%	37	7,0%	15	6,5%	14	5,6%	12	8,4%	18
Après 2 ans	44,9%	96	17,3%	37	10,8%	23	8,4%	18	6,5%	14	12,2%	26

Le taux de rémission complète est très faible : seuls 12% d'entre eux se déclarent sans symptômes (score  $\leq$  2) 2 ans après la fin de l'ITT (Tableau 7). 59,4% des patients reprennent le travail sans avoir atteint le stade de la guérison pour aucun des symptômes. Deux ans après la reprise, ils sont encore 44,9 % à faire le même constat.

Ce résultat montre l'importance de la persistance simultanée de symptômes de types cognitifs, de fatigue et de symptômes relatifs à la gestion des émotions en fin d'ITT. Ces symptômes suivent un profil d'évolution similaire et montrent un processus de récupération lent après le retour au travail.

La sévérité importante des symptômes lors du diagnostic se traduit dans plusieurs variables : durée des symptômes avant le diagnostic de burnout, score sur les 5 symptômes (troubles de la mémoire, de la concentration, du sommeil, fatigue, hypersensibilité) et résultats sur l'échelle de Maslach. Pour les besoins de l'analyse, une variable « **symptomatologie au diagnostic** » est construite. Elle témoigne de l'intensité des plaintes du patient au moment du diagnostic. 3 niveaux d'intensité de la symptomatologie sont définis<sup>10</sup> : sévère, modéré ou léger.

<sup>10</sup> Cet indicateur « symptomatologie au diagnostic » se base sur plusieurs variables : la durée des symptômes avant le diagnostic, l'importance des symptômes au moment du diagnostic et l'échelle de Maslach. Le niveau de l'indicateur a été défini de la manière suivante :

- Symptomatologie au diagnostic sévère : les 3 variables sont à un niveau élevé
- Symptomatologie au diagnostic modérée : 2 variables sur 3 sont à un niveau élevé
- Symptomatologie au diagnostic légère : 0 ou 1 variable est à un niveau élevé

Les liens entre la symptomatologie au diagnostic et la durée de l'ITT sont présentés au Tableau 8.

TABLEAU 8 : SYMPTOMATOLOGIE AU DIAGNOSTIC ET DURÉE DE L'ITT EN MOIS (HORS OULTIERS) (N=194)

Niveau	N	ITT moyenne	Intervalle de confiance à 95%	Écart type	ITT Médiane	ITT P25	ITT P75
Symptomatologie au diagnostic légère	61	11,1	[8,72 ; 13,51]	9,335	9	4	15
Symptomatologie au diagnostic modérée	88	13,1	[11,34 ; 14,83]	8,222	12	6,25	19,5
Symptomatologie au diagnostic sévère	45	14,1	[11,63 ; 16,57]	8,234	12	8.5	20

L'indicateur « symptomatologie au diagnostic » apparaît comme ayant un lien statistiquement significatif avec la durée moyenne de l'ITT. Une symptomatologie plus sévère au moment du diagnostic de burnout correspondant à une durée d'ITT plus longue ( $p < 0,05$ ) (Tableau 8). Notons toutefois que la différence entre l'ITT moyenne associée à une symptomatologie sévère et celle associée à une symptomatologie modérée n'est pas statistiquement significative.

## 4.2. DIAGNOSTICS SECONDAIRES

### 4.2.1. DIAGNOSTICS SOMATIQUES

TABLEAU 9 : POURCENTAGE DE PATIENTS PRÉSENTANT DES PROBLÈMES SOMATIQUES, AU MOMENT DE L'ITT ET APRÈS. (N=214)

	Au moment de l'ITT				L'année qui suit la fin de l'ITT	
	Selon les répondants		Selon le dossier médical psychiatrique		Selon les répondants	
	N=214	%	N=214	%	N = 214	%
Douleurs chroniques	128	60%	133	62%	30	14 %
Problèmes cardiovasculaires	19	9%	58	27%	41	19%
Problèmes digestifs	92	43%	47	22%	69	32%
Problèmes de sommeil diagnostiqués par une polysomnographie	82	38%	30	14%	37	17%
Problèmes de thyroïde			29	14%	23	11%
Diabète			8	4%	6	3%

Pendant l'ITT, le trouble somatique le plus fréquemment cité est celui des douleurs chroniques (troubles musculosquelettiques (TMS), migraines, lombalgies...) ressenties par plus de 60% des patients.

Le niveau de douleurs chroniques ressenti par le patient au moment du diagnostic est lié statistiquement significativement ( $p < 0,05$ ) aux troubles de la mémoire, de la concentration, du sommeil, à la fatigue et à l'hypersensibilité émotionnelle.

En dehors des douleurs chroniques, le diagnostic secondaire le plus fréquemment enregistré lors de l'anamnèse est celui des problèmes cardio-vasculaires présents chez 27% des patients. Il s'agit principalement de troubles du rythme, de palpitations, d'hyper ou d'hypotension, de « douleurs » cardiaques ou d'accidents vasculaires. Les problèmes digestifs sont également fréquemment enregistrés dans le dossier psychiatrique.

L'évolution des plaintes - sur base des réponses des patients aux questionnaires indique que (Tableau 9) :

- Le taux de problèmes cardiovasculaires augmente pendant l'ITT, passant de 9% avant ou pendant l'ITT à 19% après la période d'arrêt de travail.
- Les troubles digestifs et du sommeil tendent à se réduire après l'ITT, même si le pourcentage de personnes qui ont des problèmes digestifs reste élevé (32%).
- La prévalence des douleurs chroniques se réduit fortement après la reprise : elle passe de 60% pendant l'ITT à 14% après celle-ci.

#### 4.2.2. DIAGNOSTICS PSYCHIATRIQUES

Le diagnostic de burnout a été posé selon les critères de Maslach et de l'« International Classification of Diseases (ICD 10) », code « Z 73.0 ». Les autres pathologies psychiatriques sont diagnostiquées suivant les critères du « Diagnostic Manual Diseases (DSM IV R) et de l'ICD 10<sup>11</sup>.

TABLEAU 10 : DIAGNOSTICS SECONDAIRES PSYCHIATRIQUES ENREGISTRÉS DANS LE DOSSIER MÉDICAL PSYCHIATRIQUE AU MOMENT DU DIAGNOSTIC (N=343)

Diagnostic secondaire	N	Fréquence (N tot=343)
Stress post-traumatique	72	21%
Dépression	66	19%
Idées suicidaires	34	10%
Attaques de panique	18	5%
Anxiété généralisée	8	2%
Phobies	4	1%

66% des patients (N=232) ne présentent aucun des diagnostics psychiatriques c'est-à-dire ni dépression, ni stress post-traumatique, ni attaques de panique, ni phobies, ni anxiété généralisée.

**Plusieurs échelles médicales remplies par le patient ont permis d'évaluer le niveau d'intensité des plaintes le jour de la première consultation chez le psychiatre ou dans les quelques jours qui ont suivi.**

<sup>11</sup> Pour plus de détails sur les critères diagnostiques, voir l'annexe 1.

#### 4.2.2.1. Echelles d'évaluation de la dépression

*Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) (Zigmond, Snaith. 1983)*

L'échelle évalue le niveau d'anxiété et de dépression vécue par le patient. Celui-ci est invité à répondre à une série de questions qui permettent de détecter la présence d'un problème dépressif ou anxieux. Le patient répond à chaque question en déterminant le degré de gravité qui correspond à ce qu'il ressent. (Normal /modéré / moyen / sévère).

Un score total > à 11 pour la dépression ou l'anxiété est une indication de consulter un médecin.

*Beck 21 (Beck Depression Inventory, version IDB II, 1996) (Beck & al. 1961)*

Le questionnaire permet une estimation quantitative de l'intensité des sentiments dépressifs. Différents niveaux sont définis : pas de dépression / dépression légère à modérée / dépression modérée à importante / dépression sévère à très sévère.

#### 4.2.2.2. Echelles d'évaluation du stress post-traumatique

*Questionnaire sur le Stress Post-Traumatique (QSPT) = échelle de Watson (Watson et al. 1991)*

Le QSPT investigate 3 manifestations présentes durant le mois précédant le test :

- L'intrusion du souvenir du trauma dans le champ de la conscience et durant le sommeil : le patient a l'impression de revivre constamment les situations traumatiques.
- La mise en place de stratégies d'évitement qui permettent d'éviter la confrontation avec des éléments (rencontres, lieux, indices) qui rappellent les circonstances du trauma.
- L'activation neuro-végétative, l'état d'hypervigilance, de méfiance, d'hyperexcitabilité de l'organisme sur la défensive (trouble du sommeil, de l'humeur et de la vigilance, etc).

Le score global est pathologique au-delà d'un certain seuil.

*Echelle révisée d'impact de l'événement de Weiss et Marmar (Weiss & Marmar, 1997)*

L'échelle évalue les difficultés occasionnées par le trauma. Elle investigate les mêmes symptômes que ceux mentionnés dans le QSPT et qui ont été vécus dans les 7 jours qui précèdent la passation. Différents niveaux d'impact sont définis : léger / modéré / sévère.

#### 4.2.2.3. Résultats enregistrés sur les différentes échelles médicales

TABLEAU 11 : RÉSULTATS ENREGISTRÉS LORS DE LA CONSULTATION SUR LES ÉCHELLES MÉDICALES REFLÉTANT L'ANXIÉTÉ, LA DÉPRESSION ET LE STRESS POST-TRAUMATIQUE

Échelle et score	% de patients ayant atteint le seuil critique	Nombre total de patients ayant répondu
HADS : anxiété moyenne ou sévère	74%	197
HADS : dépression moyenne ou sévère	58%	197
Beck 21 : dépression modérée à importante	51%	192
Beck 21 : dépression sévère à très sévère	16%	192
Echelle de Watson (QSPT) : au-delà du seuil d'alerte en ce qui concerne les stress post-traumatique	20%	46
Echelle de Weiss et Marmar : niveau d'impact de l'évènement modéré ou sévère.	29%	66

Les deux troubles psychiatriques concomitants au burnout les plus fréquemment diagnostiqués par le psychiatre sont le stress post-traumatique dans 21% des cas et la dépression dans 19% des cas (Tableau 10).

Les échelles HADS et Beck 21 enregistrées lors de la consultation font apparaître une proportion importante de patients (près de  $\frac{3}{4}$ ) ayant atteint ou dépassé le seuil critique d'anxiété et de dépression (Tableau 11).

Pendant l'année qui suit la reprise du travail, 43% des répondants (N=214) se plaignent encore de problèmes psychologiques ou psychiatriques tels que la dépression, le stress post-traumatique, des troubles anxieux importants, un abus d'alcool/ de médicaments/ de drogues. A côté de la persistance des symptômes physiques ou psychiques comme la fatigue ou les troubles cognitifs, il semble donc que le malaise psychologique soit également durable chez une proportion importante de patients après la reprise du travail.

Il est également intéressant d'explorer le lien entre la durée des symptômes avant le diagnostic et le développement de diagnostics secondaires. Une exposition au stress chronique plus prolongée pourrait induire davantage de problèmes de santé somatiques ou psychiques. Ce lien n'est pas observé dans l'échantillon pour ce qui concerne les problèmes cardiovasculaires ou le stress post-traumatique. En revanche, le diagnostic de dépression est plus souvent associé à une durée longue des symptômes avant diagnostic ( $p < 0,05$ ) : près d'un quart des patients ayant eu des symptômes pendant plus d'un an ont un diagnostic de dépression, contre moins de 10 % des patients ayant eu des symptômes pendant moins d'un an.

### 4.3. RECOURS AUX SOINS

#### 4.3.1. ACCOMPAGNEMENT MÉDICAL, PSYCHOTHÉRAPEUTIQUE ET AUTRE

##### 4.3.1.1. Pendant l'ITT, selon les répondants (N=352)

Selon le dossier médical (N=343) :

- 42% des patients ont vu le psychiatre pendant plus de 6 mois.
- Le nombre de rendez-vous médian est de 4 ; et 90% des patients ont eu moins de 10 rendez-vous.

Selon les patients (N=352) :

- 72% des répondants ont été accompagnés par leur médecin généraliste.
- 89% des répondants ont été accompagnés par un psychologue en plus du psychiatre. 73% des répondants l'ont consulté pendant plus de 6 mois et 76% ont eu plus de 10 rendez-vous.
- 44% des répondants ont été accompagnés par un coach.
- 41% des répondants ont été accompagnés par un sophrologue.
- 16% des répondants ont consulté un juriste « médiateur » spécialisé dans le droit social et du travail.

Le suivi par le psychiatre peut donc s'étaler dans le temps pendant une assez longue période, sans pour autant que le nombre de rendez-vous soit élevé. L'accompagnement par le psychologue est généralement plus long et plus intense que l'accompagnement par le psychiatre.

Plus de la moitié des patients (52%) ont bénéficié d'un accompagnement par 3 professionnels ou plus de disciplines différentes. Cet accompagnement n'a pas été forcément simultané et a varié en intensité au cours de la récupération, en fonction des besoins du patient.

#### 4.3.1.2. Après l'ITT, selon les répondants

TABLEAU 12: VISITES CHEZ LE PSYCHIATRE, LE GÉNÉRALISTE OU UN AUTRE SPÉCIALISTE, APRÈS L'ITT, POUR DES SOINS LIÉS AU BURNOUT (N =214)

Fréquence	Endéans l'année après la fin de l'ITT	Entre 1 an et deux ans après la fin de l'ITT	Aujourd'hui
Aucune	21%	32%	44%
Max 4X/an	25%	28%	28%
5 à 10X/an	27%	24%	18%
> 10X/an	27%	16%	10%

TABLEAU 13: VISITES CHEZ LE PSYCHOTHÉRAPEUTE APRÈS L'ITT, POUR DES SOINS LIÉS AU BURNOUT (N=214)

Fréquence	Endéans l'année après la fin de l'ITT	Entre 1 an et deux ans après la fin de l'ITT	Aujourd'hui
Aucune	31%	46%	67%
Max 4X/an	14%	13%	10%
5 à 10X/an	19%	19%	13%
> 10X/an	36%	21%	10%

Près de 80% des patients ont encore consulté un médecin (généraliste ou spécialiste) pour des soins liés au burnout durant l'année qui a suivi leur reprise. Plus de 2 ans après la reprise, plus de 56% des patients nécessitent encore des soins liés à cette pathologie (Tableau 12).

Si 89% des patients voient un psychothérapeute pendant leur ITT, 69% prolongent cet accompagnement au-delà de la reprise pendant 1 an au moins. La fréquence de cet accompagnement est variable : 30% d'entre eux consultent leur psychologue moins de 4x par an, 40% d'entre eux le voient entre 5 et 10x par an et 30% le rencontrent plus de 10x par an (Tableau 13).

#### **Lien entre le recours aux soins et d'autres variables :**

- Ni la durée, ni la fréquence de l'accompagnement après la reprise, qu'il soit psychologique ou médical ne sont liés statistiquement avec la durée moyenne de l'ITT.
- Les patients qui présentent encore tous les symptômes (fatigue, sommeil, mémoire, concentration et hypersensibilité émotionnelle, avec un score  $\geq 3$  pour chacun d'eux) au moment de la reprise ont davantage recours au médecin (généraliste ou spécialiste) durant les deux années qui suivent cette reprise ( $p < 0,05$ ). Cet effet se prolonge dans le temps, jusqu'au-delà de deux ans après la reprise. Un lien significatif existe donc entre l'intensité du suivi médical après la reprise et la rémanence des symptômes au cours du temps. Plus le temps nécessaire pour retrouver la forme sera long, plus le patient consultera fréquemment son médecin généraliste et/ou spécialiste après la fin de son ITT ( $p < 0,05$ ).
- En revanche, le recours au psychothérapeute durant les années qui suivent la reprise ne dépendrait pas de la persistance des symptômes liés au burnout.

- L'existence de problèmes digestifs au-delà de la reprise est liée au recours à la fois aux médecins (spécialistes ou généralistes) et au psychothérapeute ( $p < 0,05$ ).
- Il en est de même en cas de problèmes de sommeil diagnostiqués par un examen médical (PSG) et en cas de persistance de problèmes psychologiques qui tous deux augmentent le recours aux médecins et au psychothérapeute pendant les années suivant la reprise ( $p < 0,05$ ).

#### 4.3.2. TRAITEMENTS MÉDICAMENTEUX

##### 4.3.2.1. Pendant l'ITT, selon le dossier psychiatrique

TABLEAU 14: TRAITEMENT MÉDICAMENTEUX PENDANT L'ARRÊT MALADIE SELON LE DOSSIER MÉDICAL (N=343)

Traitement médicamenteux	N	Fréquence
Antidépresseurs (inhibiteurs sélectifs du recaptage des neurotransmetteurs : Sérotonine, Noradrénaline, Dopamine, etc.)	203	59%
Somnifères (benzodiazépines, Trazodone, mirtazapine, imidazopyridines, etc.)	104	30%
Anxiolytiques	83	24%
Médicaments pour troubles cardiaques	29	8%
Médicament pour troubles de la thyroïde	24	7%
Anti-douleurs	19	6%
Médicaments pour troubles digestifs	15	4%
Phytothérapie	23	7%

##### 4.3.2.2. Après l'ITT, selon les répondants

###### Antidépresseurs (N=214)

La question suivante a été posée : « Si vous avez pris des antidépresseurs, pendant combien de temps les avez-vous pris au-delà de votre retour au travail ? »

44% des répondants (N =102) déclarent avoir pris des antidépresseurs au-delà de leur retour au travail. A noter que 22% d'entre eux n'apparaissent pas comme ayant pris des antidépresseurs dans le dossier psychiatrique (il est possible que certains traitements soient initiés plus tard par le médecin généraliste traitant).

TABLEAU 15: DURÉE DE LA PRISE D'ANTIDÉPRESSEURS (N= 231)

Prise d'antidépresseurs	N	Fréquence
Jamais pris	129	56%
Pris pendant moins d'un an après le retour	39	17%
Pris pendant 1 à 3 ans après le retour	19	8%
Pris pendant 3 à 5 ans après le retour	5	2%
Pris pendant plus de 5 ans après le retour	4	2%
Jamais arrêté	35	15%

TABLEAU 16: RECOURS À D'AUTRES MÉDICAMENTS CONTRE L'ANXIÉTÉ (PAR EXEMPLE DES SOMNIFÈRES OU DES CALMANTS), SELON LES RÉPONDANTS (N=214)

Fréquence	Endéans l'année après la fin de l'ITT	Entre 1 an et deux ans après la fin de l'ITT	Aujourd'hui
Jamais	50%	60%	64%
Une à plusieurs X/an	17%	16%	17%
Une à plusieurs X/mois	21%	19%	12%
Une à plusieurs X/semaine	12%	6%	7%

Les médicaments du type somnifères ou calmants sont souvent consommés : 50% des répondants disent en avoir pris pendant l'année qui a suivi leur ITT.

A la question : « *Aujourd'hui combien en prenez-vous ?* », il apparaît que 19% des répondants en consomment encore de manière assez régulière (Tableau 16).

Si après la reprise, nous constatons une diminution de la prise d'antidépresseurs ou de somnifères ou anxiolytiques, le nombre de patients qui continuent d'en consommer au-delà de 2 ans après la reprise du travail reste assez élevé (Tableau 15, Tableau 16).

A peine 17 personnes, soit 8% des répondants, n'ont pas eu recours à des soins médicaux, psychologiques ou médicamenteux liés à leur burnout, après leur ITT. 92% des patients ayant souffert de burnout ont donc encore eu besoin de soins, au minimum au cours de l'année qui a suivi leur reprise.

#### 4.4. RECHUTES ET ABSENTÉISME ULTÉRIEUR

Nous avons interrogé les patients sur les éventuelles ITT (longues ou courtes) qu'ils ont connues avant et après celle qui les a amenés à consulter le psychiatre.

##### 4.4.1. *ITT POUR BURNOUT, AVANT L'ITT AYANT DONNÉ LIEU À LA CONSULTATION CHEZ LE PSYCHIATRE (N=324)*

73% (N=237) des répondants n'avaient jamais été arrêtés pour fatigue ou souffrance professionnelle avant l'ITT durant laquelle ils ont consulté le psychiatre. 27% avaient déjà connu une ITT précédemment pour ce motif, à une (17%, N=54) ou à plusieurs reprises (10%, N=33). Cette donnée provient du questionnaire administré au patient, les critères diagnostiques de cette ITT ne sont donc ni connus, ni standardisés.

##### 4.4.2. *RECHUTES POUR BURNOUT APRÈS L'ITT AYANT DONNÉ LIEU À LA CONSULTATION CHEZ LE PSYCHIATRE*

Le terme « rechute » renvoie, dans cette étude, au fait de connaître une ou plusieurs ITT pour burnout, après l'ITT qui a entraîné la consultation chez le psychiatre. A nouveau, cette donnée provient des réponses du patient sans contrôle des critères diagnostiques. Il s'agit de la perception que le patient a eu que son nouvel arrêt maladie était provoqué par la réapparition de l'épuisement.

Les rechutes sont distinguées selon leur durée : plus ou moins d'un mois d'ITT.

TABLEAU 17 : RECHUTES DE MOINS D'UN MOIS APRÈS LA REPRISE (N=195)

	1ère année après ITT		2ème année après ITT		Plus de 2 ans après ITT	
	N	%	N	%	N	%
Non	165	84,6%	161	82,6%	160	82,1%
1 fois	15	7,7%	21	10,8%	18	9,2%
Plus d'une fois	15	7,7%	13	6,7%	17	8,7%

Le taux de patients ayant une ou plusieurs nouvelle(s) ITT courte(s) (de moins d'un mois) pour épuisement dans les années qui suivent la reprise est d'un peu plus de 15% chaque année. Ce taux semble assez stable dans le temps.

TABLEAU 18 : RECHUTES D'UN MOIS OU PLUS APRÈS LA REPRISE (N=195)

	Nombre	%
Pas de rechute	145	74%
Rechute endéans l'année suivant l'ITT	10	5%
Rechute au-delà de 2 ans après ITT	23	12%
Rechutes multiples, endéans la 1ère année après ITT, durant la 2ème année après ITT et au-delà	11	6%
Autre timing de rechutes	6	3%
<b>Total répondants</b>	<b>195</b>	<b>100%</b>

### **3 profils principaux de rechutes de longue durée apparaissent :**

- Ceux qui n'en ont aucune (74%),
- Ceux qui ne rechuteront qu'au-delà de 2 ans (12%) après l'ITT
- Ceux qui rechutent endéans l'année suivant l'ITT (11%). Parmi ces derniers, certains ne connaissent plus d'ITT pour burnout après 1 an, alors que d'autres accumuleront les ITT par la suite (soit sous forme d'une succession d'ITT de plus d'un mois, soit sous la forme d'une nouvelle ITT de longue durée) (Tableau 18).

Parmi l'ensemble des patients qui ont repris une activité professionnelle après leur burnout, 60% (N=116) ne présentent aucune nouvelle ITT de courte ou longue durée pour fatigue professionnelle dans les années qui suivent l'épisode de burnout pour lequel ils ont consulté.

9 % des patients (N=18) connaissent seulement des absences de courte durée pour fatigue professionnelle. Pour une majorité d'entre eux (61%, N=11), ces absences interviennent endéans la première année après la reprise du travail.

#### **4.4.3. FACTEURS LIÉS AU RISQUE DE RECHUTE**

Nous avons tenté de mettre en évidence les variables liées au risque de rechute.

Les résultats ne montrent pas de lien statistiquement significatif entre le risque de rechutes de plus d'un mois et :

- Le genre, l'âge, le secteur d'activité, le type de fonction, la taille de l'entreprise, la violence psychologique
- La durée de l'ITT
- La sévérité selon les critères de Maslach
- La préparation du retour au travail avec l'employeur et le retour à mi-temps médical

- La dépression et le stress post-traumatique

***En revanche, nous observons un lien significatif entre le risque de rechutes et d'autres variables ( $p < 0,05$ ) :***

**La symptomatologie au diagnostic :**

- 80% des patients avec une symptomatologie légère ne rechutent pas
- 73% des patients avec une symptomatologie modérée ne rechutent pas
- 69% des patients avec une symptomatologie sévère ne rechutent pas
- 18% des patients qui présentent une symptomatologie sévère connaîtront des rechutes multiples pendant les années qui suivent la reprise. La fréquence des rechutes multiples est de 3% chez les patients présentant une symptomatologie modérée ou légère.

**Les modalités de retour au travail**

- Le type de reprise après l'ITT : Le risque de rechute est de 32% chez les patients qui reprennent chez l'employeur d'avant le burnout, contre 18% chez ceux qui quittent leur employeur. La même tendance (quoique statistiquement non significative), est observée en ce qui concerne le changement de fonction, qui est également associé à une diminution du risque de rechute.
- Le mauvais accueil des collègues : le taux de rechutes est de 55% dans le cas d'un mauvais accueil des collègues, alors qu'il n'est que de 19% parmi les patients ayant été bien accueillis.
- Le mauvais accueil de la hiérarchie : le taux de rechutes est de 42% dans le cas d'un mauvais accueil par la hiérarchie, alors qu'il n'est que de 17% parmi les patients ayant été bien accueillis.
- L'aide des RH semble également associée à un risque moindre ; ce résultat n'est cependant pas statistiquement significatif ( $p > 0,05$ ).

**La persistance de troubles psychologiques dans l'année qui suit le retour :**

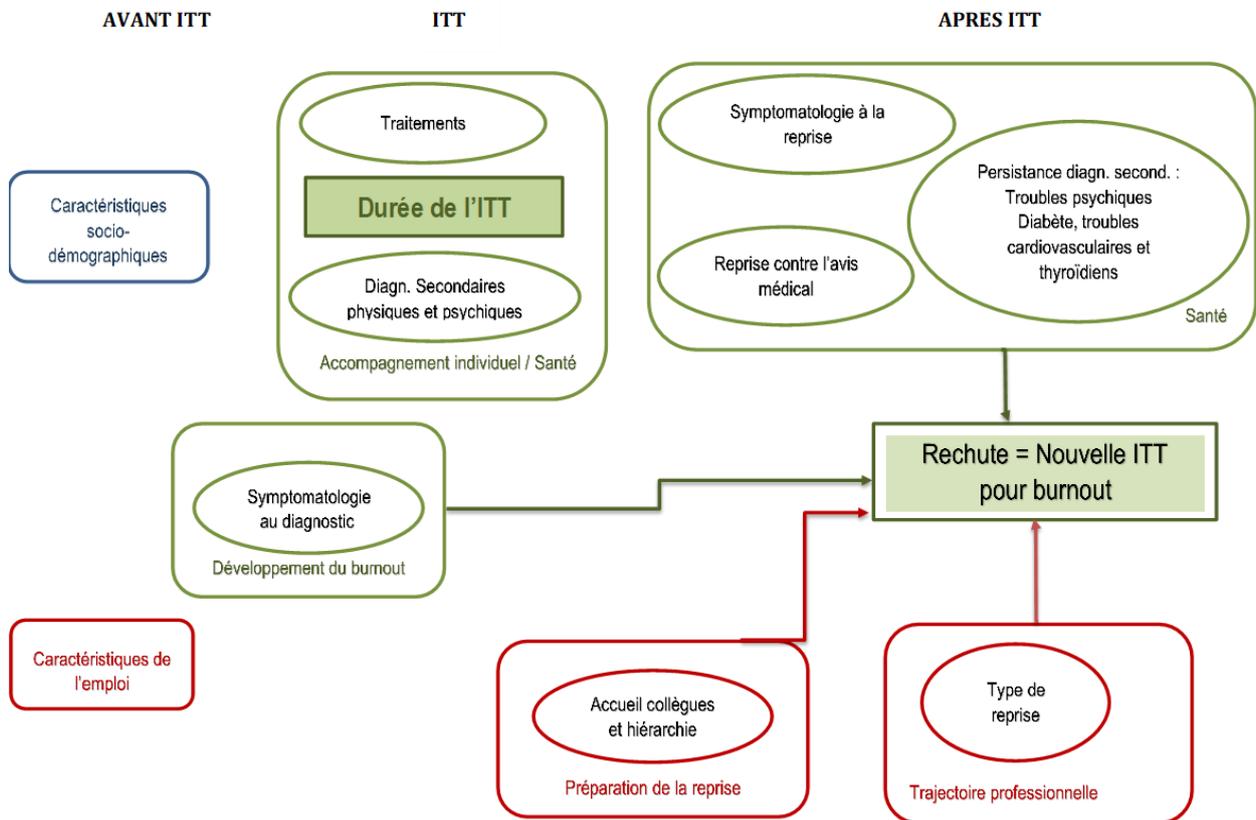
- 84% des patients ne présentant plus de troubles psychologiques dans l'année qui suit la reprise ne connaîtront aucune rechute ultérieure pour burnout. Ce taux diminue à 60% pour ceux qui continuent à ressentir des troubles psychologiques dans l'année qui suit la reprise.
- La persistance d'un diagnostic secondaire de diabète, de troubles cardiovasculaires ou de la thyroïde au-delà de la reprise augmente le risque de rechutes de plus d'un mois dans les années qui suivent la reprise du travail.

**L'intensité des symptômes résiduels au moment de la reprise.** Ce constat est vrai tant pour les rechutes longues ( $\geq 1$  mois) que pour les rechutes de courte durée ( $< 1$  mois) :

- Plus l'intensité des symptômes résiduels est forte au moment de la reprise, plus élevé est le risque de rechute de moins d'un mois endéans les 2 années qui suivent ( $p > 0,05$ ). Ce constat est valable quel que soit le symptôme considéré.
- Parallèlement, plus la rémission des symptômes est complète lors de la reprise, moindre est le risque de rechute de courte durée endéans les deux années qui suivent.
- Un effet identique est observable quant au risque de rechutes de plus d'un mois. Plus l'intensité des symptômes résiduels est forte au moment de la reprise, plus important est le risque de connaître une nouvelle ITT de longue durée ( $\geq 1$  mois) endéans la première année qui suit le retour au travail ( $p < 0,05$ ).
- Au-delà d'un an après la reprise, le risque de rechute de plus d'un mois n'est plus fonction de l'intensité des symptômes résiduels présents lors de la reprise.

Il apparait également que ceux qui, pour des **raisons financières**, ont repris le travail plus tôt que ne le recommandait le médecin (N=20) présentent un risque de rechute de longue durée pour burnout nettement plus élevé que les autres : 61% d'entre eux connaîtront une rechute endéans les deux ans.

FIGURE 2 : FACTEURS IMPACTANT LE RISQUE DE RECHUTES DE PLUS D'UN MOIS POUR BURNOUT



Les caractéristiques socio-démographiques et de l'emploi ainsi que la plupart des variables liées à l'ITT (durée, accompagnement, diagnostics secondaires présents pendant l'ITT) n'influencent pas significativement le risque de rechutes.

Les éléments qui augmentent ce risque sont la sévérité de la symptomatologie au diagnostic, l'état de santé à la reprise (symptômes résiduels, persistance de diagnostics secondaires et reprise contre l'avis de son médecin) et les modalités de réintégration dans le travail (accueil par les collègues et la hiérarchie et type de reprise du travail).

Pour chacune des variables impactant le risque de rechute, (lorsque c'est possible du point de vue statistique), un rapport de cote a été calculé (Tableau 19). Le rapport de cote quantifie le risque de rechute de plus d'un mois occasionné par la présence de la variable concernée.

TABLEAU 19 : ANALYSE DU RISQUE DE RECHUTE D'UN MOIS OU PLUS, RAPPORT DE COTE (N=195)

	Rapport de cote	p valeur	Intervalle de confiance à 95%
Reprise du travail chez le même employeur	2,5	0,0090*	[1,26 ; 4,99]
Mauvais accueil des collègues	5,3	0,0003*	[2,16 ; 12,91]
Mauvais accueil hiérarchie	3,6	0,0118*	[1,33 ; 9,99]
Persistance troubles psychologiques au-delà de la reprise	3,5	0,0003*	[1,78-6,82]

Le Tableau 19 montre que le mauvais accueil de la part des collègues est le facteur ayant le plus d'impact sur le risque de rechutes puisqu'il le multiplie par 5,3. Un mauvais accueil de la part de la hiérarchie multiplie ce risque par 3,6. Un retour chez l'employeur correspond à un risque de rechutes 2,5 fois supérieur à celui observé en cas de changement d'employeur. La persistance de troubles psychologiques multiplie le risque de rechutes par 3,5.

### Nouvelles ITT pour d'autres problèmes de santé que le burnout

TABLEAU 20: NOUVEL ARRÊT DE TRAVAIL DE MOINS D'UN MOIS, POUR AUTRE PROBLÈMES DE SANTÉ (N=195)

Fréquence	Endéans l'année après ITT	1 à 2 ans après	Aujourd'hui
Jamais	86%	83%	81%
Une fois	9%	11%	14%
Plus d'une fois	5%	6%	5%

TABLEAU 21: NOUVEL ARRÊT DE TRAVAIL D'UN MOIS OU PLUS, POUR AUTRE PROBLÈMES DE SANTÉ (N=195)

Fréquence	Endéans l'année après ITT	1 à 2 ans après	Aujourd'hui
Jamais	94%	91%	85%
Une fois	3%	5%	10%
Plus d'une fois	3%	4%	5%

Tant le nombre de nouvelles ITT de moins d'un mois que celles de plus d'un mois ont tendance à augmenter au fur et à mesure de la reprise ( $p < 0,05$ ).

82% des répondants (N=160) ne connaîtront aucune nouvelle ITT de plus d'un mois pour d'autres problèmes de santé que le burnout endéans les deux ans qui suivent leur reprise.

Parmi les troubles physiques ressentis par le patient endéans l'année qui suit la reprise (troubles cardiovasculaires, problèmes digestifs, diabète, troubles de la thyroïde ou douleurs chroniques), seuls les troubles cardio-vasculaires et les douleurs chroniques augmentent significativement le risque d'absentéisme de plus d'un mois dans les deux ans après la reprise du travail. Les plaintes pour troubles digestifs, diabète ou troubles de la thyroïde ne conduisent pas à un accroissement significatif du risque de nouvelles ITT de plus d'un mois après la reprise.

Enfin, le risque de nouvelles ITT (pour d'autres causes que le burnout) n'est pas lié statistiquement à l'intensité de la symptomatologie du burnout au moment du diagnostic.

#### 4.5. IMPACT FINANCIER DU BURNOUT

Les données montrant que le recours aux soins est important pendant et après l'ITT invitent à investiguer la manière avec laquelle les patients ont fait face financièrement à leur burnout.

23% des répondants signalent que leur burnout leur a occasionné des problèmes financiers importants.

TABLEAU 22 : LE COUT DE VOTRE BURNOUT VOUS A FORCÉ À... ? POURCENTAGE DE PATIENTS AYANT RÉPONDU 8 OU PLUS SUR UNE ÉCHELLE DE 1 À 10 (N=233)

	%
Réduire le train de vie	40%
Renoncer à certains soins	15%
Faire appel à des proches	15%
Reprendre le travail plus tôt que le médecin ne le recommandait	11%
Dépendre financièrement d'un conjoint	10%
Demander un étalement de paiement	8%
Revendre des biens	6%
Faire appel au CPAS	3%

La plainte la plus fréquente porte sur la réduction du train de vie due à l'ITT (Tableau 22). A noter que si cette plainte est fréquente, elle n'entraîne pas nécessairement que le patient se plaigne de problèmes financiers importants.

Lorsqu'ils sont invités à décrire leurs difficultés financières, les participants mentionnent que :

- La prolongation du statut d'invalidé finit, à la longue, par poser problème sur le plan financier.
- Un changement d'employeur pour une moindre rémunération, une période de chômage, le développement d'une activité en tant qu'indépendant, sont autant d'évènements provoqués par le burnout et qui fragilisent la situation financière de l'individu.
- Les frais médicaux et ceux relatifs aux autres formes d'accompagnement pèsent lourd dans un budget réduit par l'ITT.
- Pour certains, un divorce ou une séparation a compliqué une situation financière déjà difficile.
- Le passage à la pension qui, pour certains, a succédé au burnout a également provoqué une baisse de revenu et un réajustement du train de vie.

Notons que connaître une ou plusieurs rechutes d'un mois ou plus multiplie par 2,9 la probabilité d'avoir des problèmes financiers importants pour le patient ( $p < 0,05$ ).

## 4.6. DISCUSSION

Certaines données sont basées sur les questionnaires adressés au patient parfois plusieurs années après leur burnout, leur mémoire peut donc être imprécise. Notons que des patients ont pris contact avec les chercheurs pour expliquer à quel point il était difficile pour eux de répondre, tant la plaie était encore vive, parfois même plusieurs années après. Les souvenirs semblent donc pour beaucoup douloureux et tenaces.

### 4.6.1. SYMPTÔMES

Ces résultats sont basés sur les données collectées à partir de plusieurs sources de renseignements cliniques qui ont permis d'évaluer la sévérité des symptômes éprouvés par les patients. Ces sources sont le dossier médical psychiatrique, les échelles d'évaluation clinique complétées par les patients et les deux questionnaires auxquels ils ont répondu.

Il est utile de rappeler qu'une échelle ne confirme pas un diagnostic. Le diagnostic reste le résultat de l'anamnèse clinique. Ces scores peuvent servir d'indicateurs et témoigner de la sévérité du problème rencontré. Néanmoins un score faible sur une échelle médicale n'exclut pas un impact majeur (de l'anxiété, de la fatigue...) sur le fonctionnement au quotidien de l'individu ; impact pouvant remettre en cause sa capacité à retourner au travail. Ces questionnaires/échelles sont auto-administrés. Ils reflètent la manière avec laquelle le patient perçoit sa situation et ses ressentis au moment de la passation.

Ces données donnent des résultats convergents concernant **les symptômes présents avant et pendant l'ITT** :

- Près de 80% des répondants ont enduré des symptômes pendant plus de 6 mois avant d'être arrêtés pour burnout. Pour la moitié d'entre eux ce ressenti a duré plus d'un an (Tableau 3).
- L'échelle de Maslach (enregistrée au début de l'ITT) fait apparaître que la quasi-totalité (94% des répondants) enregistre un score élevé sur la dimension d'épuisement physique et émotionnel. La dépersonnalisation et la perte de satisfaction professionnelle sont moins fréquemment ressenties : des taux élevés sont signalés dans respectivement 59% et 63% des cas (Tableau 4).
- Les troubles de la concentration, troubles de la mémoire, fatigue, troubles du sommeil<sup>12</sup> et hypersensibilité (ou réactivité émotionnelle excessive) sont très fortement ressentis par les patients au moment du diagnostic ; fatigue et hypersensibilité étant des marqueurs du burnout pris en considération dans l'échelle de Maslach (Tableau 4, Tableau 5).

L'intensité importante des **symptômes au moment du diagnostic** est mise en évidence dans une étude belge (Corten & al) qui analyse les plaintes somatiques et cognitives mentionnées par les patients qui présentent un niveau de stress élevé. Les résultats montrent que 70,8% des patients en burnout sévère signalent des troubles de la concentration, 41,5% se plaignent de troubles de la mémoire immédiate et 63,6% se disent irritables. Parmi les plaintes, la fatigue est la plus répandue (86,4%). Les réveils matinaux précoces (71,2%) et les difficultés à l'endormissement (54,5%) sont fréquents et significativement supérieurs chez les personnes souffrant d'un burnout sévère par rapport à celles vivant du stress mais sans symptôme d'épuisement.

---

<sup>12</sup> Les troubles du sommeil peuvent faire partie d'un tableau dépressif / anxieux ou être causés par des pathologies spécifiques (ronflement, micro-réveils, secousses musculaires nocturnes, douleurs, apnées, jambes sans repos, etc.).

Au sein de la population de notre étude, les symptômes sont à leur niveau maximal de gravité au moment du diagnostic. Une amélioration sensible s'amorce pendant l'ITT mais reste très partielle. Le processus d'amélioration continue plus lentement, après la reprise du travail. Au moment de l'enquête, une grande partie des patients considèrent qu'ils continuent à présenter certains symptômes parmi les 5 répertoriés comme symptômes d'épuisement (fatigue, sommeil, hypersensibilité émotionnelle, troubles de la mémoire et de la concentration) (Tableau 5).

Cette **persistance des symptômes au cours du temps** se traduit également par le fait que 73% des répondants disent ne pas avoir, au moment de l'enquête, retrouvé la forme d'avant leur burnout ; et ceci même s'ils ne sont plus considérés comme malades puisqu'ils ne sont plus en ITT. La récupération semble donc rarement complète (Tableau 7).

Pour les patients « guéris », retrouver un niveau de santé comparable à celui connu avant l'épuisement, a nécessité en moyenne plus de 2 ans au-delà de la reprise ; ce processus présente des durées extrêmement variables allant de 3 mois à 8 ans (Tableau 6).

Ce résultat est confirmé par la littérature. Kärkkäinen, *et al* (2017) citent plusieurs auteurs qui se sont intéressés à la persistance des symptômes, jusqu'à deux ans après l'ITT. Van Dam *et al.* (2012) constatent que, malgré une amélioration significative de leur état de santé après burnout, les patients continuent à ressentir des symptômes 2 ans après la reprise du travail. L'évaluation des fonctions cognitives révèle des déficits d'attention mineurs, 2 ans après le rétablissement général (Osterberg *et al* (2014). La qualité du sommeil joue également un rôle déterminant dans le processus de guérison selon Ekstedt *et al.* (2009). Sonnenschein *et al.* (2008) ont montré que les indicateurs mesurant d'une part la récupération par le sommeil, d'autre part les troubles du sommeil et l'humeur dépressive reviennent à des niveaux non pathologiques, 6 mois après la reprise à temps plein du travail.

Les recherches en Neurosciences confirment la nature biologique et neuronale des perturbations cognitives persistantes. Elles pourraient être le résultat de l'installation d'un processus sub-inflammatoire généralisé sous-jacent qui impacte l'intégrité des processus psycho-neuro-immunitaires au niveau du cerveau (Dantzer 2009 ; Miller *et al* 2002 ; Rohan Walkera, 2013). La coexistence avec une pathologie autre que l'épuisement, comme le stress post-traumatique pourrait également expliquer la lenteur de la rémission.

La persistance des symptômes pose la question du délai nécessaire avant d'atteindre un niveau d'amélioration qui correspond à une disparition totale des symptômes après burnout, c'est-à-dire à une guérison. La littérature scientifique est rare sur ce thème. Notons toutefois l'étude de Glise *et al* (2020) selon laquelle près de la moitié des patients traités pour un épuisement ressentent encore de la fatigue, 7 ans après leur première demande de soins. 73% signale également continuer à ressentir une moindre tolérance au stress. L'évaluation clinique indique qu'un tiers d'entre eux souffrent toujours d'épuisement lié au stress.

La définition de la guérison est subtile. Elle dépend d'une personne à l'autre et de la nature de l'activité professionnelle et de l'environnement dans laquelle elle s'inscrit.

Déclarer un patient guéri sur base de scores obtenus après passation d'échelles d'évaluation cliniques, et sur un interrogatoire superficiel peut conduire à des erreurs d'appréciation. Avant de déclarer un patient apte à reprendre le métier, il est indispensable que l'examen clinique soit complet. Il est important de détecter les symptômes qui maintiennent le travailleur dans une situation de fragilité. Tenir compte de l'environnement de travail, des conditions de reprise et de la nature du métier et des compétences qu'il exige, est indispensable au risque de mettre le patient et son entourage en difficulté voire en danger. En effet, l'impact d'une symptomatologie

particulière sur le fonctionnement et la qualité de la réintégration dépend de la spécificité du métier et de la réalité de l'environnement professionnel. Le patient peut avoir récupéré un niveau satisfaisant d'énergie mentale et physique, néanmoins la persistance de certains symptômes peut être incompatible avec la reprise de son métier (exemple un fiscaliste, un médecin ne peuvent souffrir de troubles de la mémoire, un enseignant ne peut être trop irascible...).

#### 4.6.2. **DIAGNOSTICS SECONDAIRES**

##### 4.6.2.1. **Au niveau somatique**

Il peut exister une divergence entre les diagnostics repris dans le dossier médical et ceux déclarés par le patient (dans les enquêtes par questionnaire) (Tableau 9). En effet, lorsqu'il signale un problème de santé, le patient interprète sa situation en fonction d'informations parfois incorrectes et de la perception subjective de son état. Néanmoins, sa plainte est une réalité dont le médecin doit tenir compte.

**Les douleurs chroniques, les troubles cardiovasculaires et digestifs** sont fréquemment identifiés à l'occasion de la consultation pour épuisement professionnel. Plusieurs diagnostics spécifiques comme les **troubles du sommeil** objectivés par une polysomnographie<sup>13</sup>, les **déséquilibres thyroïdiens ou les plaintes de la sphère ORL** (acouphènes, hyperacousie...) sont également observés.

Ces pathologies et les plaintes qui y sont associées persistent fréquemment après la reprise du travail. Les problèmes cardiovasculaires (hypertension, accident ischémique transitoire, précordialgies atypiques ou non, accidents vasculaires, infarctus, etc.) semblent ne pas se réduire voire augmenter durant l'ITT ; alors que les troubles digestifs (dyspepsie, gastralgie, ulcères, reflux hiatal et hyperacidité, côlon irritable et spastique, troubles du transit, allergies – intolérances digestives...) et les douleurs chroniques (migraines, troubles musculosquelettiques avec dorsalgies variées...) ont tendance à diminuer pendant l'ITT sans avoir nécessairement disparu lors de la reprise (Tableau 9).

Les répondants signalent également une amélioration des problèmes de sommeil (apnées, ronflements, micro-réveils, mouvements anormaux...) entre le diagnostic et l'année qui suit l'ITT. Elle est probablement le résultat de la mise au repos, de l'éloignement des causes de stress, de l'instauration de traitements pharmacologiques (antidépresseurs, hypnotiques...), ou d'autres traitements agissant sur les causes du dérèglement du sommeil (tels que le masque à pression positive, la chirurgie, la perte de poids, la gestion de la dépression...).

**La littérature confirme la relation de cause à effet entre stress chronique et perturbations somatiques** qui sont en partie déclenchées par un processus sub-inflammatoire généralisé sous-jacent qui mobilise les processus hormonaux et psycho-neuro-immunitaires (cytokines) notamment au niveau du système nerveux central (cerveau) et des organes périphériques (dont le système cardio vasculaire et endocrinien (thyroïde)) (Dantzer 2009 ; Miller *et al* 2002 ; Rui Tian *et al* 2014 ; Rohleder *et al*, 2004 ; Rohan Walkera, 2013).

---

<sup>13</sup> Les polysomnographies sont prescrites lorsqu'en présence de fatigue lors de la consultation pour burnout, l'anamnèse soupçonne la présence de troubles telles que ronflements, apnées, jambes sans repos, myoclonies nocturnes, etc. qui sont alors des possibles causes supplémentaires de fatigue. Traitées, ces pathologies améliorent le niveau de fatigue, de concentration, de mémoire, etc. faisant apparaître ce qui relève du burnout spécifiquement.

De multiples études et observations scientifiques mettent en évidence les effets négatifs du stress chronique sur la santé (Clumeck *et al*, 2017, p.251). Elles identifient un lien statistiquement significatif entre le burnout et certains troubles somatiques comme : l'asthénie, les troubles du sommeil, les troubles neuro-végétatifs et cardiaques (Kivimäki *et al* (2012), INSERM, 2011, p.32), le diabète de type II (Nyberg *et al* (2014)), les problèmes gastro-intestinaux, une variation de poids et les lombalgies (Melamed S *et al* 2006/1, Melamed S *et al* 2006/2).

Garg *et al* (2020) ; Lavigne-Robichaud, Trudel *et al*, (2019) confirment le risque encouru par le patient en burnout de développer une fibrillation cardiaque (Risque évalué à 20% supérieur par rapport à une population normale) et une hypertension artérielle non contrôlée. Le risque de « décès subit » est également majoré (Herbig PA, 1994).

Selon l'INSERM (2011, p. 30) « *Il existe de nombreuses études sur les conséquences morbides du burnout. La sphère mentale semble la plus concernée. Les liens avec les troubles dépressifs et anxieux sont évidemment les plus décrits dans le sens où certains scientifiques considèrent le burnout comme une forme de dépression. Les troubles du sommeil et les problèmes d'alcool font partie des conséquences morbides rattachées au burnout. Des conséquences cardiovasculaires, musculosquelettiques et immunes ont également été décrites* ». L'étude de l'INSERM produit une revue systématique des effets avérés du stress sur une série de troubles somatiques ; quoiqu'il semble y avoir un effet réel du stress chronique sur la dégradation de l'état de santé, il est parfois difficile d'isoler et de quantifier cet impact ; le type de travail ou d'activité pouvant également induire des risques plus élevés pour certaines affections.

Nous avons par ailleurs observé un lien statistiquement significatif entre le ressenti de douleurs chroniques et les différents symptômes enregistrés au moment du diagnostic. Ce résultat est confirmé par une étude réalisée sur une population de 256 travailleurs lombalgiques chroniques. (Le Borgne, Boudoukha *et al*, 2019). Elle met en évidence les liens existants entre burnout, douleur et incapacité au sein d'une population : les différentes dimensions du burnout sont liées aux variables relatives à la douleur et à l'incapacité, l'épuisement émotionnel permet d'expliquer 3 à 16 % de la variance de l'intensité douloureuse et des répercussions fonctionnelles ( $p < 0.01$ ).

La **fibromyalgie** est un diagnostic qui peut accompagner le burnout car il peut être, tout comme lui, déclenché par l'exposition au stress. L'anxiété, les troubles du sommeil, un traumatisme (choc émotionnel ou traumatisme physique) constituent également des événements déclencheurs. Les mécanismes biologiques impliqués partagent des points communs avec ceux du burnout comme la mobilisation du système hormonal et neuro-immunitaire avec production de Cytokines. Cependant d'autres mécanismes pathogènes potentiels (prédisposition génétique, amplification centrale de la douleur, défaillance du contrôle inhibiteur de la douleur, etc.), marquent la différence entre les deux affections (Neuprez & Crielaard, 2017). La fibromyalgie fait donc, à ce titre, partie des diagnostics différentiels à envisager lors du diagnostic du burnout. Les données de l'étude ne permettent pas d'investiguer cette question.

Pour conclure, selon Salvagioni *et al* (2017) : « *L'épuisement professionnel est un prédicteur significatif des conséquences physiques suivantes : hypercholestérolémie, diabète de type 2, maladie coronarienne, hospitalisation en raison de troubles cardiovasculaires, douleurs musculosquelettiques, fatigue prolongée, maux de tête, problèmes gastro-intestinaux, problèmes respiratoires, blessures graves et mortalité en dessous de 45 ans.* »

#### 4.6.2.2. *Au niveau psychique*

Nos résultats montrent que des troubles psychiques apparaissent en association avec le burnout : **la dépression et le stress post-traumatique sont les pathologies les plus fréquentes, présentes dans près de 20% des cas.** La présence et la prévalence de ces diagnostics sont confirmées par les résultats aux échelles médicales (HADS et Beck 21) (Tableau 11).

La littérature scientifique confirme l'association fréquente entre diagnostics psychiatriques et épuisement professionnel (Salvagioni, *et al*, 2017).

**Les relations entre burnout et dépression sont particulièrement étudiées.** Il est en effet généralement admis que la dépression peut augmenter les risques de burnout et le burnout conduire l'individu à développer une dépression (CSS, p.13), d'autant plus que la mise en incapacité de travail peut être vécue comme une période d'enlèvement et d'échec. Par ailleurs, l'épuisement serait lié à l'apparition de fatigue chronique et le sentiment d'inefficacité favoriserait l'apparition de symptômes dépressifs (Kato 2015). Selon Clumeck *et al*, (2017, p.251) « *Au niveau psychique, le burnout peut se compliquer d'une dépression majeure sévère ou d'un trouble anxieux. La dépression majeure peut, elle-même, devenir chronique avec le temps et mener, dans certains cas, au suicide.* ». Une étude belge (Corten & al) observe « *une corrélation entre l'intensité du Burn-Out et l'humeur. Mais 67% des patients en Burn-Out avancé n'atteignent pas le seuil de la dépression majeure à l'inventaire de dépression de Beck. Par ailleurs l'intensité du Burn-Out n'est corrélée ni avec la tristesse ni avec l'idéation suicidaire.* »

Burnout, anxiété et dépression seraient donc étroitement liés, voire se superposeraient dès le départ. Certains auteurs vont jusqu'à conclure que le burnout serait une forme de dépression ou, en tous les cas, ferait partie intégrante du tableau dépressif ; ils évolueraient étroitement en parallèle y compris lors de l'amélioration vers la guérison (Schonfeld, 2015 ). Bianchi *et al* (2014) font également l'hypothèse que les interconnexions entre les symptômes dépressifs et ceux de l'épuisement sont à ce point étroites que les deux « maladies » n'en feraient qu'une. Ils notent cependant une distinction subtile : l'épuisement émotionnel, physique et intellectuel augmenterait le risque d'apparition d'une dépression. Cette association n'existerait pas avec les symptômes de dépersonnalisation, de déshumanisation et cynisme.

**Les idées suicidaires**, présentes chez 10% des patients de l'étude (Tableau 10), ne constituent pas un diagnostic médical, mais témoignent de l'intensité de la souffrance et sont un facteur de risque supplémentaire. Elles exigent une vigilance accrue de la part du médecin et des autres intervenants. La *dépersonnalisation* et la *déshumanisation* seraient associées avec un risque accru de thèmes suicidaires. Le risque suicidaire varierait en fonction des métiers et du niveau de formation. Il serait plus important chez les travailleurs à niveau de compétence moindre (Millner A *et al*, 2013)<sup>14</sup>.

**L'abus et l'addiction aux drogues, à l'alcool ou à d'autres substances** (calmants, etc.) peuvent aller de pair avec l'épuisement. L'addiction peut s'avérer être un moyen de faire face au stress, à la souffrance liée à la dépression et au désarroi induit par l'épuisement. Néanmoins, l'état général s'en ressent à la longue : qualité du sommeil réduite, accentuation de la dépression et des troubles cognitifs, apathie, isolement social, etc. (Jackson *et al*. 2016, ; Campos *et al*. 2016 ; Ahola *et al*. 2006).

---

<sup>14</sup> Dans son rapport annuel, l'observatoire du suicide en France propose une revue complète des liens entre suicide et travail (Observatoire du suicide, 2020).

D'après nos résultats, la persistance des problèmes psychologiques (dépression, stress post-traumatique, troubles anxieux ou abus de substance) durant l'année qui suit la reprise concerne 50 % des patients.

Les liens statistiques mis en évidence ne permettent pas de déterminer la **chronologie de l'apparition des troubles** et la nature du lien de causalité qui expliquerait l'émergence successive des problèmes psychologiques. La complexité du phénomène est importante et il serait erroné de conclure que le burnout agit essentiellement comme le catalyseur de problèmes de santé préalables et sous-jacents et ne toucherait que des individus dont la santé est fragilisée par des événements de vie ou des troubles somatiques préexistants. Le plus probable est que le burnout et les autres troubles s'enchaînent et s'aggravent mutuellement sans qu'il soit toujours possible d'identifier « la première poule qui a pondu le premier œuf ».

Quoiqu'il en soit, ces diagnostics secondaires ne sont pas sans effet sur la gravité du burnout et sur la durée de l'ITT. La combinaison burnout/ dépression en particulier accroît considérablement la durée moyenne de l'ITT (voir chapitre 6). Il est donc essentiel que le diagnostic de burnout soit complété par les éventuels diagnostics secondaires afin que le traitement envisagé puisse répondre à l'ensemble des troubles présents.

#### **4.6.3. RECOURS AUX SOINS ET ACCOMPAGNANTS SPÉCIALISÉS DANS LE BURNOUT**

89 % des patients voient un psychothérapeute pendant leur arrêt maladie et 69 % prolongent cet accompagnement au-delà de la reprise pendant la première année. 1/3 des patients prolongent ce traitement au-delà de deux ans et s'inscrivent dans une perspective d'accompagnement au long cours (Tableau 13). D'autres accompagnants seront également vus par le patient en fonction de ses besoins (coach, sophrologue, juristes).

Les profils de traitement observés correspondent aux méthodes et à la stratégie thérapeutique mises en place par le psychiatre consulté, dès le lancement de la consultation et du réseau d'intervenants en 2006. La prise en charge proposée est multidisciplinaire et s'échelonne suivant un ordre donné. Dès le diagnostic posé, une prise en charge psychothérapeutique est recommandée. Les traitements psychothérapeutiques prescrits sont des thérapies comportementales et cognitives (TCC), relativement brèves, empiriquement validées, et qui visent principalement la mise en place de changements rapides de comportements, de schémas de pensées et/ou d'émotions, afin de limiter la souffrance de l'individu. Une approche systémique ou d'inspiration analytique sont parfois proposées en fonction des indications dans le respect du choix du patient.

Rapidement, si le patient le souhaite, la sophrologie, approche plus corporelle orientée sur la gestion du stress, est conseillée. Plus tard, dès lors que le patient a récupéré au moins partiellement de l'énergie, un accompagnement en coaching peut être mis en place pour préparer le retour au travail (reprise de contacts avec l'employeur, définition des changements nécessaires et/ou recherche d'un autre emploi). Lorsque c'est utile, un support juridique (informations sur la situation professionnelle, médiation et reprise de contact avec l'employeur) peut être prévu. Les différents intervenants réduisent le rythme de leur accompagnement au fil du temps, en fonction de l'évolution et des demandes du patient.

Si l'accompagnement diminue en intensité au fil du temps, dans une majorité des cas, il se prolonge, chez certains, au-delà de la reprise du travail. Certaines hypothèses peuvent expliquer cette prolongation du traitement. D'une part, même si la cause déclenchant le BO est d'origine professionnelle, il peut avoir fait émerger d'autres questions et réflexions à propos de valeurs plus

existentielles (le Sens, les priorités dans la vie, etc.). D'autre part, les suites d'une dépression ou d'un stress post-traumatique, ou la persistance des symptômes peuvent nécessiter des traitements de longue durée. Cette prolongation a aussi pour objectif de consolider la mise en place et l'ancrage des changements et ajustements entamés par le patient pendant l'ITT et ainsi de prévenir les rechutes.

Dans une étude longitudinale, Stenlund *et al* (2012) insistent sur la nécessaire prolongation de l'accompagnement durant le temps de récupération complète. Selon leur étude, une rééducation multimodale incluant une thérapie cognitivo-comportementale (TCC) et du Qijong (pratique traditionnelle chinoise associant mouvements, exercices respiratoires et concentration) montre des effets positifs encore 3 ans après la fin de l'intervention. Ces résultats indiquent que, pour de nombreux patients épuisés durant l'ITT, il faut du temps pour mettre en œuvre des outils cognitifs et installer de nouveaux comportements préventifs.

La persistance des symptômes peut également expliquer la prolongation du traitement : 92% des patients continuent à bénéficier de soins médicaux, psychothérapeutiques et/ou médicamenteux en lien avec leur burnout, endéans l'année après l'ITT (Tableau 12, Tableau 13, Tableau 16). La persistance de problèmes digestifs, de troubles du sommeil objectivés par un examen diagnostic (enregistrement PSG) et de problèmes psychologiques/psychiatriques durant la première année qui suit la reprise expliqueraient aussi la nécessité de soins tant médicaux que psychologiques après l'ITT. Par ailleurs, certains problèmes digestifs (douleurs, inflammations, gastrite...) et de nombreux problèmes de sommeil étant liés au niveau d'anxiété, l'intention de prolonger le traitement psychothérapeutique s'explique aisément.

La prise d'antidépresseurs (Tableau 15) pendant et/ou après l'ITT est fréquente, et concerne plus de la moitié des patients. Elle est plus fréquente que le diagnostic de dépression qui n'apparaît que dans 19% des cas dans le dossier psychiatrique. Ceci peut s'expliquer par le fait que l'antidépresseur peut également être proposé au patient qui présente un changement de caractère sous forme d'irritabilité et d'hypersensibilité émotionnelle (deshumanisation, cynisme) importantes. Ce qui dans certains cas, peut correspondre à la présence d'une « dépression masquée » à minima sous-jacente, sans présenter les caractéristiques de la « dépression majeure » suivant les critères du DSM IV R.

Par ailleurs, certains patients auxquels le psychiatre a proposé des antidépresseurs les ont refusés pour différentes raisons : la crainte d'effets secondaires avérés ou imaginaires, l'impression de faire « aveu de faiblesse », la crainte erronée d'une dépendance psychologique ou physique, la préférence pour d'autres approches (compléments alimentaires, psychothérapie exclusivement, homéopathie, phytothérapie, etc.) ....

D'après les résultats, les antidépresseurs sont généralement prescrits pour des durées longues : 61% des patients ont prolongé le traitement pendant plus d'une année après l'ITT (Tableau 15). Cette prolongation correspond aux recommandations officielles en vigueur dans le traitement des dépressions par antidépresseurs. La prolongation du traitement est recommandée durant au minimum 9 à 12 mois après disparition des symptômes, sous peine d'un risque de rechute dans 50% des cas endéans l'année<sup>15</sup>.

D'autres hypothèses pourraient également expliquer cette prolongation du traitement au-delà de la reprise :

---

<sup>15</sup> Evidence-based guidelines for treating depressive disorders with antidepressants: A revision of the 2008 British Association for Psychopharmacology guidelines. *Journal of Psychopharmacology* 2015, Vol. 29(5) 459-525

- La prise d'anti-dépresseurs peut être antérieure au début du burnout et avoir été prescrite pour une autre raison pour laquelle une prolongation du traitement est justifiée.
- Une pathologie préexistante « a minima » peut avoir été réactivée ou aggravée lors de l'apparition du burnout.
- La médication peut n'avoir été ni monitorée, ni réévaluée régulièrement par le médecin prescripteur.

Ceci témoigne de ce que la prescription d'antidépresseurs intervient dans la stratégie thérapeutique générale du burnout et non seulement en tant que traitement de la dépression. En effet, les antidépresseurs sont indiqués dans le cas de stress post-traumatique ou de troubles anxieux importants (anxiété généralisée, TOC, troubles phobiques, etc.). Ce constat est validé par la littérature qui montre que la fatigue professionnelle non traitée peut, dans certaines situations, évoluer vers la dépression. Selon Madsen *et al* (2015), ce risque d'évoluer vers la dépression est d'autant plus élevé que le degré de burnout est sévère, l'antidépresseur peut alors devenir nécessaire. Face à cette constatation, certains auteurs privilégient un traitement systématique du burnout avec des antidépresseurs (Schonfeld, 2015 ; Bianchi *et al*, 2014).

Ces résultats concernant le recours aux soins dans le temps signalent également que le coût financier du burnout pour le patient se prolonge bien au-delà de jour de la reprise du travail.

#### **4.6.4. RECHUTES**

Nos résultats montrent que l'ITT pour burnout n'est pas nécessairement isolée : 29% des patients avaient déjà connu une ou plusieurs ITT pour fatigue professionnelle avant l'ITT qui les a amenés chez le psychiatre.

De plus, certains patients connaîtront encore une ou plusieurs nouvelles ITT pour burnout après l'épisode qui les amène à consulter le psychiatre. Dans les années qui suivent la reprise du travail, 15% des répondants connaîtront des rechutes d'épuisement de courte durée (<1 mois) et 23% des répondants connaîtront une ou plusieurs rechutes de longue durée (de plus d'un mois).

3 profils particuliers de rechutes de longue durée se dégagent : ceux qui rechutent seulement durant l'année qui suit la reprise (4%), ceux qui rechutent plus de 2 ans après la reprise (12%), et ceux (5%) qui, dès l'année de leur reprise, s'engagent dans un processus de rechutes successives ou s'arrêtent à nouveau pour une longue période (Tableau 18).

Au total, 60% des répondants n'ont connu aucune nouvelle ITT (longue ou courte) pour fatigue professionnelle. Pour eux, le burnout sera un épisode d'arrêt maladie isolé qui n'entraînera pas d'absentéisme ultérieur.

L'analyse du risque de rechutes dans les deux années qui suivent l'ITT fait apparaître un lien intéressant avec le niveau d'intensité des symptômes résiduels ressenti par le patient au moment de la reprise : plus la gravité des symptômes est forte à la reprise, plus important est le risque de rechute par la suite. Ce résultat est corroboré par le fait qu'un retour précoce au travail contre l'avis du médecin augmente fortement le risque de rechute qui dépasse 60%.

L'analyse du risque de rechute de longue durée ( $\geq 1$  mois) fait apparaître comme facteurs de risque : le mauvais accueil par les collègues et la hiérarchie lors du retour et une réintégration chez le même employeur dans la même fonction (Tableau 19). Ce dernier résultat est intéressant puisque parallèlement le retour chez l'employeur dans la fonction est également associé à une ITT moyenne plus courte.

Ce risque de rechutes augmenté par la reprise dans l'entreprise et la même fonction peut correspondre à divers cas de figure : certains aspects du métier et de la fonction n'ont pas été réexaminés avec l'employeur, l'insécurité financière ou la crainte de perdre son emploi ont entraîné une reprise prématurée, contrairement aux espoirs du travailleur le climat de l'entreprise et les conditions de travail n'ont pas changé, ou le travailleur est confronté à la méconnaissance voire l'intolérance de son entourage professionnel en ce qui concerne l'épuisement.

Ces résultats sont confirmés dans certaines études qui concluent que les rencontres avec la hiérarchie et le cadre professionnel afin de promouvoir le changement de fonction et de revoir l'organisation du travail, combinées aux thérapies cognitivo-comportementales (TCC) facilitent le retour au travail et réduisent le risque de nouvelles ITT après la reprise (Hätinen *et al*, 2007 ; Blonk *et al*, 2006).

Stenlund *et al.* (2009) concluent que plus l'arrêt maladie pour burnout est long, plus le risque d'absences médicales est élevé dans le futur. Consiglio, Borgogni, Alessandri, & Schaufeli (2013) montrent un lien significatif entre le fait d'avoir vécu un burnout et le risque d'absentéisme après la reprise.

Nos résultats ne mettent pas en évidence de lien statistique significatif entre la durée de l'ITT et le risque de nouvelle ITT pour fatigue professionnelle. Ils montrent cependant qu'au plus la symptomatologie est sévère lors du diagnostic au plus le risque de rechute est élevé. D'autres auteurs obtiennent des résultats similaires. Selon Borritz *et al* (2006), le niveau d'épuisement professionnel est un facteur prédictif non seulement du nombre de jours d'absence futurs pour maladie, mais aussi du nombre de périodes d'absence pour maladie par an dans l'avenir. Les différences dans les jours d'absence pour maladie varient entre 5,4 jours en moyenne par an dans le quartile inférieur de l'échelle d'épuisement professionnel<sup>16</sup> et 13,6 jours en moyenne par an dans le quartile supérieur.

Selon Ahola (2008), un épuisement professionnel de gravité importante est associé à un risque majoré d'absence pour maladie par la suite. Cette association est indépendante des troubles mentaux et des maladies physiques courantes. Un épuisement plus lourd pourrait également conduire à une augmentation du risque d'invalidité à terme : une étude finlandaise de Ahola *et al* (2009) met en évidence, que sur une période de 4 ans, après ajustement des facteurs sociodémographiques et de santé, chaque augmentation d'un point du score global d'épuisement professionnel (basé sur l'échelle du Maslach Burn Out Inventory, MBI) augmente de 49% la probabilité d'une future pension d'invalidité. Sur l'échantillon analysé, 22% des burnout sévères sortent du marché du travail dans les 4 ans et émargent au statut d'invalidé. Cette pension peut être accordée pour d'autres problèmes de santé comme des maladies du système musculosquelettique, un niveau élevé de stress pendant une longue période pouvant entraîner des troubles somatiques. Ce sera alors le diagnostic « secondaire » qui mènera à la sortie du marché de l'emploi.

Selon Toppinen-Tanner, Ojajärvi, *et al* (2005) l'épuisement professionnel augmenterait le risque d'absences futures en raison de son impact sur le développement de troubles somatiques tels que les maladies du système circulatoire, des voies respiratoires et du système musculosquelettique. Parmi les dimensions spécifiques de l'épuisement professionnel (épuisement, cynisme, perte de réalisation professionnelle), l'épuisement apparaît comme lié aux futures maladies du système circulatoire, alors que le cynisme serait lié aux futures maladies du système digestif. Nous ne

---

<sup>16</sup> Mesurée selon le *Copenhagen Burnout Inventory*

pouvons ni confirmer ni infirmer ce résultat dans notre étude. Toutefois nous observons un lien entre la persistance de diagnostics secondaires tels que le diabète, les troubles thyroïdiens ou cardio-vasculaires au-delà de la reprise et le risque de nouvelles ITT de plus d'un mois dans les années qui suivent le retour au travail

#### **4.6.5. IMPACT FINANCIER DU BURNOUT**

Tant la nécessité de prolonger les soins au-delà de la reprise que la persistance des symptômes liés à l'épuisement et de certains diagnostics secondaires occasionnent un coût non négligeable pour le patient. Ce coût est d'autant plus important que certains soins ou accompagnements sont peu, voire pas remboursés (sophrologie, nutrition, ostéopathie, phytothérapie, coaching, etc.). Face à cet impact financier, les patients tentent de réduire leurs dépenses y compris celles destinées à des soins. Certains sollicitent l'aide de leurs proches. Ces difficultés financières ont poussé plus de 10% des répondants à reprendre le travail contre l'avis de leur médecin (Tableau 22).

Les commentaires font apparaître que c'est l'enlisement dans une situation à revenu diminué (générée par la maladie) qui est problématique. Parallèlement, nos résultats montrent que le risque d'avoir des problèmes financiers est majoré par l'existence d'une ou plusieurs rechute(s) pour épuisement après le burnout qui a amené la consultation chez le psychiatre.

Selon une étude des Mutualités Libres (Karakaya, Kestens *et al*, 2019), portant sur l'ensemble des incapacités de longue durée, les frais à charge du patient sont à leur maximum durant la période d'incapacité primaire et diminuent lors du passage à l'invalidité après un an. Ces dépenses sont en moyenne de 1454 euros pendant la première année. Ce montant diminuerait de moitié, après l'entrée en invalidité. Notons que malheureusement, le plus souvent, en parallèle, le passage au statut d'invalidé réduit encore le revenu.

Ce chapitre interroge la dynamique professionnelle de l'individu lors de la reprise d'un travail après l'ITT. Différents moments sont envisagés : celui du retour, l'année qui suit, entre un et deux ans après la reprise et au-delà.

Cette approche est d'autant plus pertinente que le chapitre précédent a montré à quel point la fin de l'ITT ne s'accompagne pas nécessairement de la disparition des symptômes et de la confirmation d'une guérison. Comprendre comment chaque individu construit ses perspectives professionnelles en fonction de cette réalité est important.

Nous avons également investigué comment l'employeur prépare avec le travailleur la reprise du travail et plus largement le ré-ancrage professionnel à moyen terme.

En fin de chapitre, nos résultats seront confrontés aux données de la littérature traitant de la question.

### 5.1. LE RETOUR À L'EMPLOI APRÈS L'ITT

#### 5.1.1. *RETOUR CHEZ L'EMPLOYEUR D'AVANT L'ITT (N=177)*

55% des 323 répondants salariés qui reprennent le travail après leur ITT, retournent chez leur employeur.

##### 5.1.1.1. *Reprise chez l'employeur, préparation et accueil lors du retour*

- 52% des retours au travail sont préparés par une (40% des cas) ou plusieurs rencontres (12% des cas) préliminaires avec l'employeur.
- 8% des répondants (N=25) ont suivi un trajet de réintégration. Cette faible proportion s'explique par le fait qu'une large part des patients participants à l'enquête furent traités avant la date d'entrée en vigueur du trajet de réintégration (1er déc. 2016). Pour 32% d'entre eux, le trajet de réintégration a abouti à un départ de chez l'employeur.
- 53% de ceux qui réintègrent leur entreprise considèrent ne pas avoir bénéficié de l'aide nécessaire de la part de leur employeur (37% considèrent l'avoir reçue).
- 58% des répondants disent avoir été bien accueillis par leurs collègues.
- 51% considèrent avoir été mal accueillis par leur hiérarchie (34% considèrent avoir été bien accueillis).
- 67% des répondants considèrent ne pas avoir été aidés par le service des ressources humaines de l'entreprise (12% répondent l'avoir été).

##### 5.1.1.2. *Reprise chez l'employeur, changement de fonction*

- 58% de ceux qui retournent chez leur employeur réintègrent leur fonction précédente.
- 51% de ceux qui changent de fonction l'ont choisi, alors que 48% se sont vu imposer le changement.
- Pour 40% des personnes ayant changé de fonction, la nouvelle fonction est moins intéressante que la précédente. 15 % de ceux qui entrent dans une nouvelle fonction la considèrent comme étant plus intéressante que la précédente.

Les commentaires des répondants font apparaître que :

- Lorsqu'ils sont demandés par le travailleur, ces changements de fonction sont voulus pour favoriser une reprise du travail plus sereine.
- Lorsqu'ils sont imposés par l'employeur, ils peuvent l'être en échange d'un accord portant sur une reprise à temps partiel médical.
- Les changements peuvent être temporaires ou définitifs.
- Ces changements aboutissent majoritairement à des fonctions moins intéressantes ou moins bien valorisées socialement et/ou financièrement (renoncement à la gestion d'équipe, rétrogradation, perte d'influence, etc.).
- Dans certaines organisations, après une longue ITT, l'employé est « mis en disponibilité » et « invité » à trouver et à postuler pour une nouvelle affectation à l'intérieur de la structure qui l'emploie.

### 5.1.1.3. Reprise chez l'employeur, le temps partiel

55% des répondants qui retournent chez leur employeur bénéficient d'un temps partiel médical<sup>17</sup>.

TABLEAU 23 : TEMPS PARTIEL MÉDICAL (N=98)

Indicateur	Valeur
Moyenne	5,72 mois
Écart type	6,55
Min	0,5 mois
P10	2 mois
P25	3 mois
Médiane	3 mois
P75	6 mois
P90	12 mois
Maximum	48 mois (4 ans)

76% des répondants ayant eu un temps partiel médical considèrent que l'employeur en a tenu compte et que les conditions de travail ont été adaptées (charge de travail, horaire, ...).

26% des répondants qui retournent chez leur employeur décident, de leur propre chef, de réduire leur temps de travail contractuel à leur retour. 10% réduisent leur horaire en étalant la prise de leurs congés légaux (cette formule est parfois privilégiée par ceux qui reprennent le travail en fin d'année et qui bénéficient encore d'un nombre important de jours de congés annuels non pris).

---

<sup>17</sup> Le temps partiel médical permet à la personne de reprendre son travail progressivement. Elle preste un pourcentage de son temps de travail habituel (souvent la moitié) pendant une période déterminée éventuellement renouvelable. Pour l'autre partie, elle est considérée en ITT pour raison médicale et continue à percevoir des indemnités de l'assurance maladie. Ce dispositif s'appuie sur l'accord de 4 parties : le médecin traitant, le salarié, l'employeur et le médecin conseil de la mutuelle.

### 5.1.2. CEUX QUI QUITTENT LEUR EMPLOYEUR (N=146)

45% des personnes ne reprennent pas le travail chez le même employeur au terme de leur ITT.

TABLEAU 24: MODALITÉS DE RUPTURE AVEC L'EMPLOYEUR POUR LES PATIENTS N'ETANT PAS RETOURNÉS CHEZ L'EMPLOYEUR D'AVANT LE BURNOUT

Modalités de rupture	N	Fréquence
Licenciement avec indemnités	52	36%
C4 médical	26	18%
Pension/prépension	26	18%
Autres	23	16%
Démission	14	10%
Développement d'une activité d'indépendant	5	3%
Total	146	100%

L'option « licenciement avec indemnités » comprend à la fois des départs volontaires avec négociation d'indemnités de rupture et des licenciements imposés par l'employeur. Nos données ne nous permettent pas de différencier les licenciements souhaités par l'employé, de ceux qui ne le sont pas.

## 5.2. L'ANNÉE QUI SUIT LE RETOUR CHEZ L'EMPLOYEUR

Puisque les symptômes de burnout n'ont pas nécessairement disparu lors de la reprise, il est intéressant de voir comment l'aide au retour prodiguée au sein de l'environnement de travail se prolonge au-delà du moment précis de la reprise.

### 5.2.1. AIDE REÇUE

TABLEAU 25: NIVEAU DE SATISFACTION MOYEN CONCERNANT L'AIDE REÇUE PENDANT L'ANNÉE QUI A SUIVI LE RETOUR AU TRAVAIL, POUR CEUX QUI SONT RETOURNÉS CHEZ L'EMPLOYEUR D'AVANT LE BURNOUT (N=95)

Aide fournie par	Score moyen /10	Ecart type
Collègues	3,57	2,933
Hiérarchie	2,81	2,727
Médecin du travail	2,66	2,495
RH	2,22	2,256
Psychologue/service social	1,78	1,887
Conseiller en prévention	1,37	1,138

Les scores de satisfaction sont globalement très bas (Tableau 25).

66% des répondants estiment avoir reçu peu d'aide (score≤5) tant de la part de leurs collègues, que de celle de la hiérarchie et des RH.

Le soutien reçu du médecin du travail, du psychologue ou service social et du conseiller en prévention est évalué à un niveau encore inférieur à celui reçu dans l'environnement professionnel immédiat (collègues, hiérarchie, RH).

### **5.2.2. PROCÉDURES DE SOUTIEN**

Selon les répondants, seules 15% des entreprises/organisations prévoient une procédure de soutien destinée aux travailleurs de retour après une longue absence.

Selon les répondants, ces procédures ne sont ni systématiques, ni formalisées. Les modalités du soutien sont le plus souvent laissées au bon vouloir de la hiérarchie directe<sup>18</sup>.

A la question « *Qu'aurait pu faire l'employeur pour vous faciliter le retour au travail et vous soutenir dans la durée ?* » Les réponses (provenant de 75% des personnes interrogées) font apparaître 3 thématiques principales :

#### ***Ecouter et dialoguer***

- Être écouté et entendu déjà avant la reprise
- Pouvoir échanger avec l'organisation sur les difficultés vécues dans l'entreprise
- Être écouté à propos des difficultés qui se posent pour la personne qui reprend le travail
- Prolonger cette écoute dans le temps au-delà de l'entretien de reprise

#### ***Reconnaître***

- Reconnaissance par la hiérarchie des difficultés rencontrées dans l'exercice de la fonction ou dans l'environnement professionnel
- Reconnaissance du fait que le burnout est une réalité dans laquelle chaque partie (employé / employeur) porte une part de responsabilité,
- Reconnaissance des qualités professionnelles dont l'employé a fait preuve avant son burnout
- Reconnaissance par l'organisation de la présence de violence psychologique lorsqu'elle existe

#### ***Agir***

- Suivre et respecter les recommandations de la médecine du travail
- Être suivi et accompagné pendant quelques mois, accepter le principe d'une remise en route progressive, d'un allègement des horaires ou au minimum les faire respecter, réévaluer la charge de travail...
- Agir sur les causes organisationnelles à l'origine du burnout
- Bénéficier du support nécessaire en interne pour pouvoir changer de fonction ou d'environnement de travail
- Agir à l'encontre des auteurs de violence psychologique / de harcèlement et les empêcher de nuire

### **5.3. PERCEPTION DU TRAVAIL ACTUEL**

Afin de mieux comprendre comment les individus se réinscrivent dans le travail, nous leur avons demandé de comparer différents aspects de leur travail au moment de l'enquête avec les conditions professionnelles qu'ils connaissaient avant le burnout.

---

<sup>18</sup> Les répondants sont « sortis » de leur burnout entre 2006 et 2018.

TABLEAU 26: PERCEPTION DU TRAVAIL ACTUEL (N=143)

	Score moyen /10	Ecart type
1. Vous faites à peu près le même travail qu'avant votre burnout	3,97	3,351
2. Vous travaillez plus près de votre domicile	4,59	3,892
3. Vos horaires de travail vous conviennent mieux	6,74	3,277
4. Vous faites un travail que vous préférez à celui que vous faisiez avant votre burnout	5,76	3,338
5. Votre travail est mieux rémunéré que celui que vous faisiez avant votre BO	2,88	3,075
6. Votre climat de travail est meilleur qu'avant votre burnout	6,92	3,169
7. Vous vous investissez différemment dans votre travail qu'avant votre burnout	7,09	3,129
8. Vous avez retrouvé le « feu sacré » pour votre métier	4,75	3,015
9. Votre travail correspond davantage à vos aspirations personnelles	5,79	3,242
10. Vous percevez que votre organisation s'engage dans sa mission et est cohérente dans ses valeurs	5,43	3,302
11. Votre travail a davantage de sens pour vous	5,9	3,311

52% (N=74) des répondants considèrent faire aujourd'hui un travail très différent de celui qui était le leur avant leur burnout (score  $\leq 2$  à la question 1) (21%, N=30, considèrent faire le même travail qu'avant, score  $\geq 8$  à la question 1).

Certaines questions sont relatives aux améliorations perçues dans leur environnement professionnel (2, 3, 4, 5 et 6). Elles visent le contenu des tâches, les conditions de travail et les relations interpersonnelles.

D'autres questions investiguent davantage les améliorations perçues dans ce que l'on pourrait nommer la « satisfaction au travail » (8, 9, 10 et 11). Elles interrogent le ressenti du travailleur, lequel est également influencé par son environnement de travail (valeurs, culture de management...). Elles reflètent donc la nature et le niveau de satisfaction personnelle par rapport au travail et le sens que la personne lui attribue.

Nous utiliserons donc deux indicateurs <sup>19</sup> :

- Le « **bien-être au travail** » calculé comme le score moyen obtenu aux questions (2, 3, 4, 5 et 6) relatives aux conditions de travail.
- La « **satisfaction au travail** » calculé comme le score moyen obtenu aux questions (8, 9, 10 et 11) relatives à la satisfaction au travail et au sens du travail

<sup>19</sup> Ces indicateurs ont été construits sur base de références issues d'organisations belges et internationales (SPF emploi Belgique, le BIT et l'OMS) ainsi que sur des théories du management telles que la « théorie des deux facteurs », développée par Frederick Herzberg ou « The Job Characteristics Model ».

TABLEAU 27 : BIEN-ÊTRE ET SATISFACTION AU TRAVAIL AUJOURD'HUI POUR LES RÉPONDANTS

	N	Score moyen	Médiane	P25	P75	Écart type
Bien-être au travail	143	5,4	5,4	3,65	7,2	2,4
Satisfaction au travail	143	5,6	6	3	8	2,9

57% des répondants considèrent qu'en moyenne leur bien-être au travail ne s'est pas amélioré par rapport à celui qu'ils avaient avant leur burnout (score  $\leq 5$ ).

49% des répondants considèrent qu'en moyenne leur satisfaction au travail ne s'est pas améliorée par rapport à celle ressentie avant le burnout (score  $\leq 5$ ).

#### 5.4. LA TRAJECTOIRE PROFESSIONNELLE APRÈS L'ITT

Nous nous sommes intéressés au devenir professionnel des personnes ayant souffert d'un burnout.

TABLEAU 28 : STATUT PROFESSIONNEL DES RÉPONDANTS À LA REPRISE APRÈS L'ITT ET AUJOURD'HUI (N=214)

	Statut à la reprise		Statut actuel	
	N	%	N	%
Indépendant	9	4%	23	11%
Pensionné/ pré-pensionné	19	9%	41	19%
Chez l'employeur d'avant le burnout, fonction identique	56	26%	23	11%
Chez l'employeur d'avant le burnout, fonction différente	54	25%	39	18%
Ont quitté l'employeur d'avant le burnout	76	36%		
Employeur différent d'avant le burnout			85	40%
Chômage			3	1%
Total	214	100%	214	100%

TABLEAU 29 : CHANGEMENT PROFESSIONNEL DANS LES ANNÉES QUI SUIVENT LA REPRISE (N=214)

Changement de statut	Changement pendant la 1ère année après la fin de l'ITT		Changement pendant la 2ème année après la fin de l'ITT		Changement plus de 2 ans après la fin de l'ITT	
	N	%	N	%	N	%
Changement employeur	24	11%	13	6%	18	8%
Changement de fonction	10	5%	6	3%	4	2%
Chômage puis ch. employeur	6	3%	4	2%	6	3%
Chômage puis indépendant	1	0%				
Chômage	14	7%	12	6%	7	3%
Ch. De statut indép. / salarié	12	6%	1	0%	9	4%
Pension/ prépension	1	0%	2	1%		
Total	68	32%	38	18%	44	21%

Lors de la reprise du travail, 36% des répondants ont quitté leur employeur et 51% y sont restés (Tableau 28). 9% ont pris leur pension ou prépension sans être retournés chez leur employeur. Plusieurs années plus tard, ils ne sont plus que 29% à être restés chez le même employeur.

Si 49% des répondants ont changé d'employeur ou de statut au moment de la reprise ; endéans l'année qui suit, 27% changent encore d'employeur ou de statut, après un passage par le chômage pour 1/3 d'entre eux. Dans le courant de la 2<sup>ème</sup> année après la fin de l'ITT, 15% des répondants sont encore engagés dans un processus de changement professionnel et plus de la moitié d'entre eux connaîtront une période de chômage avant ce changement.

Plus de la moitié des passages au statut d'indépendant se produisent dès la première année après l'ITT. A noter que certains d'entre eux reviendront plus tard au statut de salarié (Tableau 29).

Au moment de l'enquête, seuls 11% des répondants sont encore dans la même fonction chez le même employeur qu'au début de leur burnout. 89% des personnes sont ainsi devenues professionnellement mobiles dans les années suivantes. Cette mobilité se manifeste également dans le quasi doublement du nombre d'indépendants et du nombre de pensionnés.

## 5.5. MISE EN ÉVIDENCE DE LIENS ENTRE LA REPRISE DU TRAVAIL ET D'AUTRES VARIABLES DE L'ÉTUDE

Sur base d'une analyse des trajectoires professionnelles, nous avons identifié plusieurs « parcours types ». Nous avons regroupé les individus présentant des parcours statistiquement similaires. Il est apparu que le facteur déterminant pour distinguer ces « parcours types ou *clusters* » entre eux est déterminé par le type de reprise à la fin de l'ITT. Quatre modalités se distinguent : le retour dans l'entreprise et la même fonction, le retour dans l'entreprise dans une fonction différente, quitter l'entreprise ou prendre sa pension<sup>20</sup>.

Sur base de cette variable « reprise du travail après l'ITT » nous avons pu mettre en évidence des liens existant entre différentes variables et la trajectoire professionnelle.

<sup>20</sup> Les détails de l'analyse par trajectoires sont disponibles sur demande auprès des auteurs.

TABLEAU 30 : RELATION ENTRE LE TYPE DE REPRISE DU TRAVAIL ET D'AUTRES VARIABLES (TEST DE WILCOXON-MANN-WHITNEY)

Variable	p valeur	Lien statistique observé
Genre	n.s.	
Age	p<0,05	Ceux qui quittent leur employeur à la fin de l'ITT sont en moyenne plus jeunes. Sans surprise, le groupe des pensionnés compte principalement des plus de 50 ans.
Situation familiale	p<0,05	Ceux qui quittent leur employeur ou changent de fonction chez le même employeur sont plus souvent en couple avec enfants. Ceux qui retournent dans l'entreprise, dans la même fonction comptent plus de personnes ne vivant pas en couple.
Secteur	p<0,05	Le groupe des pensionnés en fin d'ITT comprend une plus grande proportion de travailleurs du secteur public
Fonction	n.s.	
Violence psychologique	p<0,05	Le vécu de violence psychologique est associé à une plus grande mobilité des travailleurs, c'est-à-dire soit à un changement de fonction, soit au fait de quitter son employeur
Symptomatologie au diagnostic	n.s.	40% des patients présentant une symptomatologie sévère au diagnostic ont quitté leur employeur contre 30% des autres patients (symptomatologies faible ou modérée)
Maslach épuisement	n.s.	
Maslach dépersonnalisation	n.s.	
Maslach perte de satisfaction	n.s.	
Durée moyenne de l'ITT	p<0,05	16 mois (SD 9,79) pour ceux qui quittent l'employeur dès la reprise. 11,9 mois (SD 7,04) pour ceux qui retournent chez l'employeur en changeant de fonction. 9,1 mois (SD 6,44) pour ceux qui reprennent dans la même fonction qu'avant le burnout. 16,7 mois (SD 8,99) pour les pensionnés/prépensionnés
Temps partiel médical	p<0,05	Davantage utilisé par ceux qui retournent chez leur employeur et changent de fonction dès la reprise
Dépression	n.s.	
Stress post-traumatique	p<0,05	Les patients qui ont eu un stress post-traumatique quittent plus souvent leur employeur
Rechutes	p<0,05	32% des patients qui sont restés chez leur employeur connaissent une ou plusieurs rechutes de plus d'un mois pour burnout dans les années suivant la reprise, contre 18% des patients ayant quitté leur employeur.
Intensité des symptômes à la reprise	n.s.	
Risque de chômage	n.s.	Le risque de connaître une ou plusieurs périodes de chômage dans les années qui suivent l'ITT n'est pas significativement différent pour ceux qui ont quitté leur employeur ou pour ceux qui y sont restés.

Variable	p valeur	Lien statistique observé
Changement de fonction au retour et mobilité ultérieure	p<0,05	Parmi ceux qui retournent chez leur employeur, 65% de ceux qui changent de fonction dès leur reprise resteront chez leur employeur sur le long terme ; alors que ceux qui sont retournés dans la fonction antérieure au burnout, ne resteront chez leur employeur que dans 48% des cas.
Amélioration du bien-être au travail	p<0,05	Ceux qui quittent leur employeur améliorent plus significativement leur bien-être au travail par la suite
Amélioration de la satisfaction au travail	p<0,05	Ceux qui quittent leur employeur améliorent plus significativement leur satisfaction au travail par la suite

*n.s. : non significatif*

Il apparait donc que la mobilité professionnelle au moment de la reprise est plus grande pour les personnes plus jeunes et/ou en couple.

Les personnes ayant eu une ITT plus longue sont également plus susceptibles de quitter leur employeur ou de changer de fonction au moment de la reprise du travail. En dehors de la durée de l'ITT, les variables évaluant la gravité du burnout (symptomatologie lors du diagnostic et scores sur les 3 dimensions de l'échelle de Maslach) ou l'état de santé à la reprise ne semblent pas liées à la mobilité professionnelle par la suite. Concernant la présence de pathologies secondaires, seul le stress post-traumatique semble conditionner le type de reprise. Cela pourrait être dû au lien existant entre le stress post-traumatique et le vécu de violence psychologique, ce dernier étant lié à davantage de mobilité au retour.

Il apparait que ceux qui quittent leur employeur après leur burnout ont davantage de chances d'améliorer leur bien-être et leur satisfaction au travail par la suite.

## 5.6. DISCUSSION

### 5.6.1. MODALITÉS DE RETOUR AU TRAVAIL CHEZ L'EMPLOYEUR APRÈS L'ITT

Rappelons que nos résultats portent sur un échantillon de personnes ayant consulté pour burnout entre 2006 et 2018. Une majorité d'entre eux a donc repris le travail il y a déjà quelques années. Ce choix permet d'avoir du recul sur la trajectoire professionnelle et de santé après l'ITT. Toutefois les données enregistrées concernant les procédures de réintégration au travail ne tiennent pas compte des efforts récents que les entreprises pourraient avoir fait dans ce domaine.

Nos résultats montrent que 55% des salariés qui reprennent le travail à la fin de l'ITT, le font chez leur employeur d'avant le burnout. Plus de la moitié d'entre eux réintègrent la fonction exercée précédemment.

Une étude belge enregistre **un taux de retours chez l'employeur** de 66% et une faible proportion de changement de fonction : la moitié des personnes retrouvent leur travail initial, 16% sont mutés, 20% reçoivent leur préavis, 7,4% donnent leur démission, 1,5% sont renvoyés pour fautes graves et 9,3% optent pour la pension ou la prépension (Corten & al).

Une enquête menée dans la population belge à l'initiative des Mutualités Libres s'intéresse aux travailleurs ayant déclaré avoir vécu au moins un épisode de stress professionnel (92%) ou de fatigue professionnelle (72%) et avoir bénéficié d'une ITT à cette occasion. Les résultats indiquent que 76% de ces personnes sont retournées chez leur employeur et que 59% ont repris le même

poste de travail (Lona & Amrous, 2018). Le taux de retours dans la même organisation et la même fonction est donc supérieur à celui que observé dans notre étude. La différence pourrait être liée au fait que l'enquête des Mutualités Libres interroge des patients qui se disent avoir été ou être en stress professionnel, sans nécessairement avoir reçu un diagnostic médical de burnout.

Dans notre étude, la moitié des **employés qui changent de fonction** le font par choix volontaire, l'autre moitié se voit imposer le changement par l'employeur pour des raisons variables : l'activité du travailleur a évolué durant l'absence, la fonction a disparu ou a été attribuée à un remplaçant, etc. Pour plus de la moitié des répondants, cette nouvelle fonction s'avère moins intéressante que la précédente et ce changement s'accompagne souvent d'un certain sentiment de dévalorisation professionnelle. Néanmoins, cette « dégradation » résulte parfois d'un choix mûrement réfléchi par l'employé pour lui permettre de faciliter et apaiser les conditions de sa reprise.

Selon notre expérience en tant que coach, une majorité de retours au travail se fait chez l'employeur (63%) et 39% changent de fonction. « *Lorsque le travailleur demande une mutation dans l'entreprise, il le fait souvent dans le sens d'une dégradation du statut social de sa fonction : abandon de responsabilités ou renoncement à un niveau hiérarchique.* » (Massart, 2019)

Par ailleurs, dans certaines organisations, une « mise en disponibilité » au terme de l'ITT amène l'employé à devoir soit repostuler pour son ancien travail, soit chercher lui-même une réaffectation au sein de son entreprise. L'employé est alors forcé de d'aller frapper à toutes les portes, sous la menace d'un « licenciement » s'il n'a pas réussi à décrocher un poste au terme d'un temps déterminé. La procédure est particulièrement pénible, dès lors qu'elle exacerbe le sentiment de non-reconnaissance de son engagement et de ses qualités professionnelles durant la période précédant l'épisode de burnout.

Nieuwenhuisen, Verbeek, *et al* (2003) suggèrent que des changements d'environnement de travail ou de fonction peuvent s'avérer utiles pour améliorer la « concordance entre la personne et sa fonction » et diminuer ainsi la durée de l'ITT pour burnout. Si notre expérience s'accorde sur l'intérêt d'un changement de fonction, nos résultats ne mettent pas en évidence de retour plus rapide au travail (cfr chapitre 6 relatif aux facteurs influençant la durée de l'ITT) en cas de changement de fonction, que du contraire.

### **5.6.2. ACCUEIL ET PRÉPARATION DU RETOUR CHEZ L'EMPLOYEUR**

D'après nos résultats, les retours sont, non seulement peu préparés avant la reprise, mais également peu accompagnés durant la première année. Seuls 52% des répondants ont rencontré leur employeur pour parler des conditions de la réintégration avant la reprise. Et une majorité d'entre eux considèrent ne pas avoir bénéficié de l'aide nécessaire au moment du retour. Si l'accueil réservé par les collègues est considéré comme « bon » par une majorité de répondants, ce n'est pas le cas de l'accueil de la part de la hiérarchie, et encore moins de l'aide reçue de la part des services RH, majoritairement considérée par les répondants comme ayant été insuffisante. Ces résultats sont d'autant plus regrettables que d'une part la hiérarchie est souvent la mieux à même de soutenir le retour puisqu'elle est sensée connaître le travailleur et son environnement de travail ; d'autre part, le service RH dispose (en théorie) d'une vision globale de l'entreprise qui devrait lui permettre d'aiguiller les demandes de changements de fonction.

Parmi les initiatives qui auraient pu faciliter leur retour, les patients mentionnent fréquemment « une communication régulière avec la hiérarchie » et « une discussion à propos de la description de fonction ». Ce dernier thème est important au vu du taux élevé de changement de fonction lors

du retour. Ces changements de fonction témoignent de l'intérêt, dans de nombreux cas, de redéfinir les contours du travail avec l'employeur, ne fut-ce que pour éviter qu'à l'avenir « les mêmes causes ne produisent les mêmes effets ».

Bien que des recommandations officielles concernant les conditions d'accueil après une ITT existent, les rencontres lors de la reprise entre collaborateur, employeur, hiérarchie et services DRH ne sont pas la règle. Un rapport du SPF EMPLOI belge note que cette déficience constitue « *une violence en soi, un manque de reconnaissance qui augmente le risque de rechutes futures* ». « *En effet, dans le cas d'une absence de plus de 3 mois, la probabilité d'un retour au travail chez le même employeur chute à 50 %. Plus l'absence se prolonge, moins le problème de santé initial est déterminant pour le retour au travail. Les facteurs psychosociaux, l'environnement de travail et les conditions de travail jouent, généralement, un rôle plus important. Ainsi l'âge du travailleur, les collègues, le soutien social, la charge physique ou mentale de la fonction, le climat social dans l'entreprise, le contact avec l'environnement de travail, constituent des facteurs déterminants du retour au travail. (...) Le maintien en emploi passe donc aussi par une politique d'entreprise centrée sur le retour au travail après une absence pour raison médicale* » (SPF Emploi, 2018, p.24).

L'accueil au retour s'inscrit dans le cadre de la prévention tertiaire et de la limitation des risques psychosociaux et des dommages occasionnés par l'épuisement. Ces mesures, qui facilitent le retour au travail, sont d'autant plus utiles, qu'en diminuant le risque de rechute<sup>21</sup>, elles réduisent les coûts pour l'employé, mais aussi pour l'entreprise (coûts directs et indirects) et la société.

Certaines études récentes tentent d'identifier des **facteurs qui faciliteraient le retour au travail** après un burnout. Malgré la taille réduite des populations étudiées, les résultats sont intéressants.

A travers une revue de littérature complète, Kärkkäinen *et al* (2017) montrent qu'une amélioration de la communication entre supérieur hiérarchique et collaborateur influence significativement le taux de retour au travail en favorisant une meilleure adéquation entre la personne et sa fonction (Karlson *et al.* 2010). Cette étude s'inscrit dans la lignée des travaux de Maslach et Leiter (1996) qui identifient le manque de concordance entre les capacités et les attentes de l'individu d'une part et les caractéristiques de sa fonction d'autre part, comme étant déterminant dans la survenance du burnout. D'autres études indiquent que le support social des collègues et de la hiérarchie facilite également le retour au travail (Norlund *et al.* 2011, Michie et Williams, 2003).

Par ailleurs, Sonnenschein *et al.* (2008) suggèrent qu'un retour partiel au travail après l'expérience d'un burnout agit comme facilitateur d'une reprise à temps plein. Notre étude ne peut confirmer ou infirmer ce résultat.

Concernant le lien entre retour à temps partiel et ITT, nous observons qu'une reprise à temps partiel médical est associée à une ITT plus longue. Ceci pourrait résulter de ce qu'une ITT plus longue correspondrait soit à un burnout plus sévère, soit encore à la nécessité de mettre en place une meilleure adéquation entre la personne et la fonction ; l'ensemble pouvant nécessiter une reprise du travail plus progressive.

Young *et al.* (2005) mettent en évidence l'importance des procédures de soutien lors de la reprise au travail pour que celle-ci soit durable. L'importance de ce soutien est confirmée par les répondants de l'étude qui insistent sur la nécessité de maintenir l'aide dans la durée, ce qui témoigne du caractère dynamique et progressif de la reprise.

---

<sup>21</sup> Cfr 4.4.3.

### 5.6.3. *TRAJECTOIRE PROFESSIONNELLE APRÈS L'ITT*

Nous nous sommes intéressés au devenir professionnel des individus ayant souffert de burnout, dans les années qui suivent la fin de l'ITT.

Les résultats montrent que la **mobilité professionnelle** des répondants est importante dès la fin de l'ITT, puisque près de la moitié des travailleurs salariés ne retournent pas chez leur employeur. Si 36% d'entre eux bénéficient d'indemnités de départ, 28% quittent sans aucune compensation financière (Tableau 24). L'absence de compensation financière est la règle lors du recours au C4 médical pour cause de force majeure (18% des cas) ; ce C4 est proposé par le médecin lorsqu'il juge que le patient est définitivement inapte à occuper son poste de travail pour raisons de santé. Au sein des consultations de « Souffrance au Travail », nous constatons cependant que le recours au C4 pour raison médicale de force majeure est parfois « instrumentalisé ». Alors qu'il s'agit d'une option qui relève du corps médical, certains employeurs la suggèrent à l'employé ; la « proposition » leur permettant de faire l'économie des indemnités de départ. L'employé peut se sentir obligé d'accepter cette solution lorsqu'aucune modalité de réintégration acceptable (lui permettant de ne pas être à nouveau confronté aux mêmes facteurs de stress) n'est amenée par l'employeur.

Nous observons que la mobilité professionnelle perdure au-delà de la reprise. 32% des travailleurs changent encore de statut, de fonction ou d'employeur dans l'année qui suit leur reprise. Ce taux de mobilité passe à 18 % dans le courant de la deuxième année après la reprise (Tableau 28, Tableau 29). Au moment de l'enquête, seuls 11% des répondants travaillent toujours chez le même employeur dans la fonction d'avant le burnout.

Gharakhani et Zaferanchi (2019) étudient les liens entre le niveau de burnout sur base des 3 dimensions de l'échelle de Maslach et la fréquence du turnover des employés. Ils montrent que non seulement l'épuisement professionnel, la dépersonnalisation et la réduction de l'accomplissement personnel ont des effets négatifs sur la satisfaction au travail, mais qu'ils augmentent également significativement l'intention de quitter l'entreprise chez les employés.

Nos données ne permettent pas de mettre ce type de lien en évidence : ni la lourdeur de la symptomatologie au diagnostic, ni aucune des trois dimensions de l'échelle de Maslach ne sont statistiquement liées au fait de quitter son employeur après l'ITT.

Le lien entre la mobilité du travailleur et le niveau d'épuisement ressenti a été exploré dans une étude déjà ancienne mais particulièrement intéressante de C. Cherniss (1992). A travers une étude longitudinale exploratoire s'étalant sur 12 ans, il étudie comment le niveau de burnout ressenti durant la première année du métier impacte l'évolution de carrière par la suite. L'échantillon se compose d'enseignants, d'infirmiers, de professionnels de la santé mentale et de juristes dans le secteur des services publics. Elle allie un volet quantitatif (échelles, questionnaires) à un volet qualitatif (interviews).

Elle montre que les individus vivant un « niveau de burnout élevé »<sup>22</sup>, au cours de la première année de leur carrière sont moins susceptibles de se réorienter professionnellement dans les années suivantes, que ceux qui ont connu un « niveau de burnout plus faible » lors de leurs débuts professionnels. Différentes explications sont proposées pour expliquer ce résultat apparemment paradoxal (on pourrait en effet imaginer que l'individu en burnout dès le début de sa carrière envisagerait plus vite une réorientation professionnelle qu'un autre) :

---

<sup>22</sup> Mesuré par l'échelle de Maslach

- Une expérience positive en début de carrière renforcerait la confiance personnelle de l'individu et lui permettrait de prendre plus facilement le risque d'un changement dans l'avenir. Cette interprétation correspond aux résultats de l'étude Hall en 1976 (cité par Cherniss 1992) qui, à travers une théorie du « succès psychologique », met en évidence la tendance, pour celui qui connaît des succès professionnels, à se donner des objectifs plus ambitieux pour la suite de sa carrière ; au contraire de celui qui, vivant un burnout en début de carrière, pourrait devenir plus prudent dans ses objectifs professionnels.
- Selon Moore en 1969 (cité par Cherniss, 1992), au plus la socialisation professionnelle de l'individu est difficile, au plus les débuts dans la profession sont exigeants et stressants, au plus l'engagement de l'individu dans son milieu professionnel serait et resterait élevé, ce qui expliquerait le maintien dans l'emploi existant malgré le stress important ressenti.

Les conclusions de cette étude nous rappellent que l'individu et ses moteurs décisionnels sont complexes et difficilement réductibles à des statistiques. A travers leur pratique, les chercheurs constatent que certains sont « dynamisés » par leur burnout qui leur donne une motivation pour revoir leur choix de carrière et remettre en cause leurs choix professionnels antérieurs. D'autres, au contraire, perdent confiance en eux et dans le monde du travail et se replient sur une sécurité d'emploi existante, parfois illusoire, même si elle ne correspond pas à une situation idéale.

Nous avons identifié également d'autres résultats concernant les trajectoires professionnelle pour lesquels nous n'avons pas trouvé de référence dans la littérature (Tableau 30) :

- La mobilité est plus importante chez les plus jeunes. Ce résultat pourrait correspondre à un a priori fréquent en Belgique, selon lequel au-delà de 45 ans, il serait plus difficile de changer d'emploi.
- Le fait d'être en couple est associé à une plus grande mobilité professionnelle.
- La mobilité professionnelle réduit le risque de rechutes longues après la reprise.

A côté de la question du soutien reçu lors du retour au travail lorsque la personne rejoint son employeur précédent le burnout, nos résultats invitent à s'interroger sur la situation de ceux qui ne retournent pas chez leur employeur. Ces individus connaîtront encore par la suite une mobilité professionnelle importante, parfois accompagnée de changements assez radicaux, développement d'une activité d'indépendant, réorientation professionnelle fondamentale ou une ou plusieurs périodes de chômage. Rappelons que 51% des patients de l'étude font aujourd'hui un travail qui ne ressemble pas du tout à celui qu'ils faisaient avant le burnout. Qu'en est-il du support que ces personnes peuvent trouver pour les aider à passer à travers ces étapes avec succès ? Le plus souvent c'est l'accompagnement individuel par le psychologue, le coach et/ou le juriste médiateur (lorsque le recours à ce dernier s'avère nécessaire) qui leur permettront de mettre en place une évolution de carrière qui leur convienne mieux. Mais dans tous les cas, ce travailleur risque de se trouver assez seul face à cette conséquence indirecte de son burnout : l'ancien métier ne convient plus et il est nécessaire de développer d'autres perspectives professionnelles.

#### **5.6.4. LA DURABILITÉ DU RETOUR À L'EMPLOI, UNE QUESTION PLUS VASTE ?**

Pour Young *et al.* (2005), la notion de retour au travail renvoie à une temporalité allant du moment précis de la reprise à un ré-ancrage professionnel complet. Selon ces auteurs, la plupart des études se concentrent essentiellement sur les caractéristiques de l'arrêt de travail et le processus de récupération physique et psychologique de l'individu. Le focus est alors mis sur l'état de santé permettant le retour au travail, cet état de santé étant l'aboutissement de la prise en charge du

travailleur et des soins qui lui ont été prodigués. Young *et al.* (2005) proposent de prendre également en considération l'impact du volet non médical et des stratégies mises en place pour favoriser un retour durable au travail ; cette durabilité nécessitant de trouver (ou de retrouver) une qualité de vie et un engagement professionnel à moyen terme.

Dans cette perspective, un nombre croissant d'études tentent d'identifier les conditions d'un retour durable au travail. Elles mettent en avant le nécessaire engagement de l'entreprise dans ce retour, mais aussi l'importance d'intégrer ces retours dans une politique de santé et d'emploi plus large. « *En plus du niveau individuel, de groupe, de management et d'organisation, nous défendons également l'importance du contexte global, c'est-à-dire le contexte sociétal et la législation qui peuvent promouvoir un retour au travail durable.* » (Nielsen *et al.*, 2018).

Durand *et al.* (2014) examine la littérature portant sur les meilleures pratiques de gestion des absences du travail liées aux troubles musculosquelettiques ou aux troubles mentaux communs<sup>23</sup>. Les auteurs proposent un processus complet de gestion des absences du travail et de retour au travail en 6 étapes : (1) période de récupération, (2) premier contact avec le travailleur, (3) réévaluation des tâches, (4) l'élaboration d'un plan de retour au travail avec adaptations, (5) reprise du travail et (6) suivi du processus de retour au travail. Ils concluent : « *Nos résultats indiquent qu'un tel processus doit s'inscrire dans une politique plus large de promotion de la santé et de maintien dans l'emploi* ».

Ces recommandations sont à mettre en perspective avec notre résultat qui indique que seule une petite moitié des individus ayant vécu un burnout ont vu leur bien-être et leur satisfaction au travail s'améliorer sur la durée. La probabilité d'améliorer bien-être et satisfaction est plus élevée chez ceux qui ont quitté leur employeur après leur burnout ( $p < 0,05$ ). Ce résultat signale sans doute une plus grande difficulté à retrouver des conditions de travail satisfaisantes chez l'employeur auprès duquel s'est développé le burnout. Une analyse complète de la question du bien-être et de la satisfaction au travail aurait nécessité de développer un set de questions plus nombreuses et plus précises. Néanmoins, même si cette thématique n'est pas au cœur de notre recherche, elle paraît directement liée à la durabilité de l'ancrage professionnel. Nous pourrions faire l'hypothèse qu'un retour véritablement durable au travail se caractérise à la fois par des conditions de travail plus satisfaisantes pour le travailleur qu'avant le burnout et par le plaisir et le sens du travail retrouvés.

Enfin, étant donné l'augmentation actuelle du nombre de cas de burnout, de plus en plus d'employeurs seront amenés, dans les années à venir, à engager des travailleurs ayant vécu un burnout dans les mois ou les années précédant leur engagement. Ces travailleurs ne bénéficieront pas d'un soutien spécifique lors de leur entrée en fonction, puisque dans la plupart des cas ils ne seront pas identifiés comme ayant souffert de stress chronique au travail (ils peuvent d'ailleurs ne pas souhaiter l'être). Ce constat plaide pour le développement sur le long terme d'une culture et une politique proactive, volontariste et globale dans le domaine de la prévention des risques psychosociaux au sein des entreprises. Parallèlement, une réflexion sociétale plus large autour du soutien qui pourrait être apporté à ceux qui ont souffert de burnout pourrait être mise en place.

---

<sup>23</sup> Common mental disorders include depression, generalised anxiety disorder (GAD), panic disorder, phobias, social anxiety disorder, obsessive-compulsive disorder (OCD) and post-traumatic stress disorder (PTSD)

## CHAPITRE 6. FACTEURS LIÉS STATISTIQUEMENT À LA DURÉE DE L'ITT

Ce chapitre tente de mettre en évidence des facteurs prédictifs de la durée de l'ITT pour burnout. Cette analyse est d'autant plus importante que la variabilité de la durée de l'ITT est forte : elle va de 0 à 8 ans ; 80% des répondants ayant eu une ITT comprise entre 3 et 30 mois (Tableau 2).

Les *outliers* (18 répondants) en durée d'incapacité (ITT>40 mois) ont été exclus de cette partie de l'analyse<sup>24</sup> ; de même que les individus qui n'ont pas encore repris le travail (28 répondants) au moment de l'enquête, et pour lesquels il n'y a donc pas de durée d'ITT enregistrée. Cette analyse porte donc sur un échantillon de 306 individus.

Les liens statistiques entre nos variables et la durée de l'ITT sont d'abord testés. Dans une deuxième partie de l'analyse, la part de variabilité de l'ITT que ces variables peuvent expliquer est calculée. Enfin, le profil des ITT de plus de 18 mois est spécifiquement analysé.

### 6.1. LIENS STATISTIQUES ENTRE LES VARIABLES DE L'ÉTUDE ET LA DURÉE DE L'ITT

TABLEAU 31 : LIENS OBSERVÉS, P VALEUR ET VALEURS MOYENNES DES ITT SELON LES VARIABLES (TEST DE WILCOXON-MANN-WHITNEY)

Variable	P valeur	Durée moyenne de l'ITT en mois selon la modalité de la variable
<b>Facteurs socio-démographiques</b>		
Genre	p<0,05	Homme : 9,5 (SD 7,2) Femme : 12,9 (SD 8,4)
Age	n.s.	<30 ans : 19,5 (SD 23,3). De 30 à 39 ans : 10,61 (SD 7,7). De 40 à 49 ans : 12,8 (SD 8,1). 50 et plus : 11,7 (SD 8,1)
Situation familiale	p<0,05	En couple sans enfant : 9 (SD 5,6) En couple avec enfant : 12 (SD 8) Famille monoparentale : 13,3 (SD 9,3) Vivant seul : 14,3 (SD 9,3)
<b>Caractéristiques de l'environnement professionnel et personnel</b>		
Secteur (public / privé)	n.s.	Public : 13,4 (SD 8,4) Privé : 11,7 (SD 7,8)
Fonction	n.s.	Fonction dirigeante : 11,5 (SD 7,9) Employé : 12,9 (SD 8,3) Ouvrier : 8 (SD 1,4)
Indépendant	p<0,05	Oui : 5,5 (SD 7,5) Non : 12,3 (SD 8)

*n.s.* : non significatif

<sup>24</sup> Voir 2.4. Méthodologie statistique

Variable	p valeur	Durée moyenne de l'ITT en mois selon la modalité de la variable
Taille de l'entreprise	n.s.	Seul : 7,3 (SD 7,1). De 1 à 10 pers : 11,7 (SD 8,3). De 10 à 100 pers : 13,5 (SD 8,8). De 100 à 1000 pers : 12,8 (SD 8,2). >1000 pers : 11,6 (SD 8).
Vécu de violence psychologique	p<0,05	Non : 9,8 (SD 7,3) Oui : 12,6 (SD 8,4)
<b>Développement du burnout</b>		
Durée des symptômes avant diagnostic	p<0,05	<6mois : 10,3 (SD 8) De 6 mois à un an : 11,5 (SD 6,9) >1 an : 13,5 (SD 9,4)
Arrêt maladie précédant	p<0,05	Jamais : 11,4 (SD 7,8) Une fois : 12,2 (SD 7,9) Plusieurs fois : 16,3 (SD 10,1)
Symptomatologie au diagnostic	p<0,05	Sympt. Légère : 11,1 (SD 9,3) Sympt. Modérée : 13,1 (SD 8,22) Sympt sévère : 14,1 (SD 8,23)
<b>Echelles médicales enregistrées au début de la prise en charge psychiatrique</b>		
Maslach épuisement prof	p<0,05	Faible-moderé : 6,7 (SD 3,2) Elevé : 12,7 (SD 7,7)
Maslach dépersonnalisation	n.s.	Faible-moderé : 12,3 (SD 7,4) Elevé : 12,4 (SD 7,9).
Maslach satisfaction prof	p<0,05	Faible-moderé : 11,3 (SD 7,8) Elevé : 13 (SD 7,5)
Beck	n.s.	Pas de dépression : 11,3 (SD 6,1) Dépression légère à modérée : 11,9 (SD 7,5) Dépression modérée à importante : 13,7 (SD 7,7) Dépression sévère à très sévère : 14,5 (SD 8,3)
HADS anxiété	n.s.	Normal : 11,8 (SD 6,5) Modéré : 12,4 (SD 8,1) Moyen : 13,5 (SD 7) Sévère : 12,3 (SD 8,1)
HADS dépression	n.s.	Normal : 11,2 (SD 6,7) Modéré : 11,8 (SD 7,5) Moyen : 13,6 (SD 7,7) Sévère : 13,6 (SD 7,7)
Pichot	n.s.	<Seuil d'alerte : 11,4 (SD 6,8) ≥Seuil d'alerte : 15,1 (SD 9,2)
Epworth	n.s.	Normal : 12 (SD 6,8) Déficit de sommeil : 13,7 (SD 8,5) Somnolence excessive : 13,7 (SD 7,9)
W et M	n.s.	Léger : 15,2 (SD 3,4) Modéré : 11,7 (SD 7,9) Sévère : 15,5 (SD 7,8)

*n.s. : non significatif*

Variable	P valeur	Durée moyenne de l'ITT en mois selon la modalité de la variable
<b>Pathologies secondaires</b>		
Problèmes cardio-vasculaires (DM)	p<0,05	Non : 11,4 (SD 8,3) Oui : 13,5 (SD 7,9)
Problèmes de sommeil avec polysomnographie positive (DM)	p<0,05	Non : 11,6 (SD 8,2) Oui : 14,7 (SD 7,6)
Douleurs chroniques (Quest1)	p<0,05	Non : 10,8 (SD 8) Oui : 12,8 (SD 8,2)
Diabète (DM)	n.s.	Non : 11,8 (SD 8,1) Oui : 16,6 SD 9,4)
Jambes sans repos (DM)	n.s.	Non : 11,9 (SD 8,1) Oui : 17,2 (SD 9,9)
Dépression (DM)	p<0,05	Non : 10,1 (SD 7,7) Oui : 17,5 (SD 8,9)
Stress post-traumatique (DM)	p<0,05	Non : 11,2 (SD 8,1) Oui : 15,4 (SD 7,8)
<b>Accompagnement médical et autre</b>		
Accompagnement par le médecin traitant	p<0,05	Non : 9,9 (SD 7,9) Oui : 12,8 (SD 8,2)
Accompagnement par un psychologue	p<0,05	Non : 9,7 (SD 8,8) Oui : 12,3 (SD 8,1)
<b>Traitement médicamenteux</b>		
Antidépresseurs	n.s.	Non : 11,6 (SD 8,2) Oui : 12,3 (SD 8,2)
Somnifères	p<0,05	Non : 11,4 (SD 8,2) Oui : 13,3 (SD 7,9)
Anxiolytiques	n.s.	Non : 12,2 (SD 8,4) Oui : 11,4 (SD 7,2)
Phobies	n.s.	Non : 11,9 (SD 8,1) Oui : 21,7 (SD 12,9)
<b>Modalités de retour au travail</b>		
Reprise du travail après l'ITT	p<0,05	Groupe ayant quitté son employeur dès la reprise du travail : 14,5 (SD 8,81). Groupe retourné chez l'employeur en changeant de fonction : 11,8 (SD 6,89). Groupe retourné chez l'employeur dans sa fonction d'avant l'ITT : 9,1 mois (SD 6,19) Groupe des pensionnés / prépensionnés : 17,5 (SD 8,96).
Temps partiel médical	p<0,05	Non : 7,9 (SD 6,3) Oui : 11,9 (SD 6,7)
Réduction du temps de travail autre que médical	p<0,05	Non : 13,4 (SD 8,7) Oui : 8,5 (SD 5,4).

*n.s.* : non significatif

*DM* : selon le dossier médical psychiatrique

Certaines variables comme le genre et la situation familiale apparaissent comme statistiquement liées à la durée moyenne de l'ITT.

Les caractéristiques de l'emploi ne semblent pas liées à la durée de l'ITT, à l'exception du statut d'indépendant associé à une durée moyenne d'ITT plus courte. Le vécu de violence psychologique au travail est quant à lui associé à une durée d'ITT plus longue.

Une apparition des symptômes longtemps avant le diagnostic ainsi que la présence d'une ITT pour burnout antérieure à celle qui a donné lieu à la consultation chez le psychiatre sont également associées à une ITT plus longue ; de même qu'une symptomatologie plus sévère au diagnostic et des scores élevés sur l'échelle de Maslach (première et troisième dimension). Les scores aux autres échelles médicales enregistrées dans le dossier psychiatrique ne montrent pas de liens statistiques avec la durée moyenne de l'ITT.

La dépression et le stress post-traumatique sont associés à des ITT plus longues de même que la présence de troubles cardio-vasculaires, de douleurs chroniques et de troubles du sommeil objectivés par une polysomnographie.

Les modalités de reprise du travail montrent également un lien significatif avec la durée de l'ITT : au plus il y a de changements mis en place lors de la reprise (changement d'employeur, de fonction ou de temps de travail) au plus l'ITT est longue.

Globalement, la prise d'antidépresseurs n'est pas statistiquement liée à la durée de l'incapacité de travail. Toutefois, parmi la patientèle avec un diagnostic de dépression (N=45), ceux qui prennent des antidépresseurs (N=34) ont une durée d'ITT plus courte en moyenne (17,1 mois) que ceux qui n'en prennent pas (18,9 mois) ( $p < 0,05$ ).

## 6.2. PART PRISE PAR CES DIFFÉRENTS FACTEURS DANS LA VARIABILITÉ DE L'ITT

Le test de Wilcoxon-Mann-Whitney (Tableau 31) permet de mettre en évidence l'existence d'un lien entre deux variables. Toutefois il ne mesure pas l'importance de l'effet d'une variable sur l'autre. Afin de mesurer l'impact de chaque variable sur la durée de l'ITT, nous avons calculé la part de variabilité de l'ITT expliquée par chacune des variables isolément (Tableau 32). Parmi les paramètres identifiés dans le Tableau 31, nous ne reprenons que ceux que nous pouvons considérer comme des paramètres explicatifs de cette durée et non l'inverse.

TABLEAU 32 : POURCENTAGE DE VARIANCE EXPLIQUÉE PAR CHAQUE VARIABLE

Variable	% de variance expliquée
<b>Facteurs socio-démographiques et environnement</b>	
Genre	7,4%
Situation familiale	5,2%
<b>Développement du burnout</b>	
Durée des symptômes avant diagnostic	2,5%
Arrêt maladie précédant	6,9%
Vécu de violence psychologique	3,8%
Symptomatologie au diagnostic	1,1%
<b>Diagnostics secondaires</b>	
Problèmes cardio-vasculaires	2,6%
Problèmes de sommeil avec polysomnographie positive	5,4%
Douleurs chroniques	2,4%
Dépression	24,5%
Stress post-traumatique	6,6%
<b>Echelles médicales</b>	
Maslach épuisement prof	20%
Maslach satisfaction prof	1,5%

Il apparaît que certaines variables semblent prendre une part élevée dans la variabilité de l'ITT. En particulier, la présence du diagnostic secondaire de dépression et l'épuisement professionnel mesuré par l'échelle de Maslach.

Toutefois les résultats présentés au Tableau 32 ont pour inconvénient de ne pas tenir compte des corrélations existantes entre les différentes variables du modèle.

Pour contrer ce problème statistique, le modèle complet de « **décomposition de variance** » mesure le pouvoir prédictif des variables envisagées ensemble sur la durée de l'ITT.

TABLEAU 33 : DÉCOMPOSITION DE VARIANCE (VARIANCE COMPONENTS)

Variable	% de variance expliquée
Durée des symptômes avant diagnostic	0,89
Problèmes cardiovasculaires	0,78
Douleurs chroniques	0,53
Polysomnographie pathologique	1,7
Dépression	9,4
Stress post-traumatique	0,08
Genre	1,1
Situation familiale	2,0
Maslach-Epuisement	14,5
Autres	69,1
Total	100,0

Il apparaît donc que ces variables prises simultanément en compte ne permettent de prédire qu'une faible part (31%) de la variabilité de la durée de l'ITT. Parmi les variables prises en compte dans l'analyse, celles qui ont le pouvoir prédictif le plus élevé sont la première dimension de l'échelle de Maslach (l'épuisement) et la présence d'un diagnostic de dépression.

69% de la variabilité de l'ITT reste donc inexplicée par des variables reflétant l'état de santé psychique et physique de l'individu et enregistrées dans l'étude et qui. Ceci signale sans doute une forte variabilité des situations dont nous ne pouvons rendre compte et qui pourrait résulter de facteurs personnels et/ou liés à l'environnement professionnel non enregistrés dans l'étude.

### 6.3. LES ITT DE PLUS DE 18 MOIS

Face à la forte variabilité de la durée de l'ITT, nous avons voulu mieux comprendre le profil des patients ayant une durée d'ITT > au percentile 75, c'est-à-dire  $\geq 18$  mois (N=62, outliers compris). Ces durées d'arrêt relativement longues sont analysées dans cette partie.

TABLEAU 34 : PROFIL DES PATIENTS AYANT UNE ITT DE PLUS DE 18 MOIS COMPARÉ AU PROFIL DES AUTRES PATIENTS

	ITT de plus de 18 mois	ITT de moins de 18 mois
Genre (p<0,05)	Femmes : 85% Hommes : 15%	Femmes : 70% Hommes : 30%
Situation familiale (p<0,05)	Seule : 21% Couple sans enfant : 10% Couple avec enfant : 48% Famille monoparentale : 21%	Seule : 11% Couple sans enfant : 21% Couple avec enfant : 56% Famille monoparentale : 11%
Dépression (p<0,05)	Oui : 35% Non : 65%	Oui : 9% Non : 91%
Type de reprise (p<0,05)	Quitté l'employeur : 58% Retour chez l'employeur dans la fonction : 11% Retour chez l'employeur dans une autre fonction : 16% Pension : 11%	Quitté l'employeur : 24% Retour chez l'employeur dans la fonction : 34% Retour chez l'employeur dans une autre fonction : 30% Pension : 7%

Toutes les variables reprises dans le Tableau 34 sont statistiquement significativement différentes entre la population des ITT de plus de 18 mois et les ITT de moins de 18 mois

Du point de vue de leurs **caractéristiques socio-démographiques**, il apparaît que le pourcentage de femmes et de personnes vivant sans conjoint (seule ou avec enfant(s)) est nettement plus élevé dans la catégorie des ITT de plus de 18 mois que parmi les ITT plus courtes ; alors que l'âge ne semble jouer aucun rôle.

Les **caractéristiques de l'emploi** (Secteur, fonction, taille de l'entreprise, vécu de violence psychologique) ne semblent quant à elles pas différentes entre les ITT de plus de 18 mois et celles de moins de 18 mois.

Concernant les **diagnostics secondaires**, Le diagnostic de dépression est nettement plus fréquent parmi les ITT de plus de 18 mois ; ce n'est pas le cas des autres diagnostics psychiatriques.

Concernant les pathologies physiques, les résultats ne montrent pas de différence significative entre les moins de 18 mois et les plus de 18 mois. En particulier, il n'y a pas plus de troubles cardiovasculaires, de troubles digestifs ou de problèmes de thyroïde, parmi les patients ayant les ITT plus longues.

Seules les plaintes pour douleurs chroniques sont plus fortes au moment du diagnostic, à la reprise et après 1 an pour les ITT de plus de 18 mois que pour les ITT plus courtes.

Le **risque de rechute** (nouvelles ITT pour burnout de plus ou moins d'un mois) après la reprise du travail n'est pas significativement différent pour les patients ayant eu une ITT de plus de 18 mois que pour les autres.

Les résultats montrent une **intensité des symptômes** différente entre les deux groupes d'ITT ( $p < 0,05$ ):

- L'hypersensibilité émotionnelle et la fatigue sont plus élevées au moment du diagnostic parmi les ITT de plus de 18 mois.
- Toutefois avec le temps, d'autres symptômes se manifestent plus fortement. A partir de la reprise et durant les deux années qui suivent, les problèmes cognitifs (mémoire, concentration) apparaissent plus fortement présents chez les patients ayant eu une ITT de plus de 18 mois que chez les autres. La persistance des problèmes cognitifs dans le temps semble donc significativement plus forte chez les patients ayant eu une longue ITT.

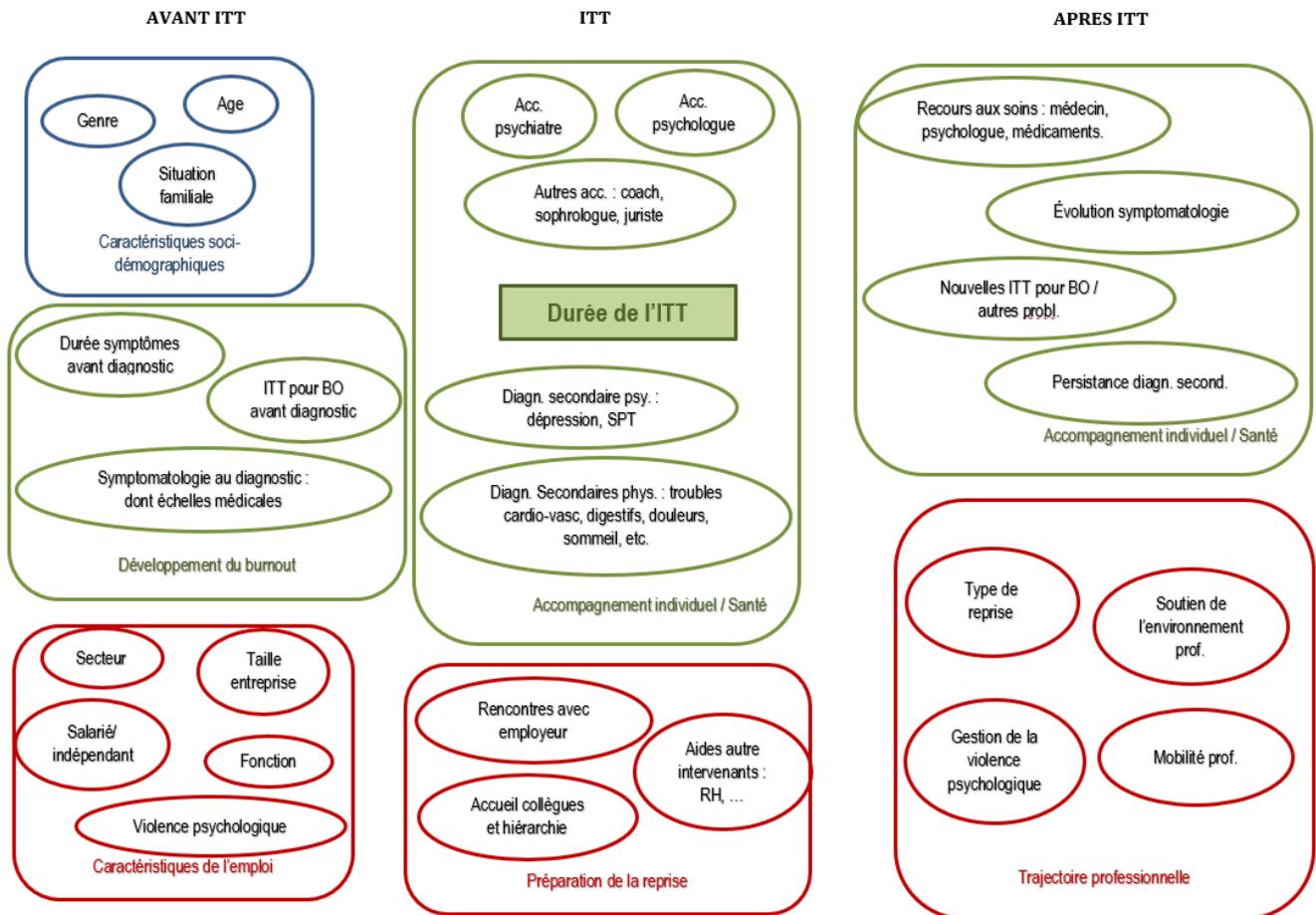
35% des patients ayant eu une ITT de plus de 18 mois ont souffert de **problèmes financiers importants**, contre 18% seulement des autres patients ( $p < 0,05$ ). Ils ont dû plus que les autres ( $p < 0,05$ ) : réduire leur train de vie, renoncer à certains soins, faire appel à leurs proches et/ou dépendre financièrement de leur conjoint.

Concernant **le type de reprise du travail**, la différence entre le groupe de patients ayant eu une ITT de plus de 18 mois et les autres est marquante : 58% d'entre eux ont quitté leur employeur au moment de leur retour au travail, contre à peine 24% des patients ayant repris endéans les 18 mois ( $p < 0,05$ ).

## 6.4. CARTOGRAPHIE DES FACTEURS INFLUENÇANT LA DURÉE DE L'ITT

Afin de clarifier les résultats obtenus et de les mettre en perspective, l'ensemble des liens identifiés a été mis en carte.

FIGURE 3 : FACTEURS LIÉS À LA DURÉE DE L'ITT



Nos résultats montrent que le fait d'être une femme, de vivre sans conjoint et le vécu de violence psychologique correspondent à une durée moyenne d'ITT supérieure. Il apparaît également qu'au plus les symptômes se sont déclarés longtemps avant l'arrêt maladie principal et qu'au plus ils sont lourds au moment du diagnostic, au plus l'ITT moyenne est longue. La présence de diagnostics secondaires psychiques (dépression et/ou stress post-traumatique) ou physiques (troubles cardiovasculaires, troubles du sommeil, ou les douleurs chroniques) sont également des facteurs liés à une l'ITT moyenne plus longue.

La décomposition de variance (Tableau 33) souligne que le tableau clinique (symptômes et pathologies secondaires) investigué dans l'étude, n'explique qu'une faible part de la variabilité de l'ITT.

## 6.5. DISCUSSION

Il est important de différencier les facteurs qui impactent l'apparition du burnout de ceux qui influencent la durée de l'incapacité de travail. Si les premiers sont abondamment explorés dans la littérature, il existe peu d'études qui explorent les seconds. Nous tentons ici de voir comment les variables que nous avons enregistrées peuvent aider à prédire la durée de l'arrêt de travail. Lorsque des données existent dans la littérature, elles sont comparées à nos résultats.

### 6.5.1. FACTEURS LIÉS À LA DURÉE DE L'ITT

Le Tableau 31 met en évidence certains facteurs liés statistiquement à la durée de l'ITT. Ils sont discutés ci-dessous.

Il faut rappeler qu'un lien statistique significatif signale que deux variables évoluent ensemble mais ne dit rien du sens éventuel de la causalité. Dans la discussion, nous interrogerons donc, dès que c'est pertinent, la manière dont ces variables s'influencent entre elles.

### 6.5.2. FACTEURS SOCIO-DÉMOGRAPHIQUES ET TYPE D'EMPLOI

#### 6.5.2.1. Le genre et l'âge

Il apparaît que la durée moyenne de l'ITT est significativement plus longue (3 mois de plus) chez les femmes que chez les hommes. Notre étude ne pointe pas d'effet de l'âge sur cette durée.

L'observation selon laquelle les hommes ont une durée moyenne d'ITT significativement plus courte que les femmes est confirmée par deux études : celle de Karlson et al (2010) et celle de Sonnenschein et al. (2008). L'élément explicatif mis en avant est lié aux stratégies d'adaptation (coping) privilégiées par l'individu. Les femmes recourraient plus souvent à une stratégie d'évitement qui serait associée à des absences médicales plus longues.

Une autre étude, portant sur des patients suédois, montre que le niveau de burnout<sup>25</sup> est en moyenne significativement plus élevé chez les femmes que chez les hommes mais que ce niveau diminue pour les deux sexes avec l'âge. Toutefois dès que d'autres facteurs liés au travail sont pris en compte comme le niveau de contrôle et l'insécurité du job, les horaires variables, ... la différence de sévérité entre les genres se réduit de moitié (Norlund et al, 2010).

Dans une revue de littérature récente Coutu, Durand *et al* (2021) mettent en évidence que les différences de genre observées dans le retour au travail sont principalement liées à la charge de travail cumulative, à l'engagement au travail et aux besoins exprimés et satisfaits. Elles concluent à la nécessité de prendre en compte à la fois les aspects professionnels et personnels lors de l'intégration des questions de genre dans l'évaluation des besoins et de l'efficacité des interventions visant à favoriser le retour au travail.

#### 6.5.2.2. La situation familiale

La durée moyenne de l'ITT est supérieure pour les personnes n'étant pas en couple, qu'elles vivent ou pas avec des enfants ; et cela alors que la pression financière vers le retour au travail pourrait être plus forte pour une personne isolée. Le manque de soutien (voire la solitude ou l'isolement) dans la vie privée pourrait être un facteur aggravant du burnout. Le soutien social du partenaire est mentionné par la littérature comme un facteur diminuant le risque de burnout. Les personnes

---

<sup>25</sup> Mesuré par un questionnaire spécifique : *le Shirom Melamed Burnout Questionnaire (SMBQ)*

qui ne vivent pas en couple ont un risque d'absence pour maladie supérieure à celles qui sont en couple (Schaufeli & Buunk, 2003, Boot et al, 2017 ; Picquendar, 2016). Mais nous n'avons trouvé aucune étude établissant un lien entre la situation familiale et la durée de l'ITT pour burnout.

### **6.5.2.3. Le statut d'indépendant**

Même si le nombre d'indépendants ayant consulté pour burnout est faible (5% des répondants), il apparaît que ce statut a un impact significatif sur l'ITT. En effet, les indépendants s'arrêtent peu, voire pas du tout, puisque leur durée moyenne d'ITT est beaucoup plus courte (5,5 mois) que celle des salariés.

Comme nous l'avons vu au chapitre 3 les conclusions concernant la prévalence du burnout chez les indépendants par rapport à celle enregistrée chez les salariés ne sont pas unanimes. Quoiqu'il en soit, les observations s'accordent pour conclure que les arrêts de travail des indépendants sont plus courts que ceux des salariés, voire souvent inexistant ; ceci en raison d'un double risque financier. En effet, non seulement, beaucoup d'indépendants sont mal couverts pour la perte de revenu engendrée par un arrêt d'activité, mais ils craignent de perdre leur clientèle en cas de longue interruption (Mairiaux, Schippers *et al*, 2012).

Le profil psychologique de l'indépendant pourrait également expliquer qu'il reprend plus rapidement ses activités. Certaines études indiquent que les indépendants seraient habités par la conviction que leur activité et leur réussite dans la vie dépendent avant tout d'eux-mêmes. Leur « locus de contrôle » serait interne, par rapport à d'autres populations de travailleurs qui pensent que leur vie personnelle et professionnelle est surtout déterminée par les événements et des décisions prises en dehors de leur contrôle (par la société, l'entreprise, la hiérarchie, etc.) (Darren Lee Ross 2015).

### **6.5.2.4. Le vécu de violence au travail**

Le lien entre la durée moyenne de l'ITT et le ressenti de violence psychologique est statistiquement significatif et important, puisque les personnes qui se disent victimes de violence psychologique ont une durée moyenne d'ITT de 3 mois supérieure aux autres. Ce point est discuté au chapitre 7.

### **6.5.2.5. Autres caractéristiques de l'environnement de travail**

Notre étude ne met pas en évidence d'impact significatif du secteur public ou privé, ni de la taille dans l'entreprise, ni du type de fonction exercée sur la durée moyenne de l'ITT.

Cette absence d'impact significatif est enregistrée dans l'étude de Engström *et al.* (2007) qui conclut que le secteur (public ou privé) n'est pas significativement relié à la durée moyenne de l'ITT parmi les employés suédois en arrêt maladie pour des problèmes liés au stress. Cette étude ne montre pas non plus d'effet de la taille de l'entreprise.

L'étude de Nielsen et al (2012) met en évidence que les employés du secteur public national ont une durée d'ITT plus courte que celles des travailleurs du secteur privé ou du secteur public municipal. Ce résultat indique que la distinction public/privé est probablement inadéquate pour rendre compte des différences entre les conditions de travail vécues par les travailleurs. Cette étude conclut également que les employés travaillant dans des entreprises de plus grande taille ont une durée d'ITT plus courte (toutefois ce résultat est statistiquement non significatif). Koopmans (2008) trouve également que les employés des grandes entreprises retournent plus

rapidement au travail que les autres. Ceci pourrait être lié au fait que les possibilités de changement de fonction ou d'aménagement de fonction y seraient plus nombreuses.

### 6.5.3. INTENSITÉ DU BURNOUT

L'étude met en évidence un allongement significatif de la durée du traitement pour les patients qui laissent s'installer les symptômes longtemps avant de s'arrêter : l'ITT moyenne passe de 10,3 mois, pour ceux qui consultent dans les 6 mois de l'apparition des symptômes, à 13,5 mois pour ceux qui les supportent pendant plus d'une année avant que le diagnostic ne soit posé. Ceci invite à poser un diagnostic précoce du trouble afin d'éviter un enlèvement de la problématique.

Nous n'avons pas trouvé d'études développant précisément le lien entre la durée des symptômes avant-coureurs et la durée de l'arrêt maladie. Toutefois certaines études s'intéressant au **présentéisme**, c'est-à-dire le fait de continuer à travailler malgré les symptômes de la maladie, nous semblent intéressantes.

Vroome (2006) conclut que le présentéisme se rencontre davantage dans les professions liées au service à la personne que dans d'autres professions (industrie, administration, construction, ...). Ce présentéisme semblerait également positivement corrélé à la charge de travail.

Fiorini *et al*, (2018) explorent d'autres raisons à l'origine du présentéisme telles que : le sens du devoir et des responsabilités à l'égard des bénéficiaires (ex. patients), l'esprit de solidarité à l'égard des collègues qui devront gérer le travail de l'absent(e), ou la culture de l'entreprise qui valorise le travail d'équipe et la bonne entente entre employés.

Une autre hypothèse pourrait également être avancée. Nous observons régulièrement en consultation que le patient, en toute bonne foi, a peu conscience de la gravité de son état. Son organisme a développé de tels mécanismes d'adaptation à la situation qu'il ne perçoit pas les risques encourus. Il ne consulte d'ailleurs parfois pas de sa propre initiative, mais encouragé par la famille, la hiérarchie ou les collègues qui se sont inquiétés de son état.

Notre étude ne permet pas de distinguer les causes du présentéisme en cas de burnout. Elle indique cependant que le présentéisme, en retardant le moment de l'arrêt maladie, donne lieu en définitive à une ITT moyenne plus longue. Ce résultat est similaire à celui obtenu dans une autre étude qui conclut que si le présentéisme réduit à court terme le nombre d'ITT ; il pourrait se traduire par la suite par des taux d'absence pour maladie plus élevés. Les interventions visant à réduire la durée de l'arrêt maladie seraient donc contre-productives si le présentéisme en est le résultat (Aronsson, et al, 2000).

L'effet de la dimension « épuisement » (échelle de Maslach) sur la durée moyenne de l'ITT paraît extrêmement important puisque l'ITT moyenne passe de 6,7 mois pour un indice d'épuisement faible ou modéré à 12,7 mois pour un score d'épuisement élevé. Ceci montrerait que la phase de récupération physique et émotionnelle du burnout peut être longue, en comparaison des autres symptômes (dépersonnalisation et perte de satisfaction) lesquels, dès lors que la personne est plus reposée, disparaîtraient plus rapidement. Ce résultat devrait pouvoir être confirmé sur un échantillon plus large, vu le petit nombre de patients ayant répondu faible ou modéré sur cette dimension de l'échelle de Maslach. Notons qu'il correspond aux observations faites en consultation : la fatigue est généralement le symptôme le plus lent à disparaître alors que cynisme, déshumanisation et intérêt pour le métier ont généralement tendance à s'améliorer plus rapidement.

#### 6.5.4. TRAITEMENT MÉDICAL, PSYCHOLOGIQUE ET AUTRES

L'étude ne permet pas de mettre en évidence une relation entre le type de traitement prescrit par le psychiatre et la rapidité du retour au travail. En effet, en raison de sa nature monocentrique et observationnelle, elle ne compare pas plusieurs groupes homogènes de patients ayant reçu des traitements identiques<sup>26</sup>.

Si notre étude ne permet pas d'identifier un éventuel impact de la stratégie thérapeutique mise en place sur la durée de l'ITT, certaines recherches ont tenté d'identifier les meilleures stratégies de soins. Nous en mentionnons ici les résultats principaux.

Ahola *et al.* (2017) listent les études (publiées entre 2000 et 2015) portant sur le traitement des patients en burnout. Les études répertoriées identifient diverses stratégies : certaines orientées exclusivement sur l'individu, d'autres incluant des interventions en lien avec le milieu de travail. Si ces études portent généralement sur un nombre assez réduit de patients (seules 4 études sur les 14 analysées par Ahola *et al.*, portent sur un échantillon de plus de 100 patients), elles ont toutes été construites en faisant intervenir un groupe contrôle n'ayant pas suivi la stratégie de prise en charge évaluée (ni aucune autre). Quoique les méthodologies d'analyse et d'échantillonnage ainsi que les stratégies de traitement testées soient assez hétérogènes et que les résultats soient parfois peu tranchés (Ahola *et al.* 2017), les conclusions tentent à montrer que les psychothérapies de type TCC permettent une amélioration plus rapide des symptômes enregistrés sur l'échelle de Maslach, par rapport à une absence de traitement (Saganha *et al.*, 2012, de Vente *et al.*, 2008, Peterson *et al.*, 2008).

Dans une revue de littérature, Perski, Grossi *et al.* (2017) concluent à l'intérêt d'avoir l'intervention d'un expert du monde du travail qui soutient le travailleur dans son dialogue avec l'entreprise.

D'autres études démontrent l'impact positif de thérapies corporelles telles que la relaxation ou d'autres pratiques qui développent la conscience corporelle sur la réduction durable du stress (Schaufeli, Buunk, 2003).

Grensman *et al.*, (2018) montrent, à travers une étude réalisée sur 95 patients en arrêt maladie pour burnout, à Stockholm et dans les environs, que les thérapies du type « mindfulness based cognitive therapy », ou « cognitive behavioral therapy » ou « traditional yoga » entraînent des améliorations significatives ( $p < 0,05$ ), dans plusieurs des domaines touchés particulièrement par l'épuisement professionnel comme le bien-être émotionnel, le bien-être physique, les fonctions cognitives et le sommeil.

La littérature confirme donc l'intérêt de combiner une approche de type TCC, un accompagnement spécifiquement orienté autour de l'environnement de travail et une approche de thérapie corporelle favorisant la gestion du stress comme la Qijong, le « mindfulness » ou le yoga. Selon les recherches, cette combinaison d'approches permettrait d'accélérer la réduction des symptômes et de réduire la durée de l'ITT (CSS, 2017, p27 ; Perski, Grossi *et al.*, 2017 ; Mesters *et al.*, 2017, p.305 ; Blonk *et al.*, 2006 ; Pijpker *et al.*, 2020 ; Norlund *et al.*, 2011)

---

<sup>26</sup> Voir 4.6.3

### **6.5.5. PATHOLOGIES SECONDAIRES**

La question des pathologies somatiques ou psychologiques associées au burnout est abondamment traitée dans la littérature qui fait apparaître divers liens. Nous avons explicité plus haut<sup>27</sup> le lien complexe entre les diagnostics secondaires et la survenance du burnout.

Nos résultats identifient le lien entre la présence de diagnostics secondaires somatiques ou psychiatriques et la durée moyenne de l'ITT. Elle fait apparaître un impact important de deux diagnostics secondaires psychiatriques sur la durée de l'ITT : la dépression qui allonge l'ITT moyenne de 7 mois et le stress post-traumatique qui l'allonge de 4 mois.

Deux diagnostics somatiques sont également liés statistiquement avec une absence plus longue : la présence de problèmes cardio-vasculaires allonge l'ITT moyenne de 2 mois et un problème de sommeil diagnostiqué par une polysomnographie positive (PSG) l'allonge de 3 mois<sup>28</sup>.

Les autres diagnostics secondaires n'ont pas d'effet statistiquement significatif sur la durée de l'ITT ; sauf la plainte pour douleurs chroniques qui augmenterait l'ITT moyenne de 10,8 à 12,8 mois.

Bien que beaucoup d'études mettent en évidence un lien entre pathologies physiques et prévalence du burnout, peu d'entre elles se penchent sur l'impact des diagnostics secondaires sur la durée moyenne de l'ITT.

Néanmoins, deux études confirment nos résultats et montrent que les employés avec syndrome dépressif et autres problèmes psychologiques (dont les troubles anxieux, stress post-traumatique, etc.) retournent moins rapidement au travail. Parallèlement, l'absence de troubles psychiatriques raccourcit la période d'absence (Nielsen, *et al.*, 2011 ; Koopmans, 2008).

Une autre étude s'intéressant aux « troubles mentaux communs »<sup>29</sup> montre que la durée de l'arrêt maladie est directement liée au diagnostic médical posé, même si d'autres facteurs démographiques ou liés au travail peuvent également avoir une influence. Selon cette étude, l'association de deux troubles tels que le burnout et la dépression ou le SPT a donc un impact déterminant sur la durée de l'ITT (Flach et al, 2012).

### **6.5.6. MODALITÉS DE RETOUR AU TRAVAIL**

Il apparaît clairement que les IIT les plus courtes sont associées à des reprises de travail dans les mêmes fonctions et avec un régime de temps de travail identique à celui qui prévalait antérieurement à l'arrêt. Ce résultat pourrait s'expliquer par le fait que tout changement chez l'employeur (temps de travail et/ou fonction) peut nécessiter un temps de négociation et d'ajustement avant le retour. Il est également possible que les personnes qui changent de fonction ou réduisent leur temps de travail témoignent d'un burnout plus sévère (problèmes de santé associés, climat de travail et conditions de travail plus pénibles, vécu de violence psychologique, etc.) nécessitant des changements plus fondamentaux.

Contrairement à nos résultats, la littérature ne montre pas une augmentation de la durée moyenne de l'ITT en cas de changement de fonction. A l'inverse, les travaux de Nieuwenhuijsen, Verbeek, et

---

<sup>27</sup> Cfr 4.6.2.

<sup>28</sup> Sont identifiés lors de la PSG : troubles respiratoires (apnées / hypopnées), neurologiques (syndrome des jambes sans repos, myoclonies), décalages de phases, micro réveils, somnambulismes, terreurs nocturnes, troubles de l'oxygénation et du rythme cardiaque, etc..

<sup>29</sup> *common mental disorders including depression, generalised anxiety disorder (GAD), panic disorder, phobias, social anxiety disorder, obsessive-compulsive disorder (OCD) and post-traumatic stress disorder (PTSD)*

al (2003) mettent en évidence que des changements dans l'environnement de travail ou dans la fonction du travailleur seraient utiles pour améliorer l'adéquation entre l'employé et sa fonction et augmenter ainsi son bien-être au travail. Selon les auteurs, ces changements devraient permettre de diminuer la durée de l'absence médicale. Selon nous, ces changements devraient plutôt être de nature à réduire le risque de rechute : cela sera discuté plus loin.

Parallèlement, quitter son employeur correspond à un rallongement de la durée moyenne de l'ITT qui est de 14,9 mois ; alors que ceux qui retournent chez l'employeur s'absentent en moyenne durant 9,8 mois. Cet effet se confirme sur les ITT de plus de 18 mois qui conduisent moins fréquemment au retour chez l'employeur que les ITT plus courtes.

La prise d'une prépension allonge également la durée moyenne de l'ITT de près de 10 mois. Il se pourrait que cet allongement reflète le délai nécessaire pour être admissible à ce statut. Il se pourrait également que cet allongement traduise la difficulté pour le travailleur de se résoudre à une option qui n'avait pas sa préférence au départ et qui s'est progressivement imposée au cours de la négociation avec l'employeur.

Une observation similaire se retrouve dans les travaux de Norlund *et al* (2011). Selon eux, une absence médicale de plus de 6 mois diminuerait significativement la probabilité de reprise du travail. E. Sundstrup (2018) identifie les facteurs qui prédisent la durée de l'absence et la demande de mise à la pension dans une population de 5076 travailleurs danois (Age moyen : 54ans). Les facteurs prédictifs sont : travail exigeant une mobilisation importante des fonctions cognitives (concentration, mémoire, etc.), métiers avec une charge émotionnelle importante, peu de pouvoir ou de possibilité d'exercer un contrôle sur le travail (marge de manœuvre et d'autonomie réduite), peu de reconnaissance de la part du management, description imprécise du rôle et fonction, conflit de rôles.

## CHAPITRE 7. CAS PARTICULIER DU VÉCU DE VIOLENCE AU TRAVAIL

---

Cette étude a pour objectif d'identifier les facteurs prédictifs de la durée de l'ITT pour burnout ainsi que le devenir professionnel et l'évolution de la santé lors du retour au travail. Or nos résultats montrent que le vécu de violence au travail apparaît fréquemment parmi les personnes ayant souffert de burnout. Nous nous attacherons donc à préciser dans quelle mesure l'expérience de violence psychologique au travail affecte la durée de l'ITT, les modalités de retour au travail, la suite de la trajectoire professionnelle et la santé de l'individu.

Nous avons également questionné les patients sur la façon dont leur entreprise s'est positionnée et les suites qu'elle a réservées au problème.

Nous avons volontairement choisi dans notre étude le terme de « violence psychologique » qui regroupe un ensemble de comportements nuisibles et répréhensibles et est moins connoté juridiquement que le mot « harcèlement ».

La présence de harcèlement a été néanmoins abordée durant l'enquête via une question qui s'enquerrait de l'existence d'un dépôt de plainte de la part des participants concernés. Le terme de « violence psychologique » englobe donc également les faits de harcèlement.

Enfin, notons que cette étude n'investigue pas spécifiquement la problématique du harcèlement à caractère sexuel.

### 7.1. AVANT L'ITT, SELON LES RÉPONDANTS (N=352)

70% des répondants considèrent avoir vécu de la violence psychologique au travail selon la définition de Leymann<sup>30</sup>. Pour 98% d'entre eux, ce vécu a contribué à leur burnout.

44% des patients s'en sont plaints lors de la consultation avec le psychiatre. La plainte a été enregistrée via le questionnaire de Leymann (Leymann, 2006) complété par le patient<sup>31</sup>.

### 7.2. APRÈS L'ITT, SELON LES RÉPONDANTS

97 patients, qui ont vécu de la violence au travail et qui sont retournés chez leur employeur, ont été interrogés sur les conditions de leur réintégration et sur la manière dont leur vécu de violence psychologique a été abordé par l'entreprise à leur retour.

- Pour 77% des répondants, aucune manifestation de reconnaissance portant sur le vécu de violence psychologique n'a été exprimée par l'employeur (82 personnes ont répondu à la question).

---

<sup>30</sup> « La violence psychologique au travail peut se définir par une situation où une personne est sujette à des comportements hostiles de la part d'une ou de plusieurs personnes de son environnement de travail, qui visent à la blesser, à l'oppresser, à la maltraiter, ou encore à l'exclure ou à l'isoler pendant une longue période de temps ». (Leymann, 1990)

<sup>31</sup> Le « Leymann Inventory of Psychological Terror » est une échelle évaluant le vécu de violence psychologique au travail durant les 12 derniers mois dans différentes situations. Cinq aspects sont évalués : les relations de travail, l'isolement, la punition par modification des tâches, les attaques sur la personne, la violence et menace de violence.

- Pour 71% des répondants, aucune mesure n'a été prise (80 personnes ont répondu à la question).
- Dans 58% des cas, les faits de violence psychologique se sont reproduits à l'encontre de la personne elle-même ou d'autres travailleurs de l'organisation (76 personnes ont répondu à la question).
- 46% des répondants considèrent avoir subi des mesures de rétorsion après leur retour (74 personnes ont répondu à la question).

TABLEAU 35: MESURES PRISES PAR L'EMPLOYEUR QUAND IL Y EN EU, CONCERNANT LA VIOLENCE PSYCHOLOGIQUE VÉCUE PAR LA PERSONNE AVANT SON BURNOUT.

Type de mesure (il peut y en avoir eu plusieurs)	N
Vous avez changé de poste, de service ou de département	17
Des mesures de prévention ou de protection ont été prises à votre égard	5
Des mesures ont été prises envers le/les responsables de la violence psychologique	5
Des mesures collectives de prévention ou de protection des travailleurs ont été prises	5
Le conseiller en prévention des risques psycho-sociaux (ou la personne de confiance) est intervenu	1
D'autres mesures ont été prises	7

La mesure la plus fréquemment prise est le déplacement de la victime dans l'entreprise (Tableau 35).

Notons que dans deux cas, le harceleur a été « mis à l'écart » via une promotion.

#### *Demandes d'intervention psychosociale pour harcèlement*

34 demandes d'intervention psychosociale pour harcèlement (soit 35 % des personnes qui ont vécu de la violence psychologique et qui sont retournées chez leur employeur) ont été faites. Cinq d'entre elles ont trouvé une solution juste du point de vue de la victime (4 sont encore en cours et 26 n'ont pas abouti à une solution juste selon le plaignant).

Quand ils sont invités à expliciter les raisons de l'absence de solution, les plaignants signalent :

- L'absence de soutien au niveau institutionnel et hiérarchique, voire l'impression que le « supposé » harceleur est « protégé ».
- L'inefficacité des services internes et externes pour la prévention et la protection au travail (SIPPT ou SEPPT), voire l'impression qu'il existerait une « collusion » entre la hiérarchie et eux.
- La peur de porter plainte par crainte de représailles ou de mise à l'écart.
- Un classement sans suite malgré un dossier fourni et argumenté.

Enfin certains répondants signalent ne pas s'être plaints parce qu'ils quittaient leur entreprise : la demande d'intervention leur semblait dès lors inutile.

### 7.3. VARIABLES LIÉES STATISTIQUEMENT AU VÉCU DE VIOLENCE PSYCHOLOGIQUE

Dans cette partie, nous explorons les liens entre le vécu de violence psychologique avant burnout et la trajectoire professionnelle et de soins après burnout. Nous avons tenté de dégager une représentation des liens entre différentes variables et la violence psychologique.

TABLEAU 36 : LIEN STATISTIQUE ENTRE LE VÉCU DE VIOLENCE PSYCHOLOGIQUE AVANT LE BURNOUT ET LES TRAJECTOIRES PROFESSIONNELLES ET DE SANTÉ (TEST DE WILCOXON-MANN-WHITNEY)

Variable	p valeur	Lien statistique observé (v.p. = violence psychologique)
<b>Caractéristiques environnement de travail et environnement personnel</b>		
Genre	p<0,05	Les femmes signalent davantage un vécu de v.p. que les hommes
Age	n.s.	
Secteur (public / privé)	p<0,05	Les travailleurs du secteur public signalent davantage un vécu de v. p. que ceux du secteur privé
Fonction	n.s.	
Taille de l'entreprise	n.s.	
<b>Burnout et diagnostics secondaires</b>		
Durée des symptômes avant diagnostic	p<0,05	Les répondants ayant vécu de la v. p. ont une probabilité plus grande de laisser les symptômes évoluer plus de 6 mois avant de consulter
Arrêt maladie précédant	p<0,05	Les répondants ayant vécu de la v. p. ont une probabilité plus grande d'avoir été en ITT pour épuisement avant l'épisode pour lequel ils ont consulté le psychiatre
Symptomatologie au diagnostic	p<0,05	La symptomatologie au diagnostic est plus sévère chez les répondants ayant vécu de la v. p.
Difficultés de concentration au diagnostic	p<0,05	Les troubles de la concentration lors du diagnostic sont plus importants chez les répondants ayant vécu de la v. p.
Difficultés au niveau de la mémoire au diagnostic	p<0,05	Les troubles de la mémoire au diagnostic sont plus importants chez les répondants ayant vécu de la v. p.
Hypersensibilité émotionnelle au diagnostic	n.s.	
Fatigue au diagnostic	n.s.	
Problèmes de sommeil au diagnostic	n.s.	
Maslach épuisement prof	n.s.	
Maslach dépersonnalisation	n.s.	
Maslach satisfaction prof	n.s.	
Durée moyenne de l'ITT	p<0,05	L'ITT est plus longue en moyenne (+3mois) pour les répondants ayant vécu de la v. p.
Dépression	p<0,05	La probabilité de dépression est supérieure chez les répondants ayant vécu de la v. p.
Stress post-traumatique	p<0,05	La probabilité de stress post-traumatique est plus élevée chez les répondants ayant vécu de la v. p.

n.s. : non significatif

Variable	p valeur	Lien statistique observé (v.p. = violence psychologique)
<b>Recours aux soins</b>		
Intensité et durée du traitement psychothérapeutique pendant et après l'ITT	p<0,05	Les personnes ayant vécu de la v. p. rencontrent leur psychologue, non seulement plus fréquemment mais aussi pendant une plus longue période. Les personnes ayant vécu de la v.p. consomment encore davantage de visites chez le psychologue deux ans après leur retour au travail.
<b>Après ITT</b>		
Retour dans l'entreprise	n.s.	
Reprise dans la fonction	p<0,05	La probabilité de ne pas retourner dans sa fonction est supérieure chez les répondants ayant vécu de la v. p.
Temps partiel médical	n.s.	
Aide de l'employeur	p<0,05	Les répondants ayant vécu de la v. p. considèrent avoir été moins bien aidés par leur employeur lors de la reprise
Accueil par les collègues au retour	p<0,05	Les répondants ayant vécu de la v. p. considèrent avoir été moins bien accueillis par leurs collègues lors de la reprise
Retrouvé la forme	p<0,05	La probabilité d'avoir aujourd'hui retrouvé la forme précédente le burnout est plus faible chez les répondants ayant vécu de la v. p.
Persistance de troubles psychologiques au-delà de la reprise	p<0,05	La probabilité d'avoir des troubles psychologiques qui perdurent pendant l'année qui suit la reprise est plus élevée chez les répondants ayant vécu de la v. p.
Antidépresseurs	n.s.	
Autres médicaments	n.s.	
Rechute : nouvelle ITT pour fatigue prof, de plus d'un mois, après la reprise	n.s.	
Statut actuel	p<0,05	Il y a davantage de répondants ayant vécu de la v. p. ayant pris leur pension au moment de l'étude (18% contre 6% de ceux qui n'ont pas vécu de v.p.). Très peu de répondants ayant vécu de la v. p. sont restés dans leur organisation et leur fonction sur le moyen terme 6% pour 23% de ceux qui n'ont pas vécu de v.p.

*n.s. : non significatif*

Le vécu de violence psychologique au travail est donc lié statistiquement avec des éléments associés à une sévérité plus forte du burnout (Tableau 36) :

- Une symptomatologie au diagnostic plus importante, avec en particulier des troubles cognitifs plus intenses
- Un allongement de la durée moyenne de l'ITT
- Une probabilité supérieure de souffrir de dépression et de stress post-traumatique

Le vécu de violence psychologique entraîne également une plus forte probabilité de changement de fonction à la reprise. Globalement, les personnes ayant vécu de la violence au travail ont des trajectoires professionnelles les amenant à davantage de mobilité (p<0,05) (Tableau 36).

Les résultats ne montrent pas de liens entre le vécu de violence psychologique et le développement de diagnostics secondaires somatiques (problèmes cardiovasculaires, troubles digestifs, douleurs chroniques, etc.).

TABLEAU 37 : ANALYSE DES RISQUES LIÉS AU VÉCU DE VIOLENCE PSYCHOLOGIQUE AU TRAVAIL, RAPPORT DE COTE (N=198)

	<b>Rapport de cote</b>	<b>p valeur</b>	<b>Intervalle de confiance à 95%</b>
Genre	2,49	0,0134*	[1,21 ; 5,13]
Secteur public	2,79	0,0124*	[1,25 ; 6,25]
Symptomatologie au diagnostic sévère	3,03	0,0292*	[1,12 ; 8,19]
Dépression	3,56	0,0442*	[1,03 ; 12,24]
SPT	2,83	0,0408*	[1,04 ; 7,68]
ITT de plus de 18 mois	2,19	0,0677	[0,94 ; 5,07]
Pas retrouvé la forme	3,85	0,0003*	[1,86 ; 7,93]
Reprise dans la même fonction	2,82	0,0295*	[1,11 ; 7,19]
Problèmes financiers	5,98	0,0043*	[1,75 ; 20,40]

\* : <0,05

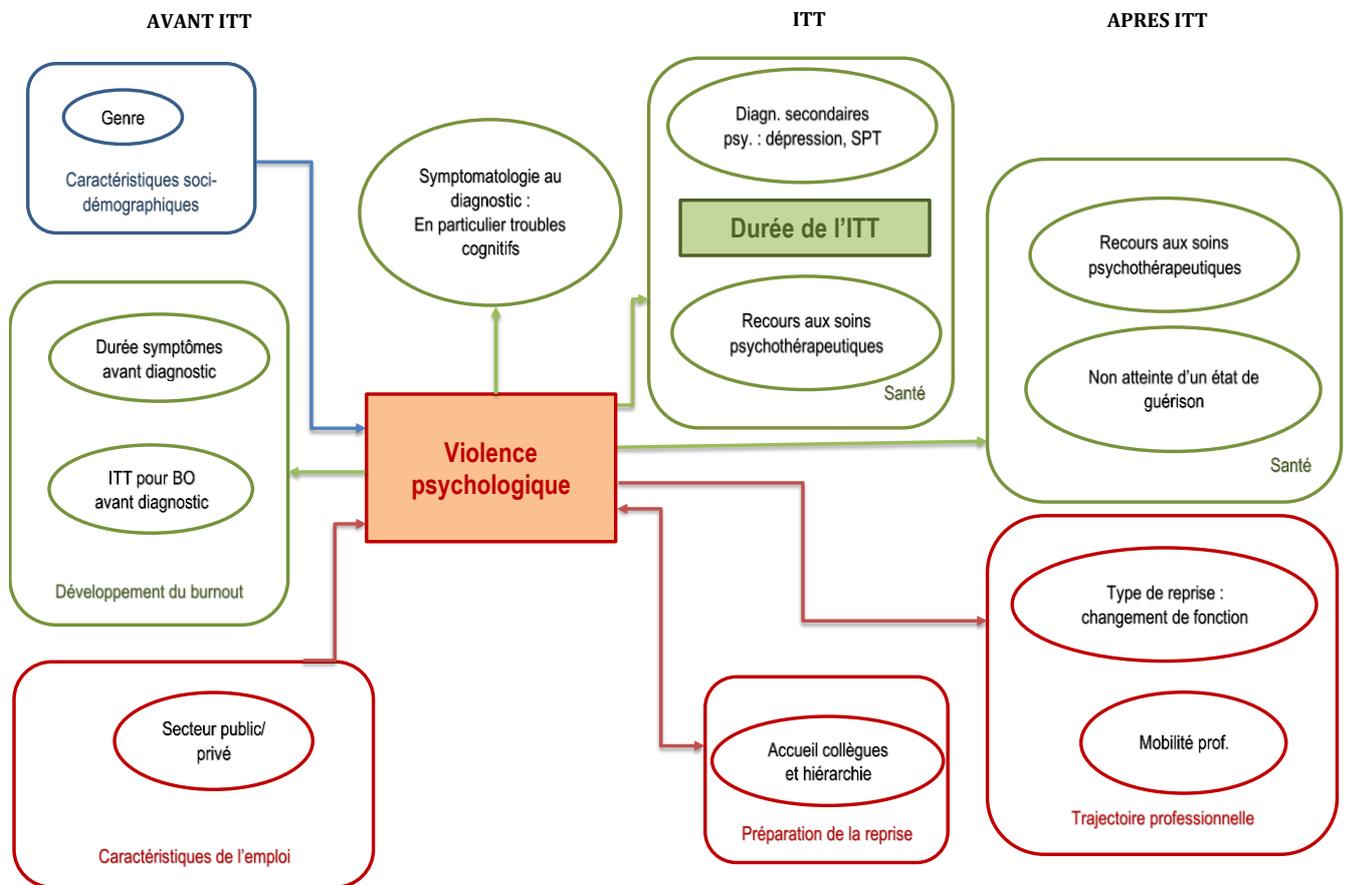
L'analyse des risques (Tableau 37) fait apparaître que :

- Le vécu de violence psychologique multiplie le risque de présence d'une symptomatologie sévère au diagnostic, de l'apparition de dépression et de stress post-traumatique, par un facteur de, respectivement : 3 ; 3,5 et 2,8.
- Le risque d'une ITT de plus de 18 mois est deux fois plus grand pour les personnes ayant un vécu de violence psychologique au travail (avec une p-valeur de 6%).
- Être une femme et travailler dans le secteur public multiplie le risque de violence psychologique, respectivement par un facteur de 2,5 et de 2,8.

## 7.4. CARTOGRAPHIE DES FACTEURS LIÉS AU VÉCU DE VIOLENCE PSYCHOLOGIQUE

Afin de clarifier les résultats obtenus et de les mettre en perspective, l'ensemble des liens identifiés a été mis en carte.

FIGURE 4 : FACTEURS LIÉS AU VÉCU DE VIOLENCE PSYCHOLOGIQUE



Nos résultats montrent que le genre et le secteur public augmente le risque de vécu de violence psychologique. Parallèlement, ce vécu a de nombreuses conséquences sur la santé au moment du diagnostic mais aussi à plus long terme. La trajectoire professionnelle est également impactée par le vécu de violence psychologique.

## 7.5. DISCUSSION

Notre étude questionne les patients sur leur vécu de violence psychologique au sens de la définition de Leymann (1990) : « *La violence psychologique au travail peut se définir par une situation où une personne est sujette à des comportements hostiles de la part d'une ou de plusieurs personnes de son environnement de travail, qui visent à la blesser, à l'oppresser, à la maltraiter, ou encore à l'exclure ou à l'isoler pendant une longue période de temps* »<sup>32</sup>.

Notons que le terme « harcèlement » a une acception précise en droit pénal et en droit du travail. Dans leur vécu, les individus parlent de violence psychologique au travail dans des situations diverses, dont certaines ne relèvent pas de la justice pénale (comportements manipulateurs répétés, agressivité de la part de clients, pression sur les délais de réalisation du travail, disponibilité continue exigée, conflits avec des collègues...). Même s'ils n'entrent pas dans le champ pénal strict, ces éléments constituent des facteurs de violence psychologique.

Notre analyse se base sur le vécu du patient et le diagnostic du clinicien qui confirme la réalité de l'expérience et ses effets sur l'état de santé physique et psychique. Elle nous permet de comprendre comment ce vécu de violence psychologique affecte la durée de l'ITT, la trajectoire santé du patient et sa trajectoire professionnelle. Une même stimulation extérieure peut affecter différemment les individus. Certains l'exprimeront par un burnout, d'autres par de l'hypertension ou un accident cardiaque, voire par un investissement redoublé dans le travail et l'action. La façon avec laquelle la violence est perçue et gérée par le patient fait partie de sa souffrance et de son vécu d'être en danger.

Nous discutons nos résultats en lien avec la littérature qui concerne le harcèlement moral « bullying », ainsi que le « mobbing » (processus concerté d'élimination d'un employé, d'un collègue, pris pour « cible »)<sup>33</sup>.

Notre étude ne portant que sur des patients ayant effectivement eu un burnout, elle ne permet pas de quantifier un accroissement éventuel du risque de burnout en fonction d'un vécu de violence psychologique. Il nous semble toutefois important de rappeler brièvement les enseignements de la littérature à ce sujet. Plusieurs études ont mis en évidence les effets du vécu de harcèlement moral sur la santé physique et psychique et en particulier sur le développement d'un stress post-traumatique et sur le risque de burnout. (Xu, Magnusson *et al*, 2018, Milczarek M *et al*, 2010, Rodriguez-Munoz *et al*, 2010, Edmondson & Känel, 2017). L'étude de Roldán *et al* (2013) confirme l'existence d'une relation entre la violence physique et psychologique au travail et le risque de burnout dans le secteur hospitalier. Une autre étude montre que lorsqu'un travailleur connaît la peur d'une confrontation à de la violence au travail, il court le risque de connaître des niveaux

---

<sup>32</sup> D'après la législation en vigueur en Belgique, « *Le harcèlement moral au travail est constitué de plusieurs conduites qui ont pour objet ou comme effet (selon que l'auteur agit de façon intentionnelle ou non) :*

- *De porter atteinte à la personnalité, à la dignité ou à l'intégrité physique ou psychique d'une personne*
- *De mettre en péril l'emploi de cette personne*
- *De créer un environnement intimidant, hostile, dégradant, humiliant ou offensant*

*Pour être considérées comme du harcèlement, ces conduites doivent être abusives et se produire pendant un certain temps. Elles se manifestent notamment par des comportements, des paroles, des intimidations, des actes, des gestes et des écrits unilatéraux.* » (SPF Emploi, Belgique)

<sup>33</sup> L'employé est ciblé par un petit groupe de « mobbeurs » instigateurs, occupant souvent des positions d'autorité, qui considèrent qu'il nuit à un ou plusieurs de leurs intérêts (autre conception de l'organisation, salaire plus élevé, lanceur d'alerte...).

importants d'épuisement et de deshumanisation (cynisme) (Portog. 2017). Ainsi, même si la quantification de l'intensité des troubles résultant du harcèlement est parfois imprécise (Nielsen *et al*, 2015), le lien entre harcèlement moral au travail et risque de burnout n'est plus à démontrer.

### **7.5.1. EFFET DE LA VIOLENCE AU TRAVAIL SUR LA SANTÉ ET LA TRAJECTOIRE PROFESSIONNELLE**

Les répondants de l'étude signalent un taux élevé (70%) de vécu de violence au travail. Ce résultat témoigne du fait que beaucoup d'entre eux ont vécu des relations ou évènements à caractère violent sur leur lieu de travail, avec des collègues, la hiérarchie, voire parfois des clients, des usagers, des élèves ou des patients.

Nos résultats montrent que **le vécu de violence psychologique aggrave le burnout** : la symptomatologie au diagnostic est plus sévère et la durée moyenne de l'ITT est plus longue. La présence de violence psychologique au travail correspond à une durée d'ITT moyenne de 12,6 mois (SD 8,4), contre 9,8 mois (SD 7,3) pour ceux qui disent ne pas avoir vécu de violence au travail ( $p < 0,05$ ) (Tableau 36).

Nous n'avons pas trouvé d'étude mettant explicitement en évidence un allongement de la durée de l'ITT pour burnout en fonction du vécu de violence. Néanmoins certaines études montrent que le vécu de harcèlement au travail entraîne une augmentation de l'absentéisme.

Une étude italienne, portant sur un questionnaire envoyé à près de 9000 personnes, interroge le harcèlement au travail, les facteurs de stress et les jours d'absence pour maladie. Elle montre qu'un harcèlement au travail est associé à une augmentation significative du nombre de jours d'absence pour maladie ; et ceci après prise en compte du sexe, de l'âge, des qualifications professionnelles, du secteur de l'entreprise et de la nature juridique et d'autres facteurs psychosociaux. Cette étude conclut que le harcèlement dans le milieu professionnel peut être considéré comme une condition de stress extrême (Campanini *et al*, 2013).

Une autre étude montre une augmentation de 15 à 22% du nombre d'absences longue durée chez les travailleurs ayant souffert de harcèlement par rapport aux autres (Hansen *et al*, 2017)..

Une étude belge précise le processus par lequel harcèlement et absentéisme seraient liés (Janssens *et al*, 2016). Selon elle, l'exposition au stress professionnel peut créer des circonstances dans lesquelles le travailleur risque de devenir la cible d'intimidation. Ce résultat suggère que réduire le stress au travail peut être un élément important dans la prévention du harcèlement et des absences pour maladie qui en découlent.

Si nos résultats ne montrent pas de liens significatifs entre pathologies physiques et vécu de violence psychologique, **la littérature répertorie des pathologies organiques sévères liées à ce vécu**. Les troubles identifiés sont les maux de dos et troubles musculosquelettiques, les maladies cardiovasculaires et céphalées, les problèmes digestifs, la fatigue chronique, les vertiges, les troubles du poids, le diabète de type 2. Pour calmer la souffrance, les victimes peuvent avoir recours à une surconsommation d'alcool, de produits « illicites », d'anxiolytiques et d'antidépresseurs (Eurofund, 2015, Xu *et al*, 2017).

Dans notre étude, le délai observé entre l'apparition des symptômes et l'arrêt de travail est plus long chez les patients ayant souffert de violence psychologique. Ce même constat est fait dans une étude danoise : les auteurs mettent en évidence un lien positif entre le **présentéisme** au travail (c'est-à-dire venir travailler alors que le travailleur se sent malade) et le harcèlement subi (Conway, Clausen, 2015).

Ceci pourrait provenir de la crainte de la personne de se mettre à l'écart de son travail qu'elle perçoit comme lui étant hostile et qui, en son absence, pourrait prendre des décisions défavorables la concernant. La victime craint alors de « quitter le terrain » et de laisser le « champ libre » à ses agresseurs.

Une autre hypothèse résulte dans le « syndrome d'inhibition » : la victime est dans un état de stupeur, d'incompréhension et de paralysie. Elle doute de la réalité et de la justesse de son jugement. Elle développe de la fatigue, des troubles de la mémoire et de la concentration, un sentiment de honte et de culpabilité, une perte d'estime de soi. La sidération psychologique s'installe insidieusement et la victime abandonne progressivement toute velléité de se défendre. Ce syndrome d'inhibition peut expliquer le délai entre l'apparition du malaise et le recours au médecin et aux démarches administratives éventuelles.

Nos résultats indiquent que la probabilité de voir se développer un diagnostic secondaire psychiatrique comme la **dépression ou le stress post-traumatique** est plus élevée en cas d'exposition à la violence au travail. Elle est plus que triplée (multipliée par 3,5) pour ce qui concerne le risque de dépression et presque triplée pour le risque de stress post-traumatique (multipliée par 2,8). Ce vécu semble donc considérablement alourdir le tableau clinique de ces patients (Tableau 37). Cet alourdissement s'accompagne d'une fréquence supérieure des visites chez le psychothérapeute, visites qui s'étaleront sur une plus longue période que pour les patients n'ayant pas vécu de violence psychologique.

Ce lien entre la violence au travail et les troubles psychiques est largement documenté dans la littérature (Rudkjoebing *et al*, 2020). Baran Tatar et Yuksel (2019) mettent en évidence un taux de 71,5% de PTSD et de 78,5% de dépression majeure parmi les 130 patients de leur étude ayant subi du harcèlement au travail.

En particulier, le lien entre stress post-traumatique et harcèlement est documenté par Leymann, Gustaffson, (1996) à travers des recherches psychosociales sur le mobbing en Europe. Le harcèlement moral, défini comme un facteur de stress social extrême sur les lieux de travail, y apparaît comme ayant des graves conséquences sur la santé mentale et psychosomatique avec des effets mentaux comparables au stress post-traumatique lié à des circonstances de guerre ou des expériences de camp de prisonniers (résultat confirmé par l'étude de Campanini *et al*, 2013).

Les neurosciences expliquent les causes qui sous-tendent l'apparition des maladies anxio dépressives et physiques décrites ci-dessus. En effet, les personnes exposées à de la violence sociale (harcèlement, mobbing, bullying) connaissent de profonds remaniements au niveau du cerveau. Certains mécanismes neurobiologiques et neuro-hormonaux sont suractivés alors que la prolifération de certains circuits neuronaux est inhibée (Rossouw, 2013). La dimension biologique à l'origine des problèmes de santé est donc concrète et objectivée.

Chappell et Di Martino (2000) mettent en évidence, dans une analyse de l'Organisation Internationale du Travail, les effets collectifs du harcèlement. Ils montrent que le harcèlement moral génère des arrêts pour maladie, des longs traitements médicaux et une réinsertion ardue dans l'emploi. Ils concluent : « *Au total, il a été estimé que le stress et la violence peuvent être à l'origine de jusqu'à 30% du coût global des accidents du travail et des problèmes de santé.* » (Chapell et Di Martino 2000, p.138 et suivantes).

Ceci est à mettre en relation avec deux résultats de notre étude.

D'une part, le vécu de violence psychologique au travail augmente la **mobilité professionnelle** de l'individu qui présente une probabilité plus élevée de quitter son employeur ou sa fonction

après quelques années. Globalement les personnes ayant vécu de la violence au travail ont des trajectoires professionnelles impliquant plus de changements que les autres ( $p < 0,05$ ) (Tableau 36). Ces changements complexifient et rallongent la réintégration professionnelle.

D'autre part, ce vécu entraîne une plus forte probabilité de connaître des problèmes financiers importants, ce qui peut correspondre à des coûts de santé plus élevés (Tableau 36, Tableau 37), qui sont aussi augmentés par un recours accru aux soins psychothérapeutiques.

### **7.5.2. NOMBRE DE DEMANDES D'INTERVENTION PSYCHOSOCIALE POUR HARCÈLEMENT**

Nos résultats montrent un faible nombre de demandes d'intervention psychosociale pour harcèlement (« plaintes » formelles ou informelles) par rapport au taux élevé de vécu de violence psychologique. Cet écart peut s'expliquer de plusieurs manières.

Une première hypothèse est que certaines personnes se plaignent tout se sentant incapables d'objectiver les comportements harcelants, soit que les preuves soient insuffisantes, soit que les violences ne soient pas le fait d'une seule personne mais plutôt le résultat du comportement d'un environnement de travail dans sa globalité. D'autres freins qui peuvent empêcher la victime de déposer plainte sont liés à la nature même du processus de harcèlement en cours. Lorsque la violence s'exprime sous la forme de harcèlement, elle opère en 5 temps au cours d'un processus répétitif et insidieux : l'isolement, la paralysie de la victime, le discrédit, l'humiliation et la destruction. Pris isolément, les faits et attitudes paraissent anodins et sont difficilement objectivables. Cependant, exposée à l'accumulation des microtraumatismes, la victime s'effondre à la longue, s'isole et se tait.

La littérature explore d'autres freins à la plainte.

Des recherches indiquent que l'individu qui se plaint est stigmatisé par son entourage. Ce stigmate de « victime » a un coût social pour l'individu qui paraît manquer de force ou de volonté, voire se dévaloriser en reconnaissant l'atteinte qu'il subit (Kaiser *et al*, 2001, Bartholomé, 2019). Ainsi selon Faulx et Guezaine (2000, p. 140) la situation de harcèlement se caractérise par une « *surévaluation systématique de la responsabilité de la victime allant de pair avec une sous-estimation des facteurs organisationnels* ».

L'intensité de la plainte serait également négativement corrélée avec l'aide prodiguée par l'entourage. Autrement dit, plus la victime se plaint, moins son entourage serait enclin à l'aider. Fréquemment, l'entourage se détournera d'ailleurs de la victime et l'isolera progressivement, se soumettant ainsi aux injonctions du « harceleur » (complicité passive).

P. Desrumaux (2007) étudie la manière dont les individus jugent les situations de harcèlement. L'auteure met en évidence plusieurs freins à la plainte : d'une part, le harceleur et la victime seraient considérés comme conjointement responsables (ce qui ne correspond pas à la réalité des faits), d'autre part le harceleur serait jugé moins fautif lorsque l'entreprise est en difficulté (ce qui dans le contexte actuel de crise économique et de tensions sur le marché de l'emploi est fréquent). Notons enfin, que vu le nombre important de cas, les tribunaux sont débordés. Le suivi des plaintes est aléatoire, et les classements sans suite sont nombreux<sup>34</sup>.

---

<sup>34</sup> Durant la période 2006 -2012,  $\frac{3}{4}$  des dossiers pour harcèlement ont été classés sans suite (Réponse de la ministre de la Justice, Annemie Turtelboom, à une question de Guy D'haeseleer (Vlaams Belang) 10.01.13.

## CONCLUSION

---

Notre étude, conçue comme une étude pilote, se base sur un choix méthodologique particulier : analyser dans le détail le vécu de patients ayant tous consulté le même psychiatre. Ce choix nous garantit un échantillon homogène tant en termes de critères diagnostiques que de traitement reçu. Cet échantillon est donc spécifique, et non nécessairement représentatif de la population belge consultant pour burnout.

L'échantillon est composé de 352 patients. Les données récoltées sont issues des dossiers médicaux psychiatriques de ces patients et d'enquêtes par questionnaires auxquels ils ont répondu. De nombreuses analyses statistiques ont été réalisées. Les principaux résultats sont rappelés ci-dessous.

### **Nos résultats montrent le retentissement important du burnout sur la santé physique et mentale de l'individu.**

La période qui précède l'ITT se caractérise par la présence de **symptômes** d'épuisement pendant souvent de nombreux mois, durant lesquels le diagnostic de burnout n'est pas encore posé. Les symptômes de fatigue, troubles du sommeil, hypersensibilité émotionnelle, troubles de la mémoire et troubles de la concentration sont ressentis très intensément par les patients au moment du diagnostic. L'ITT permet une récupération réelle mais néanmoins très incomplète de l'état de santé antérieur. Les symptômes restent fortement et longtemps (pendant plus de deux ans chez certains) présents après la reprise d'un travail.

Un patient sur trois présente au moins un **diagnostic secondaire psychiatrique** parmi la dépression, le stress post-traumatique, les attaques de panique, les phobies, et/ou l'anxiété généralisée. La dépression et le stress post-traumatique sont les diagnostics les plus fréquemment rencontrés (dans respectivement 19% et 21% des cas). Ce constat est confirmé par la littérature qui signale une association forte entre burnout et dépression. 43% des répondants signalent la persistance de troubles psychologiques pendant l'année qui suit la reprise du travail.

Des **troubles physiques**, mis en avant par la littérature comme étant liés au stress chronique prolongé, sont également observés. Des problèmes cardiovasculaires, troubles digestifs, thyroïdiens ou de la sphère ORL sont fréquemment rencontrés. Les douleurs chroniques sont présentes chez 60% des patients au moment de la pose du diagnostic. Certaines de ces pathologies physiques ont tendance à se réduire voire à quasiment disparaître pendant l'ITT (c'est le cas des douleurs chroniques ou des troubles digestifs) mais les troubles cardiovasculaires semblent perdurer, ce qui pourrait témoigner d'une atteinte durable de la santé de l'individu.

Ces troubles de la santé mentale ou physique viennent donc considérablement alourdir le tableau clinique de nombreux patients et ceci parfois pour une longue période. Cette persistance explique probablement en partie que 25% des patients présenteront une **nouvelle ITT pour burnout** d'une durée de plus d'un mois dans les années qui suivent la reprise. Ces rechutes sont, d'après nos résultats, directement liées à l'intensité de la symptomatologie lors du diagnostic, mais aussi aux conditions de reprise du travail. En effet, une reprise avec des symptômes résiduels intenses, voire contre l'avis du médecin, augmente le risque de rechutes. Les caractéristiques de l'environnement professionnel au moment de la reprise jouent également un rôle significatif. Changer d'employeur réduit le risque de rechutes. Il en va de même pour ceux qui retournent chez leur employeur et bénéficient d'un accueil favorable des collègues et de la hiérarchie.

La persistance dans la durée des troubles physiques et psychiques liés au burnout explique que le recours aux soins (médecin généraliste, psychiatre, psychothérapeute) se prolonge au-delà du retour. Rappelons à ce sujet que les patients de l'échantillon se sont tous vus proposer la même stratégie thérapeutique pluridisciplinaire et articulée dans la durée, dans le respect de leurs besoins et de leurs choix.

Ce recours aux soins combiné à la diminution de revenu pendant l'ITT n'est pas sans impact financier pour l'individu qui réduit son train de vie dans 40% des cas et connaît des problèmes financiers importants dans 23% des cas.

### **Nos résultats questionnent les conditions d'un retour durable au travail**

Généralement le retour au travail après épuisement professionnel est considéré comme un aboutissement, c'est-à-dire la fin de l'état de maladie. Or un retour durable au travail passe par la mise en place des conditions nécessaires à un retour sécurisé, au moment opportun, afin de, à terme, renouer avec les niveaux d'efficacité et de satisfaction qui existaient avant l'arrêt. Ce retour au travail est un processus dynamique qui s'étale dans le temps, se prépare dès le premier jour de l'ITT et se poursuit bien au-delà de la reprise. Il ne s'agit donc pas obligatoirement d'un retour dans la situation antérieure : le processus peut inclure une modification de l'environnement de travail, du statut, des conditions de travail ou de la fonction.

Notre étude montre que 55% des salariés retournent chez leur employeur au terme de leur ITT. Parmi eux 42% changent de fonction. La **mobilité des travailleurs** après un burnout est donc assez importante et elle se prolonge au-delà de la reprise, puisque 32% des travailleurs connaissent encore des changements durant l'année qui suit leur reprise. Notons également que 10% des personnes ayant eu un burnout connaîtront une période de chômage durant l'année qui suit leur ITT. Au moment de l'enquête, seuls 11% des répondants étaient toujours chez le même employeur et dans la même fonction que celle préexistante au burnout. Cette mobilité professionnelle importante se manifeste également dans le quasi doublement du nombre d'indépendants et du nombre de pensionnés.

Ceux qui retournent chez leur employeur témoignent majoritairement de leur insatisfaction par rapport à la **préparation de ce retour** et à l'aide reçue de leur employeur, de leur hiérarchie et des ressources humaines lors de leur reprise du travail.

Ils témoignent également du peu de **soutien** qu'ils ont reçu dans la durée au-delà de la reprise, alors qu'une récupération optimale nécessiterait un suivi régulier et une communication fréquente entre employeur et travailleur, afin de réajuster ou de modifier les conditions de travail à l'origine de l'épuisement.

A côté des modalités de l'encadrement de la reprise du travail de ceux qui retournent chez le même employeur, les résultats interrogent la situation de ceux qui quittent leur employeur dès la fin de leur ITT. Ces personnes qui connaîtront une mobilité professionnelle parfois importante pendant une ou plusieurs années (un nouvel employeur, une réorientation professionnelle importante, un changement de statut, une période de chômage, etc.) ne trouveront aucun soutien « organisé » par la suite. L'initiative leur incombera de faire appel eux-mêmes à l'accompagnement individuel nécessaire pour mettre en place de nouvelles perspectives professionnelles.

Ainsi, parallèlement à la question des conditions d'un retour optimal à l'emploi, se joue celle de la durabilité de ce retour ; durabilité qui se traduirait par la possibilité de retrouver une qualité de vie, un bien-être et une satisfaction professionnelle à long terme. Autrement dit, au-delà de la

guérison « psychosomatique » (le retour à l'état de santé antérieur), nous pourrions évoquer le concept de santé, telle qu'elle est définie par la Constitution de l'Organisation Mondiale de la Santé (1946) : « *un état de complet bien-être physique, mental et social, et pas seulement une absence de maladie ou d'infirmité* ».

### **Les facteurs expliquant la durée de l'ITT sont multiples**

La Figure 3 met en évidence que les moyens d'actions les plus efficaces pour réduire les durées de l'ITT se situent dans la prévention :

- Du burnout lui-même,
- De l'aggravation du burnout, via des mesures rapides dès les premiers symptômes apparus,
- De l'installation de pathologies secondaires qu'elles soient physiques (troubles cardiovasculaires, douleurs chroniques et troubles du sommeil) ou psychologiques (dépression et stress post-traumatique)

La pertinence d'un accompagnement pluridisciplinaire et la nécessité de son prolongement au-delà de la reprise sont largement évoqués par la littérature scientifique. Celle-ci montre qu'un accompagnement multi-dimensionnel : psychothérapeute, thérapies corporelles et accompagnement d'une réflexion sur le positionnement par rapport au travail permettrait de diminuer l'ITT et de faciliter le retour à l'emploi.

Toutefois, une part importante de la variabilité de l'ITT reste inexpliquée par les données de l'étude. Il semble donc que la sévérité des symptômes lors du diagnostic et la présence de diagnostics secondaires physiques ou psychiques ne suffisent pas à prédire la durée de l'ITT. Il est probable que l'étude, en n'ayant interrogé ni les conditions de travail au moment de la survenance du burnout, ni les spécificités de l'environnement familial, ni les caractéristiques individuelles exclut des causes importantes de cette variabilité. D'autres investigations seraient nécessaires pour mieux comprendre les durées d'ITT des personnes en burnout.

### **La violence au travail est un facteur aggravant de la problématique du burnout.**

Les effets du vécu de violence au travail sur la santé du travailleur et l'intensité des troubles physiques et psychiques qui en découlent sont importants.

A travers nos résultats et ceux de la littérature, il apparaît que le vécu de violence au travail serait responsable :

- D'une dégradation de la santé psychique, avec une augmentation du risque de dépression et de stress post-traumatique
- D'un allongement du temps de récupération nécessaire (ITT) avant le retour à l'emploi
- D'une symptomatologie plus lourde lors du diagnostic en particulier en ce qui concerne les troubles cognitifs (mémoire et concentration)
- D'une trajectoire professionnelle plus mobile par la suite.

Les résultats obtenus montrent également que les répondants sont généralement peu satisfaits de la manière selon laquelle l'entreprise traite le problème. Non seulement, il est rarement reconnu et abordé, mais, quand il l'est, les mesures prises sont rares, voire culpabilisantes pour l'individu (la solution la plus fréquemment adoptée consiste en la mutation de la victime).

Tant nos résultats que la littérature plaident pour que les organisations prennent la mesure du problème de violence psychologique au travail et mettent en place des mesures de prévention et d'accompagnement des travailleurs ainsi que des sanctions dissuasives vis-à-vis des auteurs

éventuels. Même si cette violence n'est pas le fait direct de l'organisation ou du management en tant que tel, ce dernier n'en a pas moins la responsabilité légale de protéger les travailleurs via une politique active et la mise en place de règles qui garantissent le respect de chacun.

**Ces résultats, obtenus à partir de la patientèle d'un seul psychiatre ne sont pas généralisables à l'ensemble de la population belge souffrant de stress au travail et ayant vécu une ITT pour burnout.**

D'une part, une partie de la population confrontée au stress chronique au travail ne consulte pas de psychiatre ; d'autre part, la diversité en termes de métiers et de statuts sociaux de la population investiguée est peut-être peu représentative de celle rencontrée dans la population souffrant de burnout. Par ailleurs, les résultats portent sur des personnes ayant consulté pour burnout entre 2006 et 2018, la perception que les répondants ont des procédures de réintégration au travail qu'ils ont connues ne tient pas compte des efforts récents que leurs entreprises ont pu faire dans ce domaine.

Cette étude mériterait donc d'être prolongée et ses résultats confirmés ou infirmés, par des recherches multicentriques, à l'échelle nationale, incluant éventuellement des « groupes contrôles » ou « comparatifs ». Ces recherches devront reposer sur une méthodologie dont les références diagnostiques, les méthodes d'évaluation clinique et les modalités de traitement sont harmonisées et identiques à tous les investigateurs. Selon la pertinence, le risque de la présence des biais classiques inhérents aux recherches cliniques et en sciences sociales pourra y être pris en compte (Ex. : biais de classement et de confirmation, effets placebo, biais lié à la désirabilité sociale, de mémorisation ou de subjectivité de l'observateur...)

Notre étude plaide pour que ces développements s'inscrivent dans la dimension systémique du phénomène en analysant les interactions entre la personne et son environnement de travail ; afin de mieux comprendre le processus par lequel la souffrance au travail et l'épuisement s'installent et perdurent. Ces développements devraient prendre la forme d'études longitudinales afin d'intégrer la dimension temporelle de la souffrance et de l'épuisement au travail. De plus, en questionnant les personnes au moment de la survenance des faits, les études longitudinales permettraient de limiter les biais provenant des déformations liées à la mémoire des sujets interrogés à propos d'événements parfois anciens.

Si les liens entre conditions de travail et santé physique et psychique ont été abondamment explorés dans les études centrées sur l'émergence du burnout, celui-ci reste encore trop souvent considéré, dans la phase de traitement, comme étant exclusivement un problème de santé mentale. Nos résultats montrent que l'intrication entre travail et santé se prolonge au-delà de la mise en incapacité.

**Ce constat plaide pour une approche holistique de la souffrance au travail**, c'est-à-dire intégrant les dimensions santé et travail ; **et systémique**, c'est-à-dire tenant compte des relations et des coresponsabilités entre les différents acteurs impliqués dans la genèse et la perpétuation des problématiques liées à la souffrance au travail. L'approche doit être réfléchie en amont, au niveau des employeurs et des travailleurs, au moment du burnout et de l'ITT via un accompagnement adapté et en aval via l'adoption de mesures de réintégration des travailleurs permettant de garantir un retour durable dans l'emploi.

## RECOMMANDATIONS

---

La mission qui nous a été confiée par l'INAMI /RIZIV est de proposer des recommandations « politiques » portant sur la gestion de l'épuisement professionnel en Belgique afin d'en limiter les coûts directs pour la société (absentéisme, incapacité, invalidité, soins, trajectoire professionnelle, etc.) et indirects (souffrance, stigmates, impacts sur l'avenir professionnel, etc.).

***Les recommandations formulées se fondent à la fois sur les résultats de notre étude, les enseignements de la littérature et notre pratique dans le domaine de la prise en charge du burnout.***

À l'échelle du pays, la réussite d'une politique de prévention et de traitement de la problématique du burnout exige une collaboration étroite entre différents acteurs et experts rassemblés autour d'un objectif commun : celui de réduire les coûts et la souffrance liés à l'épuisement professionnel.

Les acteurs concernés sont nombreux. Il s'agit entre autres des employeurs (secteur privé et public), des médecins du travail, des mutuelles, des médecins experts travaillant pour les assurances, des responsables des ressources humaines, des personnes de confiance et des conseillers en prévention, de l'Etat (ministères de la santé, du travail et de la justice), des « partenaires sociaux », des organisations professionnelles, etc.

Sans oublier le patient sensé veiller à sa santé.

La réussite dépendra de la co-construction d'une intelligence collective et de la volonté de chacun de partager ses expériences et expertises, en se gardant de toute prise de position « partisane » au détriment des patients, de leur entourage et de la santé publique.

***Dans ce contexte, nous formulons 10 recommandations.***

La première recommandation est essentielle pour développer une stratégie coordonnée entre le secteur de l'emploi et celui de la santé.

Les recommandations 2 à 8 visent à améliorer la prise en charge des cas de burnout au niveau du système de soins et des médecins concernés.

Les recommandations 9 et 10 concernent le monde du travail et en particulier la réintégration des travailleurs après une absence pour burnout, ainsi que la prévention du stress au travail et la lutte contre la violence au travail.

***Ces recommandations ne sont pas à considérer comme des « recettes miracles » ou une « check-list » à suivre. Notre étude a mis en évidence la grande variabilité des situations de burnout. Vouloir standardiser les durées d'ITT ou le type de prise en charge nous paraît inadéquat. Une part de la dynamique humaine échappera toujours aux tentatives de régulation.***

***Ainsi nos recommandations visent à élargir (et non à rétrécir) le champ des questions à se poser et des interventions à mener.***

## 1. METTRE EN PLACE UN OBSERVATOIRE DU STRESS ET DE L'ÉPUISEMENT PROFESSIONNEL AU NIVEAU NATIONAL

Les constats faits en termes de liens entre burnout et travail plaident pour la mise en place d'une politique coordonnée emploi/santé. Le problème est global et systémique, les solutions doivent l'être également. Il s'agit de promouvoir des emplois de qualité et des environnements professionnels respectueux de la santé physique et psychique des individus.

La mission principale de cet observatoire consistera en la mise en place d'une politique concertée de lutte contre le stress et l'épuisement au travail. Cette mission inclura entre autres différents objectifs :

- Fédérer les compétences en construisant une collaboration transversale entre monde du travail et monde de la santé, entre acteurs de terrain, scientifiques et décideurs.
- Faire l'inventaire des organisations et initiatives déjà existantes (ex : La cellule santé et bien-être au travail de la SSMG, créée en juin 2010 avec l'appui de l'INAMI)
- Mettre en place un monitoring du stress au travail et de ses conséquences sur la santé et sur l'emploi via la récolte et l'analyse systématique d'informations anonymisées : ITT pour burnout, facteurs de risque, conséquences sur la santé et coûts associés, etc.
- Former les intervenants du secteur : médecins généralistes, psychiatres, psychologues, personnes de confiance, médecins du travail et de mutuelle, médecins des assurances, juristes, coachs, etc. Ces formations devraient être développées tant au niveau des formations de base de ces professionnels au niveau universitaire, que via la formation continuée pour ceux qui se spécialisent dans cette problématique.
- Établir des recommandations en matière légale. Certaines législations pourraient être complétées, améliorées ou (ré)activées afin de les rendre plus effectives : lois sur le bien-être et la prévention des risques psycho-sociaux, dispositifs d'accueil au retour d'absence pour longue durée, dispositifs de gestion des problématiques de harcèlement, dispositifs de lutte contre le stress au travail.

Cet observatoire comprendra des représentants de l'INAMI et des SPF Santé, Emploi, Justice. Il rassemblera en outre des représentants du monde du travail et des entreprises, des représentants du monde de la santé et des acteurs de terrain expérimentés dans le domaine du stress et de l'épuisement professionnel (médecins, psychologues, juristes/médiateurs, coachs, etc.).

Les membres s'appuieront sur les recherches et études menées par l'Observatoire qui devra pour cela disposer d'une cellule d'études, avec des compétences en statistiques, en épidémiologie et en économie de la santé.

## 2. FORMER LES MÉDECINS (GÉNÉRALISTES ET PSYCHIATRES)

L'étude met en évidence l'existence d'une période de développement du burnout à bas bruit avant le diagnostic ne soit posé. Or, plus tardifs sont la détection et le diagnostic, plus sévères sera la souffrance individuelle et plus importants les coûts individuels et collectifs, directs et indirects.

Le médecin généraliste est en première ligne. Il doit être formé à la détection des signes précurseurs de l'épuisement. Il est important que, dès l'apparition des premiers symptômes, il aide le patient à prendre conscience du problème et de la nécessité de prendre des mesures.

Le médecin généraliste devrait être encouragé à solliciter l'avis du psychiatre pour confirmer le diagnostic psychiatrique ainsi que les éventuels diagnostics secondaires et/ou pour affiner les traitements psychothérapeutiques et médicamenteux.

Le traitement doit être établi sur mesure en fonction des spécificités de la situation du patient. Il appartient donc au médecin consulté d'être capable de repérer les moments clés de l'évolution du patient et de connaître les mesures auxquelles il y a lieu de recourir pour soutenir le processus de guérison. Après une mise au point générale (bilan de santé), ces mesures de prises en charge peuvent prendre la forme d'un suivi psychothérapeutique, d'une thérapie corporelle de gestion du stress et/ou d'un coaching professionnel (si le patient n'est pas au bord de l'épuisement) sans faire l'impasse sur la dimension neurobiologique et la prescription de psychotropes lorsque c'est nécessaire. Ces initiatives permettront au patient de réagir avant que les symptômes ne le conduisent à l'arrêt. Les intervenants doivent communiquer avec le corps médical en toute confidentialité (médecin traitant, psychiatre, etc.).

Au cours de l'anamnèse, le médecin doit être capable d'identifier les signes d'appel correspondant à d'autres pathologies psychologiques ou psychiatriques (dépression majeure, stress post-traumatique, risque suicidaire, etc.) et organiques (cardiaques, hormonales, sommeil, neurologiques) susceptibles d'être la cause de l'épuisement ou d'y contribuer.

Le corps médical devrait accepter de s'en référer aux critères diagnostiques issus des classifications internationales de diagnostic (ICD ; DSM) connues. Un langage scientifique commun permettra un suivi de l'évolution de l'épuisement et de ses conséquences à l'échelle nationale par l'Observatoire du Stress et de l'Épuisement Professionnel.

Le médecin devrait également avoir une notion des lois relatives au bien-être au travail et des procédures existantes en matière d'ITT et de retour au travail (dispositifs prévus par les mutuelles, les assurances, la médecine du travail, etc.).

### 3. IDENTIFIER ET TRAITER LES DIAGNOSTICS SECONDAIRES

Les résultats de l'étude indiquent également que la présence de diagnostics secondaires somatiques ou psychiques a un impact déterminant sur la durée de l'ITT et l'état de santé du patient<sup>35</sup>.

Le corps médical doit être formé et attentif à leur existence et connaître les mécanismes neuro-immuno-biologiques qui en sont la cause.

Certaines pathologies devraient être systématiquement évaluées vu leur association fréquente avec le burnout. Citons en particulier<sup>36</sup> (la liste n'est pas exhaustive) : les troubles cardiovasculaires et digestifs, les douleurs chroniques, les pathologies du sommeil, la dépression, le stress post-traumatique, les troubles anxieux (obsessionnels compulsifs, anxiété généralisée, phobies, etc.) qui demandent chacun un traitement spécifique et ciblé.

Il est également recommandé d'éviter d'attribuer systématiquement un diagnostic de burnout à tout patient qui se plaint de fatigue.

---

<sup>35</sup> Cfr Chapitre 4

<sup>36</sup> Cfr 4.6.2. et 6.5.6.

#### 4. PROMOUVOIR UNE APPROCHE THÉRAPEUTIQUE MULTIDIMENSIONNELLE ET ADAPTÉE DANS LE TEMPS

S'il est difficile de prédire la durée exacte d'une ITT pour burnout<sup>37</sup>, il est indispensable de suivre son déroulement de près et d'être attentif à sa durée et à ses causes. Trop de patients sont mis en ITT sans suivi spécifique en misant sur le repos seul pour atteindre la guérison.

La littérature et nos résultats montrent l'intérêt d'un plan thérapeutique multidisciplinaire. L'absence d'une approche holistique augmente les risques de développer des pathologies secondaires physiques ou psychiques et influe sur l'évolution de l'état de santé et le risque de rechute<sup>38</sup>. De plus, la présence de dépression ou d'anxiété (dont le stress post-traumatique) est fréquente<sup>39</sup> et souligne l'importance de l'adjonction d'un traitement médicamenteux encadré (antidépresseurs, anxiolytiques, etc.)<sup>40</sup>.

La souffrance psychologique doit être accompagnée par des psychothérapeutes<sup>41</sup> expérimentés dans l'épuisement professionnel et qui travaillent en étroite collaboration avec les médecins. Le choix de la technique de psychothérapie ne peut pas être laissé au hasard : cognitivo-comportementale, systémique, d'inspiration analytique, Gestalt- humaniste, etc. Ce choix sera fonction du type de difficultés, de la personnalité du patient, mais aussi de l'évolution de son épuisement. (Par exemple, sur base de notre expérience, proposer une psychanalyse à une personne en phase aigüe d'épuisement est inadéquat. En revanche, il est fréquent que certains patients continuent le travail de réflexion en ayant recours à un suivi d'inspiration « analytique » après une psychothérapie cognitivo-comportementale).

La littérature scientifique démontre également que la durée de l'incapacité de travail du patient dépend de la mise à disposition des outils nécessaires (méditation, relaxation, sophrologie, etc.) pour lui permettre de gérer la dimension corporelle du stress<sup>42</sup>. Nos résultats montrent également que santé et travail restent liés au-delà de la survenance du burnout<sup>43</sup>. Cette intrication amène à tenir compte de la dimension « travail » tout au long de l'accompagnement. Ainsi la personne vivant un burnout sera amenée à réfléchir à son environnement professionnel, à sa posture face au travail et aux perspectives qui s'offrent à elle. A côté des psychothérapies et des traitements médicamenteux, les thérapies corporelles et le coaching « professionnel » peuvent donc faire partie de l'arsenal de la prise charge et du traitement<sup>44</sup> ; ceux-ci seraient proposés en fonction des besoins et dans le respect de la liberté de choix du patient.

Les intervenants doivent être formés dans le domaine du burnout. Ils doivent également être totalement indépendants des employeurs et de leurs assureurs, afin de garantir la liberté du patient dans le choix de l'intervenant et dans les décisions portant sur son avenir professionnel (ex. quitter l'emploi, dépôt de plainte pour violence, etc). L'indépendance de l'intervenant lui permet également de garder l'autonomie nécessaire à l'exercice de sa profession.

---

<sup>37</sup> Cfr 6.2.

<sup>38</sup> Cfr 4.6.4. et 7.3.

<sup>39</sup> Cfr 4.2.

<sup>40</sup> Cfr 4.3.

<sup>41</sup> Cfr 4.6.3.

<sup>42</sup> Cfr 4.6.3.

<sup>43</sup> Cfr chapitre 5

<sup>44</sup> Cfr 4.6.3.

Les médecins traitants (généralistes, psychiatres, etc.) restent les acteurs centraux concernant la décision de référer vers les différents intervenants en fonction des indications de traitement, dans le respect de l'évolution et des besoins du patient.

## 5. METTRE EN PLACE UN SUIVI PARTICULIER POUR LES LONGS ARRÊTS DE TRAVAIL

Notre étude a mis en évidence la fréquence d'arrêts de travail particulièrement longs ( $\geq 18$ mois)<sup>45</sup>. Pour cette catégorie de patients une approche individuelle est requise vu la diversité des situations et des causes sous-jacentes.

L'enlèvement et la chronicisation peuvent augmenter le risque de développer ou d'aggraver des pathologies secondaires psychiatriques ou physiques<sup>46</sup>.

Par ailleurs, chez ces patients, la reprise chez l'employeur est moins fréquente<sup>47</sup> et peut nécessiter un soutien dans la recherche d'emploi ou la reconversion professionnelle.

## 6. ASSURER UN SUIVI AU-DELÀ DE LA REPRISE

La persistance des symptômes<sup>48</sup> et de certains diagnostics secondaires dans le temps, invitent à la prudence et à éviter de considérer automatiquement le patient comme « étant guéri » au terme de son ITT<sup>49</sup>. Il est nécessaire d'accepter le principe d'un suivi médical, psychologique et professionnel individuel pendant plusieurs mois après la reprise ; ceci afin de prévenir le risque de rechute.

Parallèlement, médecins de mutuelles (en cas de reprise à temps partiel médical) et médecins du travail devraient être alertés à propos de la possible persistance des symptômes après la reprise afin qu'ils puissent contribuer au soutien du patient dans la durée, y compris dans ses relations avec son employeur.

## 7. SOUTENIR FINANCIÈREMENT LES PATIENTS

A l'heure actuelle, les patients en burnout ont le choix entre deux types de prise en charge et de suivi. La formule du « One Day Clinic », dans certains hôpitaux, permet un remboursement substantiel des soins et des mises au point. Or, ces services sont souvent saturés et certains patients préfèrent éviter le monde hospitalier.

Les trajectoires de soins ambulatoires sont coûteuses si le patient doit en payer la totalité et de nombreux patients ont des difficultés à assumer ces coûts<sup>50</sup> ; ce qui les amène parfois à renoncer à certains soins. Ces difficultés poussent même certains d'entre eux à retourner au travail contre l'avis de leur médecin, augmentant ainsi leur risque de rechute.

---

<sup>45</sup> Cfr 6.3.

<sup>46</sup> Cfr 4.6.2.

<sup>47</sup> Cfr 6.3.

<sup>48</sup> Cfr 4.1.

<sup>49</sup> Cfr chapitre 4

<sup>50</sup> Cfr 4.6.5

Par ailleurs, un accompagnement dans la durée est justifié et doit être encouragé afin de prévenir le risque de rechutes ou de développement d'autres pathologies comme la dépression.

Nous recommandons d'envisager, dans le cadre de projets pilotes, un meilleur remboursement des traitements psychothérapeutiques ainsi que d'autres interventions nécessitées par le burnout lorsque le patient est suivi au sein de structures extrahospitalières.

## 8. PROMOUVOIR LA FORMATION ET LA COLLABORATION ENTRE MÉDECINS IMPLIQUÉS DANS LE PROCESSUS THÉRAPEUTIQUE DU PATIENT

Chaque médecin dont la fonction l'amène à rencontrer un patient en épuisement professionnel devrait bénéficier d'une formation sur le sujet.

Les médecins traitants, des mutuelles, du travail et mandatés par les compagnies d'assurances sont concernés. Quelle que soit sa fonction, le médecin fait partie intégrante du processus thérapeutique même s'il n'est pas à l'origine du diagnostic ou impliqué dans la prescription des soins et de leur suivi. La façon avec laquelle le patient est reçu et respecté dans sa souffrance et son traitement a une influence substantielle sur son état de santé à l'issue de la consultation. L'article 126 § 1 du code de déontologie du Conseil de l'Ordre rappelle les conditions dans lesquelles de tels contacts doivent se dérouler.

La collégialité est une pierre angulaire du traitement. Elle s'exprime par le respect de l'état du patient, la prise en compte du traitement, le passage de l'information et l'échange portant sur les décisions prises, en particulier les décisions concernant les conditions de réintégration ou d'interruption d'incapacité.

## 9. EXIGER DES ENTREPRISES UNE VRAIE POLITIQUE DE RÉINTÉGRATION DES TRAVAILLEURS AYANT ÉTÉ ABSENTS

En général, les répondants ont bénéficié de peu d'accueil à leur retour en particulier de la part de la hiérarchie et des services RH<sup>51</sup>. Or après une absence de longue durée, il est important que l'employeur et l'employé puissent avoir un temps d'échange suffisant pour revoir ce qui a posé problème pour l'employé et pour réfléchir aux adaptations utiles dans la fonction ou l'environnement de travail<sup>52</sup>. La procédure fait d'ailleurs l'objet d'une recommandation émise par le Service Fédéral de l'Emploi<sup>53</sup>. Cet échange doit s'inscrire dans un climat de responsabilisation partagée, en évitant toute « recherche de coupable ».

Notre étude et la littérature plaident pour que le retour au travail soit considéré comme un processus<sup>54</sup> et non comme un événement sans suite. Le soutien de l'organisation doit se prolonger dans la durée, en prévoyant des temps d'évaluation des dispositions mises en place et les réajustements nécessaires.

Notons aussi que les résultats mettent en évidence le peu de soutien généralement offert par les services RH<sup>55</sup>. C'est d'autant plus regrettable qu'ils ont souvent une large vision des possibilités

---

<sup>51</sup> Cfr 5.2.

<sup>52</sup> Cfr 5.2.2.

<sup>53</sup> Retour au travail après une absence longue durée pour raison médicale. Prévention et réintégration - Service public fédéral Emploi, Travail et Concertation sociale (belgique.be)

<sup>54</sup> Cfr 5.6.4.

<sup>55</sup> Cfr 5.2.2.

dans l'entreprise et qu'ils pourraient adéquatement soutenir l'employé dans sa réorientation au sein de l'organisation, lorsque celle-ci envisagée.

## 10. AGIR SUR LE CLIMAT DE TRAVAIL POUR PRÉVENIR LE BURNOUT

Notre étude met en évidence un problème plus vaste au niveau de l'emploi en général, des conditions de travail et de la pression exercée sur le travailleur<sup>56</sup>. Le constat fait à propos de l'existence fréquente de vécus de violence au travail montre l'urgence de mieux coordonner les politiques emploi/santé afin de limiter les violences psychologiques sur le lieu de travail.

Sur base des résultats de l'étude, plusieurs pistes de réflexion émergent :

- Renforcer l'information sur la violence psychologique au travail (définition, droits, devoirs, possibilités d'actions, etc.).
- Rappeler les droits et devoirs de l'employeur et reconsidérer les sanctions à l'égard des organisations où sévit de la maltraitance.
- Insister sur le rôle des médecins du travail, des médecins traitants et des mutuelles et leur donner les moyens d'agir dans le respect du secret professionnel. Ceci nécessiterait d'une part de renforcer les possibilités d'intervention de la médecine du travail et des médecins conseils (mutuelle) et d'autre part de renforcer la collaboration et le passage d'information entre eux.
- Soutenir les conseillers en prévention dans l'exercice de leur fonction en ce qui concerne le traitement des demandes d'intervention psychosociale pour harcèlement. Il serait également utile que le traitement de ces demandes soit accéléré, vu les tensions que provoquent l'existence même d'une procédure dans l'organisation et qu'une information régulière soit donnée au demandeur de l'intervention.
- Dès lors que le harcèlement est avéré, l'auteur ou les auteurs doivent être rapidement sanctionnés et empêchés de nuire à nouveau.
- Le processus de médiation en cas de dépôt de plainte informelle pourrait être revu afin d'être plus efficace. En effet, lorsque la démarche échoue laissant les comportements abusifs se reproduire, l'organisation, en s'abstenant de toute sanction, paraît valider tacitement le comportement déviant.

---

<sup>56</sup> Cfr chapitre 7

## BIBLIOGRAPHIE

---

- Ahola, K, Toppinen-Tanner, S, Seppänen, J, (2017) Interventions to alleviate burnout symptoms and to support return to work among employees with burnout: Systematic review and meta-analysis. *Burnout Research*. Volume 4, 1-11
- Ahola, K., *et al.* (2014). Job strain as a risk factor for type 2 diabetes: a pooled analysis of 124,808 men and women. *Diabetes Care*, 37, 2268-2275.
- Ahola, K., Gould, R., Virtanen, M., Honkonen, T., Aromaa, A., & Lönnqvist, J. (2009). Occupational Burnout as a Predictor of Disability Pension: A Population-Based Cohort Study. *Occupational and Environmental Medicine*, 66(5), 284-290. Retrieved from <http://www.jstor.org/stable/27733121>
- Ahola K, Kivimäki M, Honkonen T, Virtanen M, Koskinen S, Vahtera J, Lönnqvist J (2008), Occupational burnout and medically certified sickness absence: a population-based study of Finnish employees. *J Psychosom Res.* 64(2):185-93. doi: 10.1016/j.jpsychores.2007.06.022.
- Ahola, K., Honkonen, T., Pirkola, S., Isometsä, E., *et al.* (2006), Alcohol dependence in relation to burnout among the Finnish working population. *Addiction*, 101. 1438-1443. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2006.01539.x>
- AlternativesRH, 2019, Les déterminants du bien-être au travail selon les salariés français. 1er mars. <https://www.alternative-conseilrh.fr/actus/81-les-determinants-du-bien-etre-au-travail-selon-les-salaries-francais#>.
- Aronsson, G., Gustafsson, K. and Dallner, M., (2000). Sick but yet at work: An empirical study of sickness presenteeism. *Journal of Epidemiology & Community Health*. 54, pp. 502–509.
- Baran Tatar, Z., Şahika Yuksel, S., (2019) Mobbing at Workplace –Psychological Trauma and Documentation of Psychiatric Symptoms, *Arch Neuropsychiatry*. 56: 57–62. <https://doi.org/10.29399/npa.22924>
- Bartholomé, C. (2019). Quels sont les processus qui empêchent les victimes de harcèlement sexuel de déposer plainte ? Faculté des sciences économiques, sociales, politiques et de communication, *Université catholique de Louvain*, 2019. <http://hdl.handle.net/2078.1/thesis:22597>
- Bass, R. F., & Aserlind, L. (1984). Interval and time-sample data collection procedures: Methodological issues. *Advances in Learning & Behavioral Disabilities*, 3, 1–39
- Beck, A.T. *et al.* (1961). Beck Depression Inventory; An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4, 561-571.
- Bernice A. *et al.* (2007) Delayed-Onset Posttraumatic Stress Disorder: A Systematic Review of the Evidence. *Am. J. Psychiatrie* ; 164, 1319-1326.
- Bianchi. R. (2014) Is burnout separable from depression in cluster analysis? *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* ; 20 Dec.2014 ;
- Blonk, R. W. B., Brenninkmeijer, V., Lagerveld, S. E., Houtman, I. L. D. (2006). Return to work: A comparison of two cognitive behavioral interventions incases of work-related psychological complaints among the self-employed. *Work Stress*, 20, 129–144.
- Boot C., van Drongelen, A., Wolbers, I., *et al* (2017). Prediction of long-term and frequent sickness absence using company data. *Occupational Medicine*. 67:176–181

- Bornstein PH., Bridgwater CA. *et al* (1980). Characteristics and trends in behavioral-assessment-an archival analysis. *Behavioral Assessment*, 2, pp 125-133.
- Borritz M., Rugulies R., Christensen, K. B., Villadsen, E., Kristensen, T. S., (2006) Burnout as a predictor of self-reported sickness absence among human service workers: prospective findings from three year follow up of the PUMA study. *Occup Environ Med*, 63. 98-106.
- Campanini P, Conway PM, Neri L, et al. (2013) Workplace bullying and sickness absenteeism. *Epidemiologia e Prevenzione*. Jan-Feb; 37(1): 8-16.
- Campos, J., Schneider, V., *et al*. (2016). Burnout Syndrome and alcohol consumption in prison employees. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 19(1), 205-216. <https://doi.org/10.1590/1980-5497201600010018>
- Chappell, D, Di Martino, V, (2006), « *Violence at work* », Third edition. International Labour Office. Geneva.
- Cherniss, C. (1992). Long-Term Consequences of Burnout: An Exploratory Study. *Journal of Organizational Behavior*. 13(1), 1-11. Retrieved from <http://www.jstor.org/stable/2488435>
- Clumeck, N., Delroisse, S., Gozlan, S., Le Polain, M., Massart, A-C., Mesters, P., Pitchot, W. (2017). Syndrome de fatigue professionnelle ; 1ère partie : De l'identification par le médecin généraliste, *Rev Med Liege*. Mai ; 72(5), 246-252.
- Conseil supérieur de la santé. (2017). *Burnout et travail*. CSS Avis n° 9339, Bruxelles.
- Consiglio, C., Borgogni, L., Alessandri, G., & Schaufeli, W. B. (2013). Does self-efficacy matter for burnout and sickness absenteeism? The mediating role of demands and resources at the individual and team levels. *Work & Stress*, 27(1), 22-42.
- Conway, P., Clausen, T., Hansen, A., Hogh, A. (2015) Workplace bullying and sickness presenteeism: cross-sectional and prospective associations in a 2-year follow-up study. *Int Arch Occup Environ Health*, DOI 10.1007/s00420-015-1055-9
- Corten Ph., Brackelaire C., Dewell P., *et al*. *Impact psychopathologique du Burn-Out : Sévérité, traitements, pronostic, lien avec les troubles de l'humeur, caractéristiques de résilience individuelle et profil socio-professionnel*.  
<http://homepages.ulb.ac.be/~phcorten/Recherches/RechStress/PathoBurnOut.doc>
- Coutu, MF., Durand, MJ., Coté, D. *et al*. (2021) How does Gender Influence Sustainable Return to Work Following Prolonged Work Disability? An Interpretive Description Study. *J Occup Rehabil*. <https://doi.org/10.1007/s10926-020-09953-4>
- Dantzer, R. (2009). Cytokine, Sickness Behavior and Depression. *Immunol Allergy Clin North Am*. May; 29(2), 247-264.
- Deledalle, A., Rowe, C. (2020) Traiter ses données proprement : vers un meilleur usage du data cleaning. *Psychol. fr*. <https://doi.org/10.1016/j.psfr.2019.07.002>
- Desrumaux, P. (2007). Harcèlement moral au travail, survictimation et problèmes du harceleur : quand les victimes sont jugées aussi responsables que leurs harceleurs. *Les Cahiers Internationaux de Psychologie Sociale*, numéro 73(1), 61-73. doi :10.3917/cips.073.0061.
- de Vente, W., Kamphuis, J. H., Emmelkamp, P. M., & Blonk, R. W. (2008). Individual and group cognitive-behavioral treatment for work-related stress complaints and sickness absence: a randomized controlled trial. *Journal of Occupational Health Psychology*, 13, 214-231.

- de Vries, H., Fishta, A., Weikert, B. *et al.*(2018). Determinants of Sickness Absence and Return to Work Among Employees with Common Mental Disorders: A Scoping Review. *J Occup Rehabil.* 28, 393–417.
- Durand, M., Corbière, M., *et al.* (2014) A Review of Best Work-absence Management and Return-to-work Practices for Workers with Musculoskeletal or Common Mental Disorders'. *Work* 48 579–589.
- Edmondson, D., Känel R. von. (2017). Post-traumatic stress disorder and cardiovascular disease. *Lancet Psychiatry.* 4(4), 320-9.
- Ekstedt M, Soderstrom M, Akerstedt T. (2009). Sleep physiology in recovery from burnout. *Biol Psycho.* 82:267–273.
- Engström LG, Janson S. (2007) Stress-related sickness absence and return to labour market in Sweden. *Disabil Rehabil.* 29: 411–416.
- EuroFund (2015), *Violence and harassment in European workplaces: Extent, impacts and policies.* Observatory: EurWORK. Topic: Sustainable work, Working conditions, Health and well-being at work. Date of publication : 24 February 2015.
- Faulx D, Guezaine C., (2000). Le harcèlement moral au travail, état des lieux et pistes de développement. *Médecine du Travail et Ergonomie*, N°37, pp. 135-147.
- Fava, M., (2013). The Problem of the Placebo Response in Clinical Trials for Psychiatric Disorders: Culprits, Possible Remedies, and a Novel Study Design Approach. *Psychotherapy and Psychosomatics.* 72(3):115-27.
- Fiorini, L., Griffiths, A., Houdmont, J., (2018). Reasons for presenteeism in nurses working in geriatric settings: A qualitative study. *Journal of Hospital Administration.* DOI:7. 9. 10.5430/jha.v7n4p9.
- Flach, P., Groothoff, J., Krol,B., Bültmann, U., (2012). Factors associated with first return to work and sick leave durations in workers with common mental disorders. *European Journal of Public Health.* Vol. 22, Issue 3, 440–445.
- Freudenberger, H., Richelson G. (1980). *Burn Out: The High Cost of High Achievement.* Bantam Books. ISBN 978-0-553-20048-5
- Gardenas, J. (2002) Echelle de fatigue de Pichot. Echelles et outils d'évaluation. *Le Généraliste-Suppl.* N° 2187.
- Garg PK, *et al.* (2020), Associations of anger, vital exhaustion, anti-depressant use, and poor social ties with incident atrial fibrillation: The Atherosclerosis Risk in Communities Study. *Eur J Prev Cardiol.* Jan 13: 2047487319897163.
- Gharakhani D, Zaferanchi A (2019), The Effect of Job Burnout on Turnover Intention with Regard to the Mediating Role of Job Satisfaction. *Journal of Health.* 10/1, pp. 109-117
- Glise, K., Wiegner, L. & Jonsdottir, I.H. (2020) Long-term follow-up of residual symptoms in patients treated for stress-related exhaustion. *BMC Psychol* 8, 26.
- Grensman, A., Acharya, B.D., Wändell, P. *et al.* (2018). Effect of traditional yoga, mindfulness-based cognitive therapy, and cognitive behavioral therapy, on health related quality of life: a randomized controlled trial on patients on sick leave because of burnout. *BMC Complement Altern Med.* 18, 80.

- Hansen, A., Grynderup, M., Bonde, J., *et al*, (2017), does workplace bullying affect long-term sickness absence among co-workers ? *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, Publish Ahead of Print, DOI : 10.1097/JOM.0000000000001209
- Hartmann D.P., Wood, D., (1990). *Observational Methods in International Handbook of Behavior Modification and Therapy*. New York, NY: Plenum Press, pp 107-138.
- Hätinen, M., Kinnunen, U., Pekkonen, M., & Kalimo, R. (2007). Comparing two burnout interventions: Perceived job control mediates decreases in burnout. *International Journal of Stress Management*, 14, 227–248.
- Hawkins, D. M. (1980). *Identification of outliers* (11), London, Chapman and Hall.
- Herbig, P.A., Palumbo, F.A. (1994) Karoshi: Salaryman Sudden Death Syndrome. *J Manag Psychol*. 9(7), 11-6.
- Huijs, J., (2019) *Motivated and Healthy to Work! Predictors of and Interventions for Sustainable Employment and Promoting Return to Work*. Utrecht University Repository (Dissertation).
- INSERM (dir.). (2011) *Stress au travail et santé : Situation chez les indépendants. Synthèse et recommandations*. Paris. Les éditions Inserm, 2011, XVI-77 p. - (Expertise collective). - <http://hdl.handle.net/10608/218>
- Jackson, E.R., Shanafelt, T.D., Hasan, O., *et al*. (2016), Burnout and alcohol abuse/dependence among U.S. medical students. *Acad Med*, 2016, 91, 1251-1256.
- Janssens, H., Braeckman, L., De Clercq, B. *et al* (2016). The indirect association of job strain with long-term sickness absence through bullying: a mediation analysis using structural equation modeling. *BMC Public Health* 16, 851. <https://doi.org/10.1186/s12889-016-3522-y>
- Johns, M.W. (1991), A new method for measuring day time sleepiness: The Epworth Sleepiness Scale. *Sleep*; 14, 540-5
- Kaiser, C. R., & Miller, C. T. (2001). Stop Complaining! The Social Costs of Making Attributions to Discrimination. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 27(2), 254–263. <https://doi.org/10.1177/0146167201272010>
- Karakaya G, kestens W., Iona M., (2019) Reprendre le travail, quels facteurs de succès ? *service représentation et études des mutualités libres*, Bruxelles. <https://www.mloz.be/fr/publications/magazine-health-forum/repandre-le-travail-quels-facteurs-de-succes>.
- Kärkkäinen, R., Saaranen, T., Hiltunen, S., Ryyänen, O., & Räsänen, K. (2017). Systematic review: Factors associated with return to work in burnout. *Occupational medicine*, 67(6), 461-468.
- Karlson, B., Jönsson, P., Pålsson, B., Åbjörnsson, G., Malmberg, B., Larsson, B., & Österberg, K. (2010). Return to work after a workplace-oriented intervention for patients on sickleave for burnout-a prospective controlled study. *BMC Health Services Research*, 10(1), 301.
- Kato, T. (2015) *Burnout as a risk factor for strain, depressive symptoms, insomnia, behavioral outcomes, suicide attempts, and well-being among full-time workers. handbook on burnout and sleep deprivation*. Nova Science Publishers, inc.
- Kivimäki, M., Nyberg, S.T., Batty, G.D., *et al*. (2012). Job strain as a risk factor for coronary heart disease: a collaborative meta-analysis of individual participant data. *Lancet*, 380, 1491-1497.

- Koopmans PC, Roelen CA, Groothoff JW (2008) Sickness absence due to depressive symptoms. *Int Arch Occup Environ Health*; 81:711-719.
- Lavigne-Robichaud, M., Trudel, X., Duchaine, C.S. *et al.* (2019) Job strain and the prevalence of uncontrolled hypertension among white-collar workers. *Hypertension Res* **42**, 1616-1623. <https://doi.org/10.1038/s41440-019-0278-7>
- Le Borgne M., Boudoukha A.H., Petit A., Roquelaure Y., Jeoffrion Ch., (2019), Burnout et lombalgies chroniques liées au travail : l'importance des dimensions interpersonnelles comme facteurs de risque. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*. Volume 177, Issue 3, p. 243-249.
- Leymann, H. (2006) Inventory of Psychological Terror. *Rev Epidem. Santé Publique*. 54. 245-62.
- Leymann, H. (1990). Mobbing and psychological terror at workplaces. *Violence Vict*. 5(2). 119-26.
- Leymann, H., & Gustafsson, A. (1996). Mobbing at work and the development of post-traumatic stress disorders. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 5(2), 251-275. <https://doi.org/10.1080/13594329608414858>
- Lona, M., Amrous, K. (2018) Enquête sur la prévalence & l'intensité du stress professionnel, *Mutualités libres*. <https://www.mloz.be/fr/publications/etudes-et-analyses/enquete-sur-la-prevalence-lintensite-du-stress-professionnel>
- Madsen, I.E., Lange, T., Borrit, M. *et al.* (2015), Burnout as a risk factor for antidepressant treatment - a repeated measures time-to-event analysis of 2936 Danish human service workers. *J Psychiatr Res*, 65, 47-52.
- Mairiaux, Ph., Schippers, N., Eubelen, I. *et al.* (2012), *Stress & Santé des indépendants, Quelles réalités, quelles solutions ? Document de synthèse*, STES, ULG, Belgique
- Maslach, C. (1982) *Understanding burnout: Definition issues in analyzing a complex phenomenon*. In W.S. Paine (éd.), *Job Stress and Burnout*. Sage Publications, Beverly Hills (California).
- Maslach C., Jackson S.E., Leiter M.P. (1996). *Maslach Burn Out Inventory*. Palo Alto, CA: Consult. Psychol. Press 3<sup>rd</sup> ed.
- Maslach, C., Leiter, M. P. (2016). Understanding the burnout experience: recent research and its implications for psychiatry. *World psychiatry*, 15(2), 103-111.
- Maslach, C., Schaufeli, W., Leiter, M. (2001). Job burnout. *Annual Review of Psychology*, 52, 397-422
- Massart, A.C. (2019). La réintégration au travail après un incapacité de travail pour burn-out. In Gilson S., Squifflet A.C. (Eds), *La souffrance au travail, dialogue interdisciplinaire autour du burn-out*. Collection Perspectives de Droit Social. Anthémis, 149-171.
- Melamed, S., Shirom, A., Toker, S., Berliner, S., Shapira, I. (2006/1) Burnout and risk of cardiovascular disease: evidence, possible causal paths, and promising research directions. *Psychol Bull.* mai ;132(3), 327-53.
- Melamed, S., Shirom, A., Toker, S., Shapira, I. (2006/2) Burnout and risk of type 2 diabetes: a prospective study of apparently healthy employed persons. *Psychosom Med*. 68(6), 863-9.
- Mesters, P., Clumeck, N., Delroisse, S., Gozlan, S., Le Polain, M., Massart, A.C., Pitchot, W., (2017), Syndrome de fatigue professionnelle ; 2ème partie : de la prise en charge thérapeutique, *Rev Med Liege*. 72(6), 301-307.
- Michie, S., & Williams, S. (2003). Reducing work related psychological ill health and sickness absence: a systematic literature review. *Occupational and environmental medicine*, 60(1), 3-9.

- Milczarek, M., (2010). *Workplace violence and harassment: a European picture*. Luxembourg: Publ. Office of the European Union; 2010. 155 p. (European risk observatory report).
- Miller, GE., Cohen, S., Ritchey, A.K. (2002). Chronic psychological stress and the regulation of pro-inflammatory cytokines: a glucocorticoid-resistance model. *Health Psychol.* 21(6), 531-41.
- Millner, A. *et al.* (2013) Suicide by occupation: A systematic review and meta analysis. *British Journal of Psychiatry*, 203, 409-416.
- Moss, J., (2019) Burnout Is About Your Workplace, Not Your People. *Harvard Business Review*. December 11, 2019
- Neuprez A., Crielaard J.-M., (2017) Fibromyalgie : État de la question en 2017. *Rev Med Liège*, 72(6), 288-294.
- Nielsen, K., Yarker, J., Munir, F., Bültmann, U., (2018) IGL00: An integrated framework for sustainable return to work in workers with common mental disorders. *Work & Stress*, 32:4, 400-417, DOI: 10.1080/02678373.2018.1438536
- Nielsen, M., Tangen, T., Thormod Idsoe, T., Stig Berge Matthiesen, S., Magerøy, N. (2015), Post-traumatic stress disorder as a consequence of bullying at work and at school. A literature review and meta-analysis. *Aggression and Violent Behavior*, 21 17–24
- Nielsen, M. B. D., Bultmann, U., Madsen, I. E. H., Martin, M., Christensen, U., Diderichsen, F., & Rugulies, R. (2012). Health, work, and personal-related predictors of time to return to work among employees with mental health problems. *Disability and Rehabilitation*, 34(15), 1311-1316. <https://doi.org/10.3109/09638288.2011.641664>
- Nielsen M., Madsen I., Bültmann, U., Christensen U., *et al* (2011) Predictors of return to work in employees sick-listed with mental health problems: findings from a longitudinal study, *European Journal of Public Health*, Volume 21, Issue 6, 806–811. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckq171>
- Nieuwenhuijsen, K., Verbeek, J., De Boer, A., Blonk, R., & Van Dijk, F. (2004). Supervisory behaviour as a predictor of return to work in employees absent from work due to mental health problems. *Occupational and environmental medicine*, 61(10), 817-823.
- Nieuwenhuijsen, K., Verbeek, J., Siemerink, J. C., & Tummers-Nijssen, D. (2003). Quality of rehabilitation among workers with adjustment disorders according to practice guidelines; a retrospective cohort study. *Occupational and environmental medicine*, 60 (suppl 1), 21-25.
- Norlund, S., Reuterwall, C., Höög, J., Nordin, M., Edlund, C., & Birgander, L. S. (2011). Work related factors and sick leave after rehabilitation in burnout patients: experiences from the REST-project. *Journal of occupational rehabilitation*, 21(1), 23-30.
- Norlund, S., Reuterwall, C., Höög, J., Lindahl, B., *et al* (2010), Burnout, working conditions and gender – results from the northern Sweden MONICA Study, *BMC Public Health*, 10:326. <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/10/326>
- Nyberg, S.T., Fransson, E.I., Ahola, K., *et al.* (2014) . Job strain as a risk factor for type 2 diabetes: a pooled analysis of 124,808 men and women. *Diabetes Care*, 37, 2268-2275.
- Observatoire du Suicide, 2020, Suicide, quels liens avec le travail et le chômage ? penser la prévention et les systèmes d'information. 4<sup>ème</sup> rapport, juin 2020. France.
- Osterberg K, Skogsliden S, Karlson B. (2014) Neuropsychological sequelae of work-stress-related exhaustion. *Stress*, 17:59–69.

- Perski, O., Grossi, G., Perski, A. & Niemi, M. (2017). A systematic review and meta-analysis of tertiary interventions in clinical burnout. *Scandinavian Journal of Psychology*, 58/6, 551– 561.
- Peters, S., Mesters, P. (2008). *Le Burn out. Comprendre et vaincre l'épuisement professionnel*. Paris: Marabout.
- Petterson, U., Bergström, G., Samuelsson, M., Åsberg, M., & Nygren, Å. (2008). Reflecting peer-support groups in the prevention of stress and burnout: randomized controlled trial. *Journal of Advanced Nursing*, 63, 506–516.
- Picquendar, G., (2016), Burnout des médecins généralistes hauts-normands : prévalence et facteurs associés. *Médecine humaine et pathologie*. <dumas-01511051>
- Pijpker, R.; Vaandrager, L.; Veen, E.J.; Koelen, M.A. (2020) Combined Interventions to Reduce Burnout Complaints and Promote Return to Work: A Systematic Review of Effectiveness and Mediators of Change. *Int. J. Environ. Res. Public Health*, 17, 55.
- Portog, I. (2017) Fear of future violence at work and job burnout: A diary study on the role of psychological violence and job control. *Burnout Research*, Volume 7, 36-46.
- Rodríguez-Muñoz, A., Moreno-Jimenez, B., Sanz Vergel, A., Garrosa Hernandez, E. (2010). Post-Traumatic Symptoms Among Victims of Workplace Bullying: Exploring Gender Differences and Shattered Assumptions. *Journal of Applied Social Psychology*, 40, 10, 2616–2635.
- Rohan Walkera, F. (2013), Acute and Chronic Stress-Induced Disturbances of Microglial Plasticity, Phenotype and Function. *Current Drug Targets*, 14, 1262-1276
- Rohleder, N. *et al.* (2004). Hypocortisolism and Increased Glucocorticoid Sensitivity of Pro-Inflammatory Cytokine Production in Bosnian War Refugees with Posttraumatic Stress Disorder. *biol psychiatry*. 55, 745–751
- Roldán, G. *et al.* (2013). Violence at work and its relationship with burnout, depression and anxiety in healthcare professionals of the emergency services. *Health*; Vol.5, No.2, 193-199.
- Rossouw, P. J., (2013). Defining bullying: The role of neurobiological markers. *International Journal of Neuropsychotherapy*, 1, 2-8. DOI : 10.12744/ijnpt.2013.0002-0008
- Rudkjoebing LA, Bungum AB, Flachs EM, Eller NH, *et al.* (2020). Work-related exposure to violence or threats and risk of mental disorders and symptoms: a systematic review and meta-analysis. *Scand J Work Environ Health*. Online first article. January. doi:10.5271/sjweh.3877
- Rui Tian *et al.* (2014). A Possible Change Process of Inflammatory Cytokines in the Prolonged Chronic Stress and Its Ultimate Implications for Health. *Scientific World Journal Volume*, Article ID 780616, 8 pages
- Saganha, J. P., Doenitz, C., Greten, T., Effert, T., & Greten, H. J. (2012). Qijong therapy for physiotherapists suffering from burnout: a preliminary study. *Journal of Chinese Integrative Medicine*, 10, 1233–1239.
- Salvagioni DAJ, Melanda FN, Mesas AE, González AD, Gabani FL, Andrade SMd (2017) Physical, psychological and occupational consequences of job burnout: A systematic review of prospective studies. *PLoS ONE* 12(10): e0185781. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0185781>
- Schaufeli, W., Buunk, P. (2004). Burnout: An Overview of 25 Years of Research and Theorizing. *The Handbook of Work and Health Psychology*, Second Edition, 383 - 425

- Schaufeli, W., Buunk, P. (2003). Burnout: An overview of 25 Years of Research on Theorising. In M. Schabracq, J. Winnubst, A.M., Cooper, C.L. (Eds.), *Handbook of work and health psychology*. John Wiley & Sons, Ltd, Chichester. DOI:10.1002/0470013400
- Schaufeli, W.B., Enzmann, D. (1998). *The burnout companion to study and practice: A critical analysis*. Philadelphia: Taylor & Francis.
- Schaufeli, W., Leiter, M., Maslach, Ch. (2009). Burnout: 35 years of research and practice. *Career Development International*, Vol. 14 No. 3, 204-220. DOI 10.1108/13620430910966406
- Schonfeld, I.S. (2015). Burnout and Depression: Two Entities or One? *Journal of clinical psychology*. 09 Oct. 2015.
- Sonnenschein, M., Sorbi, M. J., Verbraak, M. J., Schaufeli, W. B., Maas, C. J., & Van Doornen, L. J. (2008). Influence of sleep on symptom improvement and return to work in clinical burnout. *Scandinavian journal of work, environment & health*.
- SPF EMPLOI. (2018) « Retour au travail après une absence de longue durée pour raison médicale. Prévention et réintégration. Belgique.  
[https://www.emploi.belgique.be/sites/default/files/fr/modules\\_pages/publicaties/document/bien-etre\\_welzijn/retourtravailraisonmedicale.pdf?id=47817](https://www.emploi.belgique.be/sites/default/files/fr/modules_pages/publicaties/document/bien-etre_welzijn/retourtravailraisonmedicale.pdf?id=47817)
- SPF emploi, (2010), *Recherche sur le Burn out au sein de la population active belge*.
- Stenlund, T., Ahlgren, C., Lindahl, B., Burell, G., Steinholtz, K., Edlund, C., Birgander, L.S. (2009). Cognitively oriented behavioral rehabilitation in combination with Qigong for patients on long-term sick leave because of burnout: REST—a randomized clinical trial. *International Journal of Behavioral Medicine*, 16(3), 294-303.
- Stenlund, Th., Nordin, M., Järholm, L. (2012). Effects of Rehabilitation Programmes for Patients on Long-term Sick Leave for Burnout: a 3-Year Follow-up of the Rest Study. *Journal of Rehabilitation Medicine*, Vol. 44, Number 8, July, pp. 684-690.
- TNS-Ilres, (2010), *Le bien-être au travail au Luxembourg*, mars 2010, - Chambre des salariés.
- Thorsen, S.V.; Pedersen, J.; Flyvholm, M.A.; Kristiansen, J.; Rugulies, R.; Bültmann, U. Perceived stress and sickness absence: A prospective study of 17,795 employees in Denmark. *Int. Arch. Occup. Environ. Health* 2019, 92, 821–828. [
- Toppinen-Tanner S., Ojajarvi A., Väänänen A., Kalimo R., Jäppinen P., (2005). Burnout as a Predictor of Medically Certified Sick-Leave Absences and Their Diagnosed Causes. *Behavioral Medicine*, Volume 31, Issue 1, p.18-32.
- Truchot D. (2004). *Epuisement professionnel et burnout : concepts, modèles, interventions*. Ed. Dunod, Paris.
- van Dam A, Keijsers GPJ, Eling PATM, Becker ES. Impaired cognitive performance and responsiveness to reward in burnout patients: Two years later. *Work Stress* 2012. **26** : 333–346.
- Vroome, E, (2006), *Prevalence of sickness absence and 'presenteeism'*, TNO Work and Employment, Netherlands. Publisher: European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions (Eurofound).
- Watson *et al.* (1991) The PTSD Interview: Rationale, description, reliability, and concurrent validity of a DSM-III-based technique. *Journal of Clinical Psychology* 47(2), 179- 88.

- Weiss, D.S., Marmar, C.R. (1997). « The impact of event scale”. In J. P. Wilson, & T.M. Keane (Eds.). *in, Assessing psychological trauma and PTSD*. New York, NY: Guilford Press. 399-411.
- Xu, T., Magnusson Hanson, L.L., Lange, T., Starkopf, L. *et al.* (2018). Workplace bullying and violence as risk factors for type 2 diabetes: a multicohort study and meta-analysis. *Diabetologia*. 61(1), 75-83.
- Young, A. E., Roessler, R. T., Wasiak, R., McPherson, K. M., Van Poppel, M. N. & Anema, J. (2005). A developmental conceptualization of return to work. *Journal of occupational rehabilitation*, 15(4), 557-568.
- Zigmond AS, Snaith RP. (1983). Hospital Anxiety Depression Scale (HADS). *Acta Psychiatr Scand*. 67(6), 361-70.

### ANNEXE 1 : DIAGNOSIS CRITERIA

---

#### A. *Burnout*

*Burnout before WHO (May 2019)*

- Emotional Exhaustion feelings of being overextended and depleted of one's emotional and physical resources (Maslach, Schaufeli, Leiter, 2001).
- Depersonalization; dehumanization.  
Cynicism, negative, callous, excessively detached response to various aspects of the job (Maslach, Schaufeli, & Leiter, 2001).
- Extrinsic Job Dissatisfaction, Disengagement (Cherniss 1995)
- The employee perceives inadequate reward ("thank you"; money, status, prestige/ recognition) obtained through that employment.  
The General Job Satisfaction is impacted.

*"Three Dimensions of Burnout Exhaustion is the central quality of burnout and the most obvious manifestation of this complex syndrome". (Christina Maslach, Wilmar B. Schaufeli, Michael P. Leiter ; Annu. Rev. Psychol. 2001. 52 :397-422). (Extracts)*

Of the three aspects of burnout, exhaustion is the most widely reported and the most thoroughly analysed. However, the fact that exhaustion is a necessary criterion for burnout does not mean it is sufficient. If one were to look at burnout out of context, and simply focus on the individual exhaustion component, one would lose sight of the phenomenon entirely. Although exhaustion reflects the stress dimension of burnout, it fails to capture the critical aspects of the relationship people have with their work.

Exhaustion is not something that is simply experienced—rather, it prompts actions to distance oneself emotionally and cognitively from one's work, presumably as a way to cope with the work overload.

- Within the human services, the emotional demands of the work can exhaust a service provider's capacity to be involved with, and responsive to, the needs of service recipients. Depersonalization is an attempt to put distance between oneself and service recipients by actively ignoring the qualities that make them unique and engaging people.
- Outside of the human services, people use cognitive distancing by developing an indifference or cynical attitude when they are exhausted and discouraged. Distancing is such an immediate reaction to exhaustion that a strong relationship from exhaustion to cynicism (depersonalization) is found consistently in burnout research, across a wide range of organizational and occupational settings.

The relationship of inefficacy (reduced personal accomplishment) to the other two aspects of burnout is somewhat more complex.

- In some instances, it appears to be a function, to some degree, of either exhaustion, cynicism, or a combination of the two (Byrne 1994, Lee & Ashforth 1996).
- A work situation with chronic, overwhelming demands that contribute to exhaustion or cynicism is likely to erode one's sense of effectiveness.

- Further, exhaustion or depersonalization interfere with effectiveness: It is difficult to gain a sense of accomplishment when feeling exhausted or when helping people toward whom one is indifferent.
- The lack of efficacy seems to arise more clearly from a lack of relevant resources, whereas exhaustion and cynicism emerge from the presence of work overload and social conflict.

*World Health Organisation's (WHO) Assembly (Meeting in Geneva /20-27 May 2019)*

- « Burn-out » is an “occupational phenomenon”.
- Is codenamed “QD85” and to be found in the section on “problems associated with employment or unemployment”.
- “specifically refers to phenomena related to the professional context and should not be used to describe experiences in other areas of life.”
- is switched from the category “factors influencing health status” to “occupational phenomena”

***B. Post-traumatic stress disorder (F43.1)***

A. Exposure to a stressful event or situation (either short or long lasting) of exceptionally threatening or catastrophic nature, which is likely to cause pervasive distress in almost anyone.

B. Persistent remembering or "reliving" the stressor by intrusive flash backs, vivid memories, recurring dreams, or by experiencing distress when exposed to circumstances resembling or associated with the stressor.

C. Actual or preferred avoidance of circumstances resembling or associated with the stressor (not present before exposure to the stressor).

D. Either (1) or (2):

(1) Inability to recall, either partially or completely, some important aspects of the period of exposure to the stressor

(2) Persistent symptoms of increased psychological sensitivity and arousal (not present before exposure to the stressor) shown by any two of the following:

- a) difficulty in falling or staying asleep;
- b) irritability or outbursts of anger;
- c) difficulty in concentrating;
- d) hyper-vigilance;
- e) exaggerated startle response

E. Criteria B, C (For some purposes, onset separately.)

delayed more than six months may be included but this should be clearly specified

***C. Major Depressive Episode (Primary DSM-IV depression disorders, criteria for adults)***

- 5 or more depressive symptoms for  $\geq 2$  weeks

1. Depressed Mood
2. Markedly diminished interest or pleasure in most or all activities
3. Significant weight loss (or poor appetite) or weight gain
4. Insomnia or hypersomnia
5. Psychomotor retardation
6. Fatigue or loss of energy
7. Feelings of worthlessness or excessive or inappropriate guilt
8. Diminished ability to think or concentrate, or indecisiveness

9. Recurrent thoughts of death (not just fear of dying), or suicidal ideation, plan, or attempt

- Must have either depressed mood or loss of interest/pleasure
- Symptoms must cause significant distress or impairment
- No manic or hypomanic behavior

## ANNEXE 2 : QUESTIONNAIRE N°1

1. J'autorise le Dr Mesters à collecter des données dans le dossier médical qu'il a constitué lors de mes consultations de façon à les traiter statistiquement et anonymement à des fins de recherche.  OUI  NON

*Les données recueillies concernent votre burnout ainsi que d'éventuels problèmes de santé associés au stress et vos traitements. En aucun cas, les informations relatives à votre histoire personnelle ou familiale ne seront utilisées.*

### Votre situation au moment du burnout

2. Vous êtes  Un Homme  Une Femme
3. Quel âge aviez-vous au moment du premier diagnostic de burnout ?  
 Moins de 30 ans  Entre 30 et 39 ans  Entre 40 et 49 ans  50 ans et plus
4. En quelle année était-ce? .....
5. Depuis combien de temps aviez-vous des symptômes avant d'être diagnostiqué(e) en burnout ?  
 Moins de 6 mois  Entre 6 mois et 1 an  Au-delà d'un an
6. Quelle était votre situation familiale au début de votre arrêt maladie pour burnout ?  
 Seul(e)  En couple sans enfant  En couple avec enfant(s)  Famille monoparentale
7. Dans quel secteur travailliez-vous ?  
 Secteur public (fonctionnaire ou contractuel)  Secteur privé  Indépendant
8. Quelle était votre fonction ?  
Fonction dirigeante  
 (Direction, cadre, manager, chef de service, ...)  Employé  Ouvrier  Indépendant
9. Vous étiez salarié(e), avec une activité d'indépendant(e) à titre complémentaire ?  
 Oui  Non
10. Quelle était la taille de votre entreprise ?  
 Je travaillais seul  De 2 à 10 personnes  De 11 à 99 personnes  
 De 100 à 1000 personnes  Plus de 1000 personnes
11. Votre entreprise était ...  
 Active seulement en Belgique  Une entreprise multinationale

12. Avant votre arrêt maladie, vous vous êtes senti(e) victime de violence psychologique au travail

(La violence psychologique au travail peut se définir par une situation où une personne est sujette à des comportements hostiles de la part d'une ou de plusieurs personnes de son environnement de travail, qui visent à la blesser, à l'oppresser, à la maltraiter, ou encore à l'exclure ou à l'isoler pendant une longue période de temps.)

- Pas du tout d'accord  Plutôt pas d'accord  Sans avis  Plutôt d'accord  Tout à fait d'accord

13. Ce climat de travail a contribué à votre burnout

- Pas du tout d'accord  Plutôt pas d'accord  Sans avis  Plutôt d'accord  Tout à fait d'accord

14. Avez-vous eu des problèmes de santé juste avant ou pendant votre burnout ? (plusieurs réponses possibles)

- Problèmes Cardio vasculaire  
 Cancer  
 Douleurs chroniques (migraines, maux de dos, ...)  
 Problèmes digestifs  
 Problèmes de sommeil diagnostiqués par un examen médical  
 Autre : Précisez.....  
 Aucun problème de santé

15. Des éléments de votre vie personnelle et familiale ont contribué à votre épuisement

- Pas du tout d'accord  Plutôt pas d'accord  Sans avis  Plutôt d'accord  Tout à fait d'accord

### Le diagnostic de burnout

16. Combien de mois a duré votre arrêt maladie pour burnout ? ..... Mois
17. Qui a posé le diagnostic de burnout en premier lieu ? (une seule réponse possible)  
 Médecin traitant  
 Psychiatre  
 Psychologue  
 Moi-même  
 Autre : Précisez.....
18. Aviez-vous déjà été arrêté(e) pour fatigue ou souffrance professionnelle dans le passé avant l'épisode qui vous a amené à consulter auprès du Dr MESTERS ?  
 Non, jamais  Oui, une fois  Oui, plusieurs fois

### L'accompagnement pendant votre burnout

19. Qui vous a accompagné pendant votre épisode de burnout ? (plusieurs réponses possibles)

- Médecin traitant
- Psychiatre
- Psychologue
- Coach
- Juriste
- Sophrologue
- Autre : Précisez.....

20. Si vous avez été suivi(e) par un psychologue, quelle a été la durée de votre suivi?

- Moins de 3 mois
- Entre 3 et 6 mois
- Plus de 6 mois

21. Si vous avez été suivi(e) par un psychologue, combien de rendez-vous avez-vous eu avec lui ?

- Moins de 4 rendez-vous
- Entre 5 et 10 rendez-vous
- Plus de 10 rendez-vous

22. Si vous avez été suivi(e) par un coach, quelle a été la durée de votre suivi?

- Moins de 3 mois
- Entre 3 et 6 mois
- Plus de 6 mois

23. Si vous avez été suivi(e) par un coach, combien de rendez-vous avez-vous eu avec lui ?

- Moins de 4 rendez-vous
- Entre 5 et 10 rendez-vous
- Plus de 10 rendez-vous

24. Si vous avez été suivi(e) par un psychiatre, quelle a été la durée de votre suivi?

- Moins de 3 mois
- Entre 3 et 6 mois
- Plus de 6 mois

25. Si vous avez été suivi(e) par un psychiatre, combien de rendez-vous avez-vous eu avec lui ?

- Moins de 4 rendez-vous
- Entre 5 et 10 rendez-vous
- Plus de 10 rendez-vous

26. Si vous avez vu un psychiatre (plusieurs réponses possibles)

- Il a confirmé le diagnostic
- Il a prescrit des médicaments ou changé votre médication
- Il est intervenu pour des aspects administratifs (assurance, mutuelle, ...)
- Il a prescrit des examens complémentaires
- Il est intervenu dans votre reprise du travail
- Autre : Précisez.....

27. Les médecins qui vous ont entouré(e) (médecin traitant, médecin de mutuelle, médecin du travail, psychiatre, ...) ont collaboré ensemble

- Pas du tout d'accord
- Plutôt pas d'accord
- Sans avis
- Plutôt d'accord
- Tout à fait d'accord

28. Avez-vous gardé un contact avec votre employeur et/ou vos collègues pendant votre arrêt maladie ?

- Non jamais
- Oui occasionnellement
- Oui fréquemment

29. Qui a pris l'initiative de ce contact ?

- Moi
- Mon(mes) collègue(s)
- Ma hiérarchie
- Le service des ressources humaines

30. Comment avez-vous vécu ces contacts ?

- C'était très agréable
- C'était agréable
- De manière indifférente
- C'était stressant
- C'était très stressant
- Autre : Précisez...

31. Avez-vous préparé votre retour au travail via le trajet de réintégration ?

- Oui
- Non
- Je ne sais pas

32. Vous avez été aidé(e) par le médecin du travail

- Pas du tout d'accord
- Plutôt pas d'accord
- Sans avis
- Plutôt d'accord
- Tout à fait d'accord

33. Vous avez été aidé(e) par le médecin de la mutuelle

- Pas du tout d'accord
- Plutôt pas d'accord
- Sans avis
- Plutôt d'accord
- Tout à fait d'accord

34. Après votre épisode de burnout, avez-vous repris le travail chez le même employeur?

- Oui
- Non (Allez directement à la question 48)

---

Si vous êtes retourné(e) chez votre employeur

---

35. Vous avez reçu l'aide nécessaire de la part de votre employeur (ou de votre hiérarchie) pour que votre retour se passe dans de bonnes conditions

- Pas du tout d'accord     Plutôt pas d'accord     Sans avis     Plutôt d'accord     Tout à fait d'accord

36. Votre employeur a respecté les recommandations médicales lors de votre retour

- Pas du tout d'accord     Plutôt pas d'accord     Sans avis     Plutôt d'accord     Tout à fait d'accord

37. Vous avez rencontré votre employeur (responsable des ressources humaines, votre hiérarchie,...) avant votre reprise pour préparer le retour

- Non     Oui, une fois     Oui, plusieurs fois

38. Avez-vous repris la même fonction que celle que vous exerciez avant votre arrêt maladie ?

- Oui     Non

39. Si vous avez changé de fonction, c'est vous qui avez souhaité ce changement

- Pas du tout d'accord     Plutôt pas d'accord     Sans avis     Plutôt d'accord     Tout à fait d'accord

40. Si vous avez changé de fonction, comment qualifieriez-vous la fonction dans laquelle vous avez repris le travail ?

- Moins intéressante que la précédente     Equivalente     Plus intéressante que la précédente  
 Autre : Précisez .....

41. Avez-vous bénéficié d'un mi-temps médical ?

- Non     Oui

42. Si oui, combien de mois avez-vous bénéficié d'un mi-temps médical ? .....Mois

43. Le mi-temps médical a été respecté par votre employeur (charge de travail, horaires...)

- Pas du tout d'accord     Plutôt pas d'accord     Sans avis     Plutôt d'accord     Tout à fait d'accord

44. Avez-vous réduit votre temps hebdomadaire de travail ?

- Non  
 Oui, grâce à un congé parental  
 Oui, en diminuant mon temps de travail  
 Oui en répartissant mes congés annuels  
 Oui Autre : Précisez.....

45. Vous avez été bien accueilli(e) et soutenu(e) par vos collègues/votre équipe

- Pas du tout d'accord     Plutôt pas d'accord     Sans avis     Plutôt d'accord     Tout à fait d'accord

46. Vous avez été bien accueilli(e) et soutenu(e) par votre hiérarchie

- Pas du tout d'accord     Plutôt pas d'accord     Sans avis     Plutôt d'accord     Tout à fait d'accord

47. Vous avez été aidé(e) par le service des ressources humaines

- Pas du tout d'accord     Plutôt pas d'accord     Sans avis     Plutôt d'accord     Tout à fait d'accord

---

Si vous n'êtes pas retourné(e) chez votre employeur

---

48. Lorsque vous avez quitté votre employeur, vous avez

- Démissionné de votre propre initiative pour un autre travail  
 Démissionné de votre propre initiative et cherché un autre emploi  
 Reçu un C4 pour raison médicale de force majeure  
 Été licencié(e) avec indemnités de licenciement  
 Bénéficié d'une prépension  
 Pris votre pension  
 Autre : Précisez .....

---

Si vous avez changé d'employeur

---

49. Après combien de temps avez-vous retrouvé un travail ? ..... Mois

50. Vous avez choisi un nouveau travail qui ressemblait à l'ancien

- Pas du tout d'accord     Plutôt pas d'accord     Sans avis     Plutôt d'accord     Tout à fait d'accord
-

---

**Si vous êtes devenu indépendant(e)**

---

**51. Votre nouvelle activité est proche de l'ancienne**

- Pas du tout d'accord     Plutôt pas d'accord     Sans avis     Plutôt d'accord     Tout à fait d'accord

---

**Question ouverte**

---

**52. Ce que je n'ai pas eu l'occasion de dire à travers les questions posées et qui me semble important ...**

*Merci pour votre collaboration*

**53. Nous autorisez-vous à vous recontacter pour des questions portant sur votre parcours professionnel après votre burnout ?**

- Oui, par courrier     Oui, par mail     Oui, par téléphone     Non

A l'adresse : (si différente de l'adresse utilisée pour vous contactez)

Mon adresse mail est : .....

Mon numéro de téléphone est : .....

## ANNEXE 3 : QUESTIONNAIRE 2

### Partie 1 : Symptômes résiduels

Pourriez-vous évaluer sur une échelle de 1 à 10, l'intensité du symptôme, pour chaque période ?

	De 1 (aucune)										à 10 (très présentes)
<b>1. Difficultés de concentration</b>											
Au moment du diagnostic	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Sans avis
À la fin de votre arrêt maladie (si pas d'arrêt, à la reprise d'une activité normale)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Sans avis
1 an après	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Sans avis
2 ans après	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Sans avis
Aujourd'hui	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Sans avis
<b>2. Difficultés au niveau de la mémoire (y compris mémoire à court terme pour les faits récents)</b>											
Au moment du diagnostic	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Sans avis
À la fin de votre arrêt maladie (si pas d'arrêt, à la reprise d'une activité normale)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Sans avis
1 an après	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Sans avis
2 ans après	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Sans avis
Aujourd'hui	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Sans avis
<b>3. Hypersensibilité émotionnelle (irritabilité, difficulté de gestion des émotions, ...)</b>											
Au moment du diagnostic	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Sans avis
À la fin de votre arrêt maladie (si pas d'arrêt, à la reprise d'une activité normale)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Sans avis
1 an après	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Sans avis
2 ans après	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Sans avis
Aujourd'hui	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Sans avis
<b>4. Fatigue</b>											
Au moment du diagnostic	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Sans avis
À la fin de votre arrêt maladie (si pas d'arrêt, à la reprise d'une activité normale)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Sans avis
1 an après	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Sans avis
2 ans après	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Sans avis
Aujourd'hui	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Sans avis

	De 1 (aucun)										à 10 (très fréquents)
<b>5. Problèmes de sommeil</b>											
Au moment du diagnostic	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Sans avis
À la fin de votre arrêt maladie (si pas d'arrêt, à la reprise d'une activité normale)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Sans avis
1 an après	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Sans avis
2 ans après	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Sans avis
Aujourd'hui	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Sans avis

	De 1 (aucune)										à 10 (très fréquentes)
<b>6. Douleurs chroniques</b>											
Au moment du diagnostic	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Sans avis
À la fin de votre arrêt maladie (si pas d'arrêt, à la reprise d'une activité normale)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Sans avis
1 an après	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Sans avis
2 ans après	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Sans avis
Aujourd'hui	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Sans avis

7. Avez-vous du prendre des congés à cause de ces symptômes ? 0 Oui 0 Non

8. Avez-vous eu des problèmes au travail à cause de ces symptômes (licenciement, mise à l'écart, critiques avec répercussions sur votre évaluation ou vos perspectives de carrière, etc.)

1 (aucun problème) 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (beaucoup de problèmes) Sans avis

9. Pendant l'année qui a suivi votre reprise du travail (si pas d'arrêt, à la reprise d'une activité normale) avez-vous eu des problèmes de santé ? (Plusieurs réponses possibles)

- Problèmes Cardiovasculaires (infarctus, troubles du rythme, hypertension, etc.)
- Problèmes digestifs
- Problèmes de sommeil diagnostiqués par un examen médical
- Problèmes psychologiques / psychiatriques (dépression, stress post traumatique, troubles anxieux importants, abus d'alcool/ médicaments/drogues)
- Diabète
- Problèmes de thyroïde
- Autre : Précisez.....

10. Aujourd'hui, avez-vous retrouvé la forme que vous aviez avant votre burnout ?

0 Oui 0 Non

Si oui après combien de temps ? ..... Mois



**Si vous avez ressenti de la violence psychologique au travail avant votre burnout**  
(sinon passez directement à la question 24).

Que s'est-il passé après votre retour au travail ?

19. L'entreprise a-t-elle reconnu les conditions de violence psychologique au travail que vous avez ressenties et qui ont participé à votre épuisement ?    0 Oui    0 Non

20. L'entreprise a-t-elle pris des mesures pour éviter que ne se reproduisent la violence psychologique au travail que vous avez ressentie avant votre burnout ?    0 Oui    0 Non

Si oui lesquelles ? (Plusieurs réponses possibles)

- Vous avez changé de poste, de service ou de département
- Des mesures ont été prises envers le/les responsables de la violence psychologique
- Le/les responsables de la violence psychologique ont été promus
- Des mesures de prévention ou de protection ont été prises à votre égard
- Le conseiller en prévention des risques psycho-sociaux (ou la personne de confiance) est intervenu
- Des mesures collectives de prévention ou de protection des travailleurs ont été prises
- D'autres mesures ? Lesquelles ? .....

21. Les faits de violence psychologique se sont-ils reproduits ?    0 Oui    0 Non

22. Avez-vous subi des mesures de rétorsion après que vous ayez rapporté les conditions de violence psychologique (ex : Mise à l'écart, licenciement, déclassement, menaces...) ?  
0 Oui    0 Non

23. Avez-vous déposé une plainte (formelle ou informelle) pour faits de violence et de harcèlement moral ou sexuel, auprès de votre employeur ?    0 Oui    0 Non

24. Le dépôt de plainte a-t-il mené à une solution adéquate et juste selon vous ?  
0 Oui    0 Non

Si non, pour quelles raisons n'y a-t-il pas de solution adéquate et juste ?

---

**Partie 4 : Devenir professionnel après la reprise**

---

Quels évènements professionnels avez-vous vécus dans les années qui ont suivi votre burnout ?

25. **Nouvel arrêt de travail de MOINS D'UN MOIS pour fatigue professionnelle**

Pendant l'année qui a suivi la fin de votre arrêt maladie (si pas d'arrêt, la reprise d'une activité normale)	Non	1 fois	Plus d'une fois
Entre 1 an et 2 ans après	Non	1 fois	Plus d'une fois
Plus de deux ans après	Non	1 fois	Plus d'une fois

26. **Nouvel arrêt de travail de UN MOIS OU PLUS pour fatigue professionnelle**

Pendant l'année qui a suivi la fin de votre arrêt maladie (si pas d'arrêt, la reprise d'une activité normale)	Non	1 fois	Plus d'une fois
Entre 1 an et 2 ans après	Non	1 fois	Plus d'une fois
Plus de deux ans après	Non	1 fois	Plus d'une fois

27. **Nouvel arrêt de travail de MOINS D'UN MOIS pour autre(s) problème(s) de santé**

Pendant l'année qui a suivi la fin de votre arrêt maladie (si pas d'arrêt, la reprise d'une activité normale)	Non	1 fois	Plus d'une fois
Entre 1 an et 2 ans après	Non	1 fois	Plus d'une fois
Plus de deux ans après	Non	1 fois	Plus d'une fois

28. **Nouvel arrêt de travail de UN MOIS OU PLUS pour autre(s) problème(s) de santé**

Pendant l'année qui a suivi la fin de votre arrêt maladie (si pas d'arrêt, la reprise d'une activité normale)	Non	1 fois	Plus d'une fois
Entre 1 an et 2 ans après	Non	1 fois	Plus d'une fois
Plus de deux ans après	Non	1 fois	Plus d'une fois

Evénements	Indiquez les événements qui se sont produits		
	Dans l'année qui a suivi la reprise du travail	Entre 1 an et 2 ans après	Plus de 2 ans après
Diminution du temps de travail (par rapport au temps de travail avant le burnout)	0	0	0
Changement de fonction chez l'employeur	0	0	0
Changement d'employeur	0	0	0
Pension ou prépension	0	0	0
Période de chômage	0	0	0
Reprise d'une formation courte (moins de 3 mois)	0	0	0
Reprise d'une formation longue (plus de 3 mois)	0	0	0
Passage du statut de salarié au statut d'indépendant	0	0	0
Passage du statut d'indépendant au statut de salarié	0	0	0
Développement d'une activité d'indépendant complémentaire	0	0	0

30. Concernant votre travail actuel, êtes-vous d'accord avec ces affirmations ?											
De 1 (pas du tout d'accord) à 10 (tout à fait d'accord)											
Vous faites à peu près le même travail qu'avant votre burnout	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Sans avis
Vous travaillez plus près de votre domicile	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Sans avis
Vos horaires de travail vous conviennent mieux	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Sans avis
Vous faites un travail que vous préférez à celui que vous faisiez avant votre burnout	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Sans avis
Votre travail est mieux rémunéré que celui que vous faisiez avant votre burnout	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Sans avis
Vous vous investissez différemment dans votre travail qu'avant votre burnout	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Sans avis
Votre climat de travail est meilleur qu'avant votre burnout	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Sans avis
Vous avez demandé une rétrogradation avec diminution de salaire de façon délibérée	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Sans avis
Vous avez retrouvé le « feu sacré » pour votre métier	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Sans avis
Votre travail correspond davantage à vos aspirations personnelles	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Sans avis
Vous percevez que votre organisation s'engage dans sa mission et est cohérente dans ses valeurs	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Sans avis
Votre travail a davantage de sens pour vous	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Sans avis

## Partie 5 : Impact financier du burnout

31. Le coût de votre burnout vous a forcé à	De 1= pas du tout										à 10 = tout à fait
Réduire votre train de vie	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Sans avis
Renoncer à certains soins	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Sans avis
Revendre des biens	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Sans avis
Faire appel à vos proches	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Sans avis
Vous adresser au CPAS	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Sans avis
Demander un/des étalements de paiement	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Sans avis
Dépendre financièrement de votre conjoint	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Sans avis
Reprendre le travail alors que votre médecin vous le déconseillait	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Sans avis

32. Votre burnout vous a-t-il occasionné des problèmes financiers importants ? 0 Oui 0 Non

33. A combien estimez-vous son coût global ?

- a. Coûts des soins                      Montant approximatif total : (en euros) .....
- b. Perte de revenu                      Montant approximatif total : (en euros) .....
- c. Autres ?                                  ..... Montant approximatif total : (en euros) .....

34. Si vous le souhaitez, décrivez-nous vos difficultés financières

35. Considérez-vous avoir été correctement informé ?	De 1 (pas du tout)										à 10 (tout à fait)
Des aides disponibles pour favoriser votre reprise (mi-temps médical, travail adapté, formation payée par la mutuelle, ...)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Sans avis
Des démarches administratives à faire après la reprise	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Sans avis
Des conséquences financières de votre burnout (indemnités, impôt, ...)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Sans avis
De vos droits vis-à-vis de votre employeur	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Sans avis

*Merci beaucoup pour votre collaboration*

## ANNEXE 4 : CURRICULUM VITAE DES CHERCHEURS

---

## DOMAINES D'ACTIVITES

---

### COACHING INDIVIDUEL ET EN ORGANISATION

2009 - ... **Coaching individuel dans le domaine professionnel**

Souffrance au travail (burnout, harcèlement, ...), réorientation professionnelle, développement d'aptitudes managériales, gestion de conflits, ...

**Accompagnement d'équipes et de managers dans la prévention du stress et du burnout** Secteur non marchand : crèches, hôpitaux, syndicats, ASBL ...

**Supervision de responsables d'équipes**

**Coaching d'équipe**

Accompagnement du changement, Favoriser la dynamique de groupe et l'esprit d'équipe, Mise en place de projets qualité...

Secteur non marchand : crèches, hôpitaux, mutuelles, ASBL, ...

### RÉSEAU BURNOUT ([WWW.RESEAU BURNOUT.ORG](http://WWW.RESEAU BURNOUT.ORG))

2009 - ... **Coach professionnelle** spécialisée dans l'accompagnement des personnes en burnout, au sein d'une structure multidisciplinaire

2014 - ... **Administratrice, Trésorière** de l'ASBL RPSPS « Réseau Pluridisciplinaire de Suivi et Prévention de la Souffrance au Travail ».

### ENSEIGNEMENT ET RECHERCHE

2019- ... **Assistante d'enseignement et de recherche**

Faculté de Droit et de Criminologie, UCLouvain.

2018 - ... **Projet de recherche** « Le traitement et la trajectoire professionnelle des patients ayant souffert d'épuisement professionnel. Développement des recommandations politiques. ». Etude financée par l'INAMI.

2006 - ... **Chargée de cours pour l'EPFC (ULB) et la Haute Ecole libre de Bruxelles Ylia Prigogine**

« Ecole des cadres » dans le domaine des soins infirmiers : management, sécurité sociale, ...

2006 - ... **Formatrice pour adultes**

Céfora, APEF, Hôpitaux, ONE, Milieux d'accueil de la petite enfance, Syndicats ...

Gestion du stress, burnout, gestion de conflits, gestion d'équipe, gestion de projets, management, leadership, ...

## **EXPERIENCES PROFESSIONNELLES ANTÉRIEURES**

---

### **CONSULTANCE**

- 2006 - 2013 **Audit et accompagnement d'organisations du non-marchand**
- Audit organisationnel et financier
  - Accompagnement de projet de fusion d'hôpitaux
  - Mise en place de démarche qualité, développement de l'orientation client

### **TRAVAIL EN ORGANISATION**

- 2002 - 2006 **Directeur Administratif, Clinique Saint-Pierre, Ottignies**  
En charge de la gestion administrative et financière de l'hôpital.
- Comptabilité, gestion financière et budgets
  - Administration (facturation, administration, informatique, accueil patients ...)
  - Gestion des équipes affectées à ces tâches (+/- 300 personnes)
- Membre du Conseil d'Administration
- 2000 - 2002 **Attachée de direction, Clinique Saint-Pierre, Ottignies**  
Développement de projets en gestion, qualité et communication
- 1995 - 2000 **Membre du service d'études de l'Alliance Nationale des Mutualités Chrétiennes**  
Expert pour le secteur hospitalier

### **RECHERCHE**

- 1992 - 1996 **Assistante de recherche à l'Université Catholique de Louvain**  
« Le financement par pathologie des hôpitaux », CORE, sous la direction du Prof. Marchand.

### **ENSEIGNEMENT**

- 1996 - 2002 **Expert indépendant FUCAM**  
Séminaire d'économie publique et du non-marchand
- 1992 - 1994 **Formatrice en économie à l'ISCO (Enseignement pour adultes)**

## **FORMATIONS**

---

- 2016 - 2019 **Master en Criminologie**  
Université Catholique de Louvain, Louvain-la-Neuve, Belgique.  
« Identité professionnelle et burnout chez le policier : une articulation complexe ».
- 2012 - 2019 **Analyse transactionnelle**  
Ecole Cepra (101, 102, 103 et approfondissement en groupe didactique)
- 2015 **Neurocognitivism**  
Les fondamentaux de l'Approche Neurocognitive et Comportementale (ANC)
- 2008 - 2009 **Coaching et team building**  
Certifiée Coach & Team©, TRANSFORMANCE, Bruxelles,
- 1987 - 1992 **Licence et maîtrise en Sciences Economiques**  
Université Catholique de Louvain, Louvain-la-Neuve, Belgique
- 1990 - 1992 **Candidatures en Droit**  
Université Catholique de Louvain, Louvain-la-Neuve, Belgique

### **Travaux et publications (sur demande)**

# Patrick Mesters



- **Fondateur du Réseau Multidisciplinaire du Suivi et Prévention de la Souffrance au travail. Bruxelles (2006).** ([www.reseau burnout.com](http://www.reseau burnout.com))
  - **Consultations cliniques :**
    - Hôpital St Pierre Ottignies Service de psychiatrie
    - Centre Européen de Psychologie Médicale « Psy pluriel » Bruxelles (<http://cluster006.ovh.net/~psypluri/>).
  
- **Directeur et fondateur de l'European Institute for Intervention & Research on Burn Out (depuis 2006) ([www.burnout-institute.org](http://www.burnout-institute.org))**
  - Enquêtes diagnostic dans le domaine du Bien Être et de la prévention des Risques Psychosociaux
  - Accompagnement de l'épuisement professionnel auprès des entreprises et organisations
  - Mise en place de stratégie globale de prévention. (GIBOP)
  
- **Coach Professionnel** (Ecole Mozaik International. Paris)
  
- **Médecin – Psychiatre** (Univ. Cath. De Louvain (UCL) –Univ. Libre de Bruxelles (ULB)).
  - **Maitre d'Enseignement. Honoraire Faculté Médecine (ULB)**
  - **Maitrise en Pharmacologie et Médecine Appliquée à l'Industrie Pharmaceutique (Pharmed – ULB)**

• Doctor in Medicine	Catholic University of Louvain	1978
• Specialisation in General Medicine (GP)	Centre Universitaire de Médecine Générale Catholic University of Louvain (CUMG)	1978
• Neuropsychiatry Degree	Free University of Brussels	1984
• Specialisation in Human Systems and Familial Interventions	3 <sup>rd</sup> Cycle Catholic University of Louvain	1982
• Specialisation in Pharmaceutical Medicine	Pharmed ULB	2001
• Coach in Enterprise and for individuals	Mozaik International - International Coach Federation. Paris	2004-5

## Parcours professionnel

- **Cadre dans l'industrie pharmaceutique (1991-2005)**
  - Responsable de Recherche et Développement des médicaments du Système Nerveux Europe (Eli Lilly - Europe)
  - Coordination de plus de 40 études de recherche clinique internationale dans le même domaine portant sur des populations de plusieurs centaines de sujets.
- **Psychiatre - activité clinique : hôpital Vincent Van Gogh, Charleroi. 1985 - 1991.**

#### **Ouvrages :**

- **« Vaincre l'épuisement professionnel », Ed.** Laffont, Paris ; 2007. Coll. Réponses.
- **Plus de 200 publications, articles et communications scientifiques nationales** et internationales (Epuisement professionnel, Neurosciences et marqueurs biologiques en psychiatrie, validation d'échelles cliniques, facteurs prédictifs de l'adhérence au traitement, recherche clinique (Phases II / III/ IV), pharmacologie, psychologie médicale, méthodologie et réorganisation de la recherche clinique dans l'Industrie pharmaceutique en Europe). [Liste disponible sur demande](#)
- **Dernières publications :**
  - SYNDROME DE FATIGUE PROFESSIONNELLE (BURNOUT) 1ère. partie : de l'identification par le médecin généraliste. N. Clumeck, S. Delroisse, S. Gozlan, M. le Polain, A.-C. Massart, W. Pitchot. Rev Med Liège ; 2017 ; 72 : 5 : 246-252
  - SYNDROME DE FATIGUE PROFESSIONNELLE (BURNOUT) 2e partie : de la prise en charge thérapeutique. P. Mesters, N. Clumeck, S. Delroisse, S. Gozlan, M. le Polain, A.-C. Massart, W. Pitchot. Rev Med Liège ; 2017, 72(6),301-307
- **Contact : [www.burnout-institute.org](http://www.burnout-institute.org)**
  - [patrick.mesters@burnout-institute.org](mailto:patrick.mesters@burnout-institute.org)
  - +32 475 27 78 30
- **Administrative Coordinator : Madame Dupont**
  - + 32 476 502 727
  - [elisabeth.dupont@burnout-institute.org](mailto:elisabeth.dupont@burnout-institute.org)

# *Céline Bugli*

## **Position actuelle : Consultante au SMCS (UCL) et Statisticienne senior chez Neteffect et EIIRBO**

Employeur: **UCL - SMCS**  
Position/ Titre : Consultant et chargé de cours invité  
Date de début: 1<sup>st</sup> Août 2009  
Fonction: Consultant en statistique impliqué dans le conseil en méthodologie et calcul statistique émanant de la communauté universitaire, le support à des équipes de recherche dans la partie statistique et la gestion des bases de données, ainsi que dans l'organisation de formations continues pour les membres de l'Académie Louvain ainsi que des entreprises extérieures.

Employeur: **Neteffect SPRL**  
Position/ Titre : Statisticienne Senior  
Date de début: 1<sup>st</sup> Août 2009  
Fonction: Chef du département statistique

Employeur: **European Institute for Intervention and Research on Burn Out (EIIRBO)**  
(<http://www.burnout-institute.org>)  
Position/ Titre : Statisticienne Senior  
Date de début: 1<sup>st</sup> Août 2012  
Fonction: Consultante

---

## **Expériences professionnelles antérieures**

Employer name: Aepodia S.A  
Current position/title: Statisticien  
Start Date: 01/08/2007  
End Date : 06/05/2009  
Fonction: Statisticien impliqué dans des essais cliniques de phase 1 (du développement du protocole au rapport final)

Employer name: LACO, Diegem, Belgium  
position/title: Consultant en statistique  
Start Date: 01/06/2005  
End Date : 31/07/2007  
Fonction: Chercheur dans le département Health Outcomes Research Department chez UCB Pharma (Belgique)

## **Expériences d'enseignement**

Institution: Institut de Statistique, Université catholique de Louvain, Louvain-la-Neuve, Belgique  
Position: Chargé de cours invité

Date de début: 1<sup>er</sup> Janvier 2008  
 Date de fin: -  
 Cours encadrés: VETE1262 – Biostatistique (années académiques 2007-2008 et 2008-2009)  
 STAT2020 – Calcul Statistique sur Ordinateur (années académiques entre 2008-2009 et 2017-2018)  
 PSYM2132 – Introduction aux méthodes multivariées (année académique 2009-2010)  
 LIEPR1026 – Statistique (années académiques entre 2010-2011 et 2017-2018)  
 WFARM2177 – Biostatistique (années académiques 2010-2011, 2011-2012 et 2012-2013)  
 WFARM1247 – Statistique (années académiques entre 2015-2016 et 2017-2018)

Institution: Institut de Statistique, Université catholique de Louvain, Louvain-la-Neuve, Belgique  
 position: Doctorant  
 Date de début: 01/09/2001  
 Date de fin : 31/05/2005  
 Cours encadrés (en tant qu'assistant):
 

- STAT2430 - *Calcul statistique sur ordinateur*, professeur : B. Govaerts.
- STAT2530 - *Statistique des essais cliniques*, professeur : P. Lambert.

## **Diplômes**

Institution: Institut de Statistique, Université catholique de Louvain, Louvain-la-Neuve, Belgique  
 Diplôme: Doctorat en Sciences – Statistique  
 Date: Février 2003 - Juin 2006

Institution: Institut de Statistique, Université catholique de Louvain, Louvain-la-Neuve, Belgique  
 Diplôme: Master (DEA) en Statistique  
 Date: Septembre 2001 - Janvier 2003

Institution: Université catholique de Louvain, Louvain-la-Neuve, Belgique  
 Diplôme: Ingénieur Civil en Mathématiques Appliquées  
 Date : Septembre 1996 - Septembre 2001

## **Bourses de Recherche**

Institution: 'Fonds National pour la Recherche Scientifique' (FNRS), Belgique  
 Bourse: Bourse de recherché FRIA  
 Date : Septembre 2001 – June 2005

### **Présentations, Abstracts & Publications**

Liste disponible sur demande	
------------------------------	--

### **Langues**

Français (langue maternelle)
Anglais (Écrit et parlé) (CLL: B2,1)