



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

FICHE MÉMO

Repérage et prise en charge cliniques du syndrome d'épuisement professionnel ou *burnout*

RAPPORT D'ÉLABORATION

Mars 2017

La méthode d'élaboration des fiches mémo est une méthode pour produire des recommandations ou messages-clés dans un temps court (6 mois environ) et dans un format court (recto-verso).

Les fiches mémo s'inscrivent dans un objectif d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins.

Les fiches mémo ne sauraient dispenser le professionnel de santé de faire preuve de discernement dans la prise en charge du patient, qui doit être celle qu'il estime la plus appropriée, en fonction de ses propres constatations et des préférences du patient.

Cette fiche mémo a été élaborée selon la méthode décrite dans le guide méthodologique de la HAS disponible sur son site : [Méthode d'élaboration des fiches mémo et des fiches pertinence](#). La recherche documentaire est précisée en annexe 1.

Tableau 1. Grade des recommandations

A	Preuve scientifique établie Fondée sur des études de fort niveau de preuve (niveau de preuve 1) : essais comparatifs randomisés de forte puissance et sans biais majeur ou méta-analyse d'essais comparatifs randomisés, analyse de décision basée sur des études bien menées.
B	Présomption scientifique Fondée sur une présomption scientifique fournie par des études de niveau intermédiaire de preuve (niveau de preuve 2), comme des essais comparatifs randomisés de faible puissance, des études comparatives non randomisées bien menées, des études de cohorte.
C	Faible niveau de preuve Fondée sur des études de moindre niveau de preuve, comme des études cas-témoins (niveau de preuve 3), des études rétrospectives, des séries de cas, des études comparatives comportant des biais importants (niveau de preuve 4).
AE	Accord d'experts En l'absence d'études, les recommandations sont fondées sur un accord entre experts du groupe de travail, après consultation du groupe de lecture (parties prenantes). L'absence de gradation ne signifie pas que les recommandations ne sont pas pertinentes et utiles. Elle doit, en revanche, inciter à engager des études complémentaires.

La fiche mémo est téléchargeable sur
www.has-sante.fr

Haute Autorité de Santé
Service Communication – Information
5, avenue du Stade de France – F 93218 Saint-Denis La Plaine Cedex
Tél. : +33 (0)1 55 93 70 00 – Fax : +33 (0)1 55 93 74 00

Table des matières

Abréviations et acronymes	5
Préambule	6
1. Définitions	8
2. Données épidémiologiques françaises	10
2.1 Souffrance psychique	10
2.2 <i>Burnout</i>	11
3. Éléments de définition et manifestations du syndrome d'épuisement professionnel	14
3.1 Commission générale de terminologie et de néologie en 2012.....	14
3.2 Recommandations françaises	14
3.3 Recommandations étrangères	15
3.4 Méta-analyses et revues de la littérature : les manifestations cliniques.....	16
3.5 Conclusions sur les éléments de définition et les manifestations cliniques du <i>burnout</i>	26
4. Facteurs de risque	27
4.1 Recommandations françaises	27
4.2 Recommandations étrangères	28
4.3 Méta-analyses et revues de la littérature	29
4.4 Conclusions sur les facteurs de risques.....	51
5. Outils de repérage	52
5.1 Recommandations françaises	52
5.2 Recommandations étrangères	53
5.3 Revues systématiques et méta-analyses.....	53
5.4 Conclusion sur les outils de repérage	58
6. Diagnostics différentiels	59
6.1 Classifications médicales internationales.....	59
6.2 Recommandations françaises	59
6.3 Recommandations étrangères	59
6.4 Revues systématiques	60
6.5 Conclusions sur les diagnostics différentiels.....	63
7. Prévention et prise en charge	64
7.1 Recommandations françaises	64
7.2 Recommandations étrangères	65
7.3 Méta-analyses et revues de la littérature	67
7.4 Conclusions sur les interventions de prévention et de prise en charge du <i>burnout</i>	89
8. Accompagnement pour un retour au travail	91
8.1 Guide d'aide à la prévention publié par l'INRS, l'ANACT et la DGT.....	91
8.2 Autre publication.....	91
8.3 Conclusions sur l'accompagnement pour un retour au travail.....	91

9. Question de la reconnaissance en maladie professionnelle	93
9.1 Point sur la question de la reconnaissance de l'épuisement professionnel en maladie professionnelle	93
9.2 Rapport de la mission d'information relative au syndrome d'épuisement professionnel (ou <i>burnout</i>). Février 2017	93
10. Version soumise aux parties prenantes.....	95
11. Avis des parties prenantes	101
12. Validation	124
Annexe 1. Recherche documentaire.....	125
Annexe 2. Analyse de la méthode d'élaboration des recommandations citées	130
Annexe 3. Associations (liste non exhaustive par ordre alphabétique)	132
Annexe 4. Liste des consultations de pathologies professionnelles (février 2017)	133
Références	139
Participants	145
Fiche descriptive	147

Abréviations et acronymes

ABQ	<i>Athlete Burnout Questionnaire</i>
CBI	<i>Copenhagen Burnout Inventory</i>
cf.	confer
ECR	Essai contrôlé randomisé
ER	Essai randomisé
ISRS	Inhibiteur sélectif de la recapture de la sérotonine
MBI	<i>Maslach Burnout Inventory</i>
MCP	Maladie à caractère professionnel
OLBI	<i>Oldenburg Burnout Inventory</i>
RPS	Risques psychosociaux
SEP	Syndrome d'épuisement professionnel
SMBQ	<i>Shirom-Melamed Burnout Questionnaire</i>
SSPT	Syndrome de stress post-traumatique
TMS	Troubles musculosquelettiques

Préambule

Saisine

Madame la Ministre des Affaires sociales et de la Santé a saisi la Haute Autorité de Santé par un courrier en date du 27 avril 2016 souhaitant l'élaboration de recommandations de bonnes pratiques à destination des médecins du travail et des médecins généralistes sur le repérage, la prévention et la prise en charge syndrome d'épuisement professionnel (SEP) ou *burnout*, ainsi que sur l'accompagnement des personnes lors de leur retour au travail.

Cette demande s'inscrit dans le cadre de l'objectif opérationnel *III-3 Prévenir les risques psychosociaux* des mesures du troisième Plan santé au travail 2016-2020 (PST3), et plus spécifiquement par l'action *1.20 Renforcer la prévention du burnout (ou syndrome d'épuisement professionnel)* qui consiste à améliorer la connaissance sur ce syndrome insuffisamment caractérisé et défini, et à élaborer des supports opérationnels et notamment des recommandations de bonne pratique validée par la HAS à destination des médecins du travail, médecins généralistes et autres professionnels de santé.

Concernant spécifiquement les professionnels de santé, une stratégie nationale « pour mieux prendre soin de ceux qui nous soignent » a été lancée en décembre 2016 par la Ministre des Affaires sociales et de la Santé : l'un des axes de cette stratégie est d'améliorer la détection des risques psychosociaux.

Contexte d'élaboration

L'évolution des conditions et des organisations de travail est associée à une prévalence croissante des risques psychosociaux susceptibles de porter atteinte à la fois la santé physique et mentale. Les risques psychosociaux sont définis comme les risques pour la santé mentale, physique et sociale, engendrés par les conditions d'emploi et les facteurs organisationnels et relationnels susceptibles d'interagir avec le fonctionnement mental (définition issue du rapport Gollac (1)).

Contrairement aux « troubles mentaux et du comportement » de la CIM-10 (tels que l'épisode dépressif sévère, les troubles anxieux et dépressifs mixtes, l'état de stress post-traumatique, etc.), le syndrome d'épuisement professionnel n'est pas considéré comme une maladie dans les classifications de référence, mais comme un « facteur influant sur l'état de santé et motif de recours aux services de santé ». Il se rapproche d'autres situations non spécifiques telles que, par exemple, la souffrance au travail ou les effets du stress lié au travail.

Objectifs

- Définir le syndrome d'épuisement professionnel ou *burnout*.
- Améliorer son repérage et sa prise en charge, ainsi que l'accompagnement de ses victimes lors de leur retour au travail.

Ces recommandations se limitent au volet clinique du thème : l'action sur le milieu et l'organisation du travail est exclue du champ de ces recommandations. Elle est néanmoins indispensable dans une démarche de prévention primaire, secondaire ou tertiaire du *burnout*. Un groupe de travail associant l'ensemble des responsables associés (DGT/DGS) et partenaires abordera spécifiquement ce volet dans le cadre de la mise en œuvre de l'action 1.20 du Plan santé au travail 2016-2020 relative à la « prévention du *burnout* ».

Questions retenues

- Peut-on définir médicalement le syndrome d'épuisement professionnel ? Quelles en sont les manifestations ?
- Quels sont les facteurs de risques ?
- Comment repérer le syndrome d'épuisement professionnel ?

- Quelles sont les mesures individuelles de prise en charge du syndrome d'épuisement professionnel ?
- Comment accompagner les victimes de *burnout* lors de leur retour au travail ?

Patients concernés

Toute personne exerçant un travail rémunéré ou non pour lequel un syndrome d'épuisement professionnel est suspecté.

Professionnels concernés

Prioritairement les médecins du travail et médecins généralistes, et autres professionnels de santé.

Grade des recommandations émises

Les recommandations émises sont fondées sur des études de moindre niveau de preuve (revues systématiques de la littérature ou méta-analyses d'études de niveau de preuve 3 ou 4) et majoritairement sur un accord entre experts du groupe de travail, après consultation des parties prenantes. L'absence de gradation ne signifie pas que les recommandations ne sont pas pertinentes et utiles. Elle doit, en revanche, inciter à engager des études complémentaires.

1. Définitions

Souffrance psychique au travail : le terme de souffrance psychique en lien avec le travail regroupe, d'une part, les pathologies psychiques du chapitre V « Troubles mentaux et du comportement » de la Classification internationale des maladies-10^e révision et, d'autre part, d'autres troubles de la sphère de la santé mentale qui ne sont pas considérés comme des maladies dans les classifications de référence (données issues du Programme de surveillance des maladies à caractère professionnel (MCP) piloté par Santé publique France, anciennement InVS) . Il en est ainsi du *burnout*, du stress lié au travail ou des symptômes isolés d'anxiété ou de dépression (irritabilité, nervosité, etc.). Ces symptômes ou maladies doivent être causés ou aggravés par le travail selon l'expertise médicale des médecins du travail.

Stress professionnel : état de déséquilibre entre la perception par la personne des contraintes de son environnement, et des ressources dont elle dispose pour y faire face. L'évaluation des contraintes et des ressources est d'ordre psychologique, mais le stress peut avoir des conséquences tant physiques que psychologiques (Agence européenne pour la santé et la sécurité au travail).

NB : Le stress professionnel étant un facteur de risque de *burnout*, mais pas le seul, et ne menant pas toujours au *burnout*, le groupe de travail a décidé de ne pas étendre le sujet du rapport au stress professionnel en général, mais de ne retenir que les études traitant explicitement du *burnout*.

Coping : selon Lazarus et Folkman (1984), le *coping* est actuellement défini comme « l'ensemble des efforts cognitifs et comportementaux destinés à maîtriser, réduire ou tolérer les exigences internes ou externes qui menacent ou dépassent les ressources d'un individu » (2).

Core self-evaluation : croyances d'un individu dans ses propres compétences et sa valeur personnelle. Le concept comporte quatre paramètres : estime de soi, auto-efficacité (sentiment d'efficacité personnelle), stabilité émotionnelle, *locus* interne de contrôle (croyance du sujet en sa maîtrise et sa capacité d'action sur ce qui lui arrive) (Judge *et al.*, 2003)

Dissonance émotionnelle : situation dans laquelle une personne, en particulier un travailleur, doit exprimer une ou des émotion(s) « convenue(s) », sans rapport avec l'émotion réellement ressentie.

Five Factor Model : modèle organisant les traits de personnalité autour de cinq dimensions : ouverture, conscience professionnelle, extraversion, agréabilité, névrosisme (Costa et McCrae, 1992).

Modèle « Job demands-resources » : postule que l'on peut classer les facteurs de risques psychosociaux en deux grandes catégories, quel que soit le secteur d'activité considéré : les facteurs constitutifs d'une exigence, et ceux constitutifs d'une ressource (Bakker et Demerouti, 2007).

Les facteurs constituant une exigence peuvent être physiques, psychologiques, organisationnels, sociaux, et requièrent un effort soutenu pour leur mise en œuvre (d'où un certain coût, physique ou psychique).

Les ressources peuvent concerner les relations sociales et interpersonnelles (soutien de l'équipe, du manager, ambiance de l'équipe), l'organisation du travail (objectifs définis, participation à la prise de décision), le contenu du travail (variété, sens du travail, autonomie, etc.) ou d'autres aspects tels que la reconnaissance (évolution de carrière, salaire, etc.), ou encore la sécurité de l'emploi.

Les exigences ont bien sûr une action directe sur le niveau de contrainte, alors que les ressources ont une action directe sur la motivation. Néanmoins, le modèle postule aussi qu'il existe des relations croisées, les exigences venant moduler la relation « ressources-motivation », et les

ressources venant moduler la relation « exigences-contrainte ». L'équilibre entre contrainte et motivation détermine ensuite la survenue de problèmes organisationnels.

Tension au travail ou « *job strain* » (3) : situation de travail associant une faible latitude décisionnelle et une forte demande.

2. Données épidémiologiques françaises

2.1 Souffrance psychique

Après les affections de l'appareil locomoteur, la souffrance psychique causée ou aggravée par le travail est le deuxième groupe d'affections d'origine professionnelle décrit dans la population salariée active dans le programme de surveillance des MCP de Santé publique France, mené en collaboration avec l'Inspection médicale du travail depuis 2003 (4). A partir des données de ce programme, des taux annuels de prévalence ont été calculés pour la période 2007 à 2012 : ils étaient deux fois plus élevés chez les femmes que chez les hommes, quelle que soit l'année (3,1 % chez les femmes contre 1,4 % chez les hommes en 2012). Ce taux a augmenté sur cette période, aussi bien chez les femmes (passant de 2,3 % à 3,1 %) que chez les hommes (de 1,1 % à 1,4 %), avec une augmentation significative uniquement chez les hommes. L'âge et la catégorie sociale étaient fortement associés à la souffrance psychique : la probabilité de signalement d'une souffrance psychique en lien avec le travail augmentait avec l'âge chez les hommes (celle-ci était sept fois plus élevée pour les hommes âgés de 45 à 54 ans par rapport aux hommes de moins de 25 ans) comme chez les femmes. Cette probabilité augmentait également avec la catégorie sociale (gradient social des ouvriers vers les cadres).

Parmi les affections définissant la souffrance psychique en lien avec le travail, le trouble rapporté le plus fréquemment par les médecins du travail était l'épisode dépressif léger jusqu'en 2010, quel que soit le sexe. A partir de 2011, les troubles anxieux et dépressifs mixtes étaient les plus rapportés (plus d'un tiers des affections déclarées) pour les deux sexes. En parallèle, les parts de *burnout*, moins élevées, ont augmenté sur la période étudiée.

Selon les données de la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS), **sur 748 demandes de reconnaissance du caractère professionnel de maladies psychiques, 315 avis favorables ont été rendus par les Comités régionaux de reconnaissance des maladies professionnelles (CRRMP) en 2014** (nombre multiplié par 3,8 par rapport à 2012), parmi lesquelles 243 dépressions, 39 troubles anxieux et 33 états de stress post-traumatique indemnisés (5).

L'étude Héraclès (6) a eu pour objectif de mesurer la prévalence des cas de souffrance psychique liée au travail vus en consultation de médecine générale. Menée entre avril et août 2014 auprès de 121 médecins généralistes installés dans le Nord-Pas-de-Calais, cette étude a retenu un total de 2 027 patients (âgés de 18 à 65 ans, en activité professionnelle et venant en consultation pour tout type de motif). La prévalence des troubles psychiques identifiés comme en lien avec le travail vus en consultation de médecine générale dans le Nord-Pas-de-Calais a été estimée entre 24,5 % et 25,8 % selon le type de souffrance (objectivée par le questionnaire standardisé *Mini-international neuropsychiatric interview* (MINI), diagnostiquée par le médecin et ressentie par le patient). Les troubles psychiques liés au travail les plus fréquents étaient : l'anxiété généralisée (prévalence ajustée sur l'âge de 18,2 [IC 95 % 16,5 – 19,9]) ; les épisodes dépressifs majeurs (13,9 [IC 95 % 12,4 – 15,4]) et les risques suicidaires (8,8 [IC 95 % 7,6 – 10,1]). La prévalence pour les troubles psychiques objectivés par le MINI en lien avec le travail montrait un gradient croissant avec l'avancée en âge (16,4 % pour les 18-24 ans, à 28,7 % après 55 ans) et une prévalence plus importante chez les femmes (26,7 % pour les femmes vs. 24,3 % pour les hommes).

Dans **l'enquête Santé et itinéraire professionnel** (adressée à 25 000 ménages de France métropolitaine et à un échantillon complémentaire de 2 500 personnes actives) publiée par la Direction de l'animation de la recherche, des études et des statistiques (DARES) (7), une soixantaine de questions a permis d'appréhender en 2010 les RPS au travail et de dresser une typologie des salariés selon les facteurs de risques auxquels ils sont ou non exposés. L'étude portait exclusivement sur les salariés, soit 7 381 personnes âgées de 16 ans et plus

représentatives de 21,6 millions de salariés en France métropolitaine. Six profils différents ont pu être distingués : 28 % des salariés ne déclarent pas ou très peu de facteurs de risques, 19 % indiquent manquer de reconnaissance dans leur travail, mais ne pas vraiment en souffrir ; 16 % sont confrontés à de fortes exigences émotionnelles liées au contact avec le public, mais bénéficient d'un soutien dans leur environnement professionnel ; 15 % sont exposés à un travail exigeant et intensif ; 13 % déclarent à la fois un manque de reconnaissance professionnelle et des relations de travail difficiles ; et 9 % peuvent être qualifiés de surexposés car cumulant plusieurs facteurs de risques. Ceux-ci déclarent plus fréquemment une santé physique (plus de contraintes physiques) et mentale dégradée : il s'agit le plus souvent de jeunes, d'ouvriers non qualifiés ou d'employés, avec des contrats temporaires. Les salariés interrogés âgés de 50 ans et plus, les ouvriers qualifiés et les professions de services directs aux particuliers sont moins exposés et se déclarent plutôt en bonne santé.

Le Réseau national de vigilance et de prévention des pathologies professionnelles (RNV3P) est un réseau de vigilance et de prévention en santé au travail qui regroupe 31 centres de consultations de pathologies professionnelles (CCPP) de France métropolitaine et neuf services de santé au travail, et a vocation à rassembler les données de chaque consultation (données démographiques du patient, pathologies, expositions, secteur d'activité, profession) au sein d'une base pérenne de données nationales sur les pathologies professionnelles. En 9 ans (2001-2009), il a enregistré 118 852 problèmes de santé au travail signalés au sein des centres de consultation de pathologies professionnelles (8). Parmi ceux-ci, 47 768 pathologies considérées par les experts en lien possible, probable ou certain avec le travail ont été diagnostiquées. Les pathologies en relation avec le travail les plus fréquemment signalées sont les pathologies respiratoires (24 %) et les troubles mentaux et du comportement, dits encore psychopathologies du travail (22 %, n = 10 574 signalements). Elles sont en constante augmentation chez les hommes comme chez les femmes. L'augmentation la plus importante est observée dans les secteurs de l'immobilier-location et services aux entreprises, de l'administration publique et des autres services collectifs et sociaux personnels, puis dans les secteurs de la santé et du commerce et de la réparation automobile ; elle est moindre dans le secteur industriel.

Une enquête plus ancienne (**SUMER 2003**) portant sur 24 486 salariés avait permis une évaluation des expositions des salariés aux principaux risques professionnels en France, notamment des contraintes psychosociales évaluées à travers les trois dimensions psychosociales du questionnaire de Karasek ou « *Job Content Questionnaire* » (où une forte demande psychologique, une faible latitude décisionnelle et un faible soutien social peuvent conduire à une souffrance psychique au travail). Cette étude a démontré les qualités psychométriques satisfaisantes de la version française du questionnaire de Karasek en population générale salariée en France. Les variables clés identifiées étaient : l'âge, le statut de l'emploi, le secteur d'activité, la profession, la satisfaction au travail, la perception de travail stressant et l'intention de changer de poste (9). Les résultats de cette étude pour **la région des Pays de la Loire** montraient que les phénomènes de souffrance psychique au travail touchaient toutes les catégories socioprofessionnelles (10).

2.2 *Burnout*

Dans la publication de Khireddine *et al.* (4) sur la souffrance psychique en lien avec le travail portant sur les données du Programme MCP, Santé publique France a décrit la répartition des différents troubles relevant de la souffrance psychique en lien avec le travail. Celle-ci montrait que la part du *burnout* représentait, en 2012, 7 % des troubles psychiques rapportés par les médecins du travail. Si une extrapolation est faite sur les 480 000 salariés potentiellement concernés par la souffrance psychique en lien avec le travail en France, cela représenterait environ 30 000 cas. Cependant, le diagnostic différentiel difficile entre *burnout* et autres troubles dépressifs causés ou aggravés par le travail suggère que ce chiffre est probablement sous-estimé.

L'étude de Molina-Canales *et al.* (poster présenté au 34^e Congrès national de médecine et santé au travail) (11) a décrit les cas d'épuisement professionnel recensés dans la base nationale du

RNV3P. Entre 2001 et 2014, 404 cas se référant au terme *burnout*/épuisement professionnel ont été répertoriés dans le réseau. Parmi ces cas, 50 % ont été identifiés en « surmenage », 22,8 % avec une dépression ou un syndrome dépressif, 12,1 % avec un trouble anxieux et dépressif mixte, et 15,1 % ont été identifiés comme ayant une autre pathologie principale (par exemple, troubles de l'adaptation, somatisation, anxiété généralisée, etc.). Les secteurs d'activité les plus représentés par ordre de fréquence sont la santé (13,4 %), « autres services » (6,2 %), la finance (5,9 %) et l'administration (5,7 %). Ces secteurs sont ceux qui font l'objet de sur-notification statistiquement significative de pathologies psychiques dans leur ensemble au sein du réseau. Les facteurs de risques professionnels notifiés par ordre de fréquence sont : les changements dans l'organisation et les modalités particulières de management (18,5 %), les activités demandant une concentration soutenue (7,6 %), les horaires de travail (6,2 %), la faible latitude de décision dans l'organisation de son travail (5,1 %), la surcharge de travail ressentie (4,6 %), la qualité de la relation au travail (4,6 %).

Dusmesnil *et al.* (12) rapportent une prévalence d'épuisement émotionnel de 23 % chez des médecins généralistes de la **région PACA**. Cette prévalence semble variable selon les régions, pouvant dépasser 45 % en Bourgogne. Un *burnout* « complet » (épuisement émotionnel élevé, dépersonnalisation élevée et accomplissement personnel faible) concernerait 1 % des généralistes de PACA et 3 à 4 % des généralistes dans les autres régions. La charge de travail élevée (supérieure à 65 heures/semaine, OR = 2,1 ; IC 95 % [1,3-3,3]) et les fortes exigences mentales (OR = 2,0 ; IC 95 % [1,4-3,1]) sont associées à l'épuisement émotionnel. Des résultats similaires avaient été rapportés par Cathébras *et al.* dans une étude menée auprès des généralistes des Pays de la Loire (13) : 5 % des médecins généralistes déclaraient un niveau élevé de *burnout*. Une association avait été mise en évidence entre un niveau élevé d'épuisement émotionnel et des comportements potentiellement à risque pour les médecins et leurs patients (consommation d'alcool, de psychotropes, idéations suicidaires), ainsi qu'une insatisfaction au travail entraînant un désir de reconversion professionnelle, même si la plupart des médecins gardaient un niveau élevé d'accomplissement personnel dans leur métier. Les facteurs de stress considérés par les médecins comme les causes de leur épuisement professionnel étaient plus organisationnels, administratifs et relationnels que relevant de la confrontation avec la souffrance des patients.

Une enquête réalisée sous l'égide de la commission Prévention et santé publique de l'URML-IDF a été menée par questionnaire auto-administré auprès d'un échantillon de 10 000 médecins libéraux représentatifs de la profession **en Ile-de-France** (14). Parmi les 2 243 médecins généralistes et spécialistes répondants, 53 % déclaraient se sentir menacés par le *burnout* (29 médecins ont indiqué en avoir été victimes personnellement). Il s'agissait surtout de généralistes (de secteur 1), qui réalisaient plus de 6 000 actes par an, consultant sans rendez-vous, pratiquant la visite à domicile, âgés entre 45 et 50 ans et célibataires. Parmi les causes évoquées par ces médecins, l'excès de « paperasserie » (62,6 %) et l'augmentation des contraintes collectives (47,3 %) sont les plus citées. Les conséquences du *burnout* évoquées par les médecins résident dans la diminution de l'accomplissement professionnel (87,2 %), la dégradation de la relation médecin-patient (84,4 %) et l'altération de la qualité des soins (82,6 %). Douze pour cent des répondants envisageaient de changer de métier.

Une étude menée en 2010 chez 6 349 internes par questionnaire anonyme (au total 4 050 questionnaires analysés, soit un taux de réponse de 64,2 %) a permis d'analyser des données épidémiologiques, professionnelles et personnelles de santé, ainsi que le score du MBI sous ses trois dimensions. Les répondants avaient une moyenne d'âge de 26,4 ans, étaient de sexe masculin pour 31,3 % et se répartissaient pour 18,3 % en service d'urgence, 16,3 % en pédiatrie ou gynécologie, 26,6 % en médecine interne, et pour 24 % en médecine générale. Le pourcentage d'internes présentant un fort épuisement émotionnel était de 16 % ; concernant les deux autres dimensions du *burnout* : 33,8 % exprimaient une forte dépersonnalisation et 38,9 % un faible accomplissement personnel. Au total, 6,5 % (n = 283) des internes présentaient un *burnout* « complet ». Une association est notée entre le *burnout* et la charge de travail (78 % travaillaient plus de

50 heures/semaine), le manque de reconnaissance, une activité dans un service d'urgence et le manque de temps personnel (15).

L'étude de l'*European General Practice Research Network* (EGPRN) (16) a évalué la prévalence du *burnout* et des facteurs associés chez les médecins de famille dans douze pays européens, dont la France. Au total, 1 393 questionnaires (incorporant le MBI spécifique aux professionnels de santé (MBI-HSS) et des questions d'ordre démographique, d'expérience professionnelle, de santé, de mode de vie et de satisfaction au travail) ont été complétés, soit un taux de réponse de 41 %. Concernant le *burnout*, 43 % des médecins déclarent un fort épuisement émotionnel, 35 % une dépersonnalisation et 32 % un faible accomplissement personnel ; 12 % déclarent un score important dans ces trois dimensions. Une variabilité des résultats est à souligner selon les différents pays européens, ce qui renvoie à l'aspect contextuel du *burnout*, qui est un problème commun aux médecins de famille en Europe.

L'enquête SESMAT (Santé et satisfaction des médecins au travail), menée d'avril 2007 à mai 2008 et publiée par Estryn-Behar *et al.* en 2010 (17), a évalué la prévalence du *burnout* par le *Copenhagen Burnout Inventory* (CBI) chez des professionnels de santé salariés de différentes spécialités (538 urgentistes, 565 anesthésiste-réanimateurs, 576 médecins généralistes, 331 chirurgiens, 179 psychiatres, 106 gériatres, 217 radiologues et biologistes, 285 médecins préventifs et 155 pharmaciens, avec N = 3 196 dont 92,8 % d'hospitaliers et 16,8 % d'urgentistes) : la prévalence du *burnout* était de 42,4 % chez les professionnels de santé et de 51,5 % dans l'échantillon représentatif des urgentistes (taux de réponse de 66 % au questionnaire). Il est ressorti d'une analyse multivariée que les conflits professionnels et/ou familiaux (OR = 4,47 et OR = 6,14 respectivement) et la qualité faible à moyenne du travail en équipe (OR = 2,21 et OR = 5,44 respectivement) sont associés au *burnout*. Ce résultat était retrouvé dans **l'enquête européenne PRESST-NEXT** précédemment réalisée en 2003 (18) chez les soignants de divers pays européens, dont la France, où une augmentation forte et graduelle de la fréquence du *burnout* était notée entre ceux ayant une qualité élevée du travail d'équipe et ceux ayant une qualité moyenne, puis faible. Dans les analyses multivariées, incluant simultanément les différents facteurs de risques observés, une faible qualité du travail d'équipe double la fréquence du *burnout*. Le conflit travail/famille multiplie par quatre le *burnout*, pour les soignants paramédicaux comme pour les médecins. Plus que la quantité de travail, ce sont plutôt les conditions de fonctionnement des équipes qui font le lit du *burnout*. Lorsque la qualité du travail d'équipe (soutien de l'équipe, circulation de l'information, possibilités de discussion) est déclarée faible, lorsque le conflit travail/famille augmente, lorsque les relations interpersonnelles sont hostiles ou tendues, le *burnout* est plus fréquemment observé et le risque d'erreurs augmente.

3. Éléments de définition et manifestations du syndrome d'épuisement professionnel

3.1 Commission générale de terminologie et de néologie en 2012

Elle a donné, dans son avis publié au Journal officiel le 24 octobre 2012, la définition suivante du syndrome d'épuisement professionnel, officialisé comme l'équivalent en français du terme *burnout* (en anglais : « se consumer jusqu'au bout ») : syndrome caractérisé par un état de fatigue extrême, tant physique que mentale, attribué à la profession exercée et aux conditions de son exercice. Elle souligne que le syndrome d'épuisement professionnel est à distinguer de la dépression, qui affecte le sujet de manière plus générale.

3.2 Recommandations françaises

3.2.1 Guide d'aide à la prévention publié par l'INRS, l'ANACT et la DGT : « Le syndrome d'épuisement professionnel ou *burnout* : mieux comprendre pour mieux agir » de 2015

Ce guide a été élaboré par un groupe de travail multidisciplinaire : il clarifie ce que recouvre le *burnout* et formule des recommandations à l'employeur, aux directions des ressources humaines, aux organisations syndicales et aux autres acteurs de l'entreprise dans un but de prévention.

► Les caractéristiques du *burnout*

Ce guide reprend les caractéristiques suivantes : le *burnout* se traduit par un « épuisement physique, émotionnel et mental qui résulte d'un investissement prolongé dans des situations de travail exigeantes sur le plan émotionnel » (19). Les travaux scientifiques, notamment ceux de Christina Maslach, ont permis de concevoir le *burnout* comme un processus de dégradation du rapport subjectif au travail à travers **trois dimensions** : l'épuisement émotionnel, le cynisme vis-à-vis du travail et la diminution de l'accomplissement personnel au travail. Le guide précise que cette dernière dimension est plus controversée, certains auteurs considérant qu'il s'agirait d'un trait de personnalité ou encore d'une conséquence (parmi d'autres) du stress au travail qui n'aurait donc pas lieu d'être intégrée dans la définition de ce syndrome.

Le syndrome d'épuisement professionnel se traduit donc par une érosion à la fois de l'engagement (en réaction à l'épuisement), des sentiments (à mesure que le cynisme s'installe) et de l'adéquation entre le poste et le travailleur (vécue comme une crise personnelle). Dans les cas les plus extrêmes, le travailleur peut se trouver dans un état physique et psychique tel qu'il ne peut pas poursuivre son activité de travail ; ce qui peut être vécu comme une rupture, un écroulement soudain, alors que des signes avant-coureurs pouvaient le laisser présager.

► Les symptômes constitutifs du syndrome d'épuisement professionnel

Le guide précise que le *burnout* peut se traduire cumulativement de cinq manières sur l'individu, par des :

- manifestations émotionnelles (peurs mal définies, tensions nerveuses, humeur triste ou manque d'entrain, irritabilité, hypersensibilité, absence d'émotion) ;
- manifestations physiques (troubles du sommeil, fatigue chronique due à un sommeil qui n'est plus réparateur, tensions musculaires avec douleurs rachidiennes, prise ou perte soudaine de poids, maux de tête, nausées, vertiges) ;
- manifestations cognitives (diminution de la concentration, difficultés à réaliser plusieurs tâches à la fois, à nuancer, à prendre des décisions ; erreurs mineures, fautes, oublis sont également constatés) ;

- manifestations comportementales ou interpersonnelles (repli sur soi, isolement social, comportement agressif, parfois violent, diminution de l'empathie, ressentiment et hostilité à l'égard des collaborateurs ; comportements addictifs : tabac, alcool, tranquillisants, drogues, etc.) ;
- manifestations motivationnelles ou liées à l'attitude (désengagement progressif, baisse de motivation et du moral, effritement des valeurs associées au travail ; doutes de ses propres compétences, remise en cause professionnelle, dévalorisation).

3.2.2 Rapport de l'Académie nationale de médecine de 2016

Ce rapport exprime une position officielle de l'Académie (20). Celle-ci a émis des recommandations après avoir procédé à l'audition de professionnels de santé de spécialités, exercices et affiliations différents (médecins du travail, psychiatres, psychologue notamment).

► La symptomatologie du *burnout*

La symptomatologie du *burnout* regroupe plusieurs dimensions : épuisement émotionnel, dépersonnalisation, réduction de l'accomplissement personnel. Les nosographies médicales ne mentionnent pas le *burnout*. Celui-ci peut s'apparenter soit à un trouble de l'adaptation, soit à un état de stress post-traumatique, soit à un état dépressif. Il peut aussi désigner un tableau de désarroi psychologique d'intensité infra-clinique à celle qui est requise pour désigner une pathologie caractérisée.

Le rapport souligne que la définition tridimensionnelle du *burnout* est née d'une échelle de mesure et non l'inverse (le MBI ayant été élaboré à partir des analyses statistiques des résultats avec une première échelle appliquée à des populations spécifiques). Il rappelle également que la diminution de l'accomplissement personnel est une dimension controversée et que le surinvestissement au travail et les manifestations de « *workaholisme* » sont parfois cités pour caractériser le *burnout*.

► Les données de la biologie

Le rapport conclut que le *burnout* reste une entité mal définie au plan biologique.

Quelques données biologiques ont rapporté une dys-régulation de l'axe hypothalamohypophyso-adrénocorticotrope, du système immunitaire ou encore des taux circulants de facteurs trophiques (tel le BDNF).

L'Académie conclut que :

- Le terme de *burnout* renvoie à une réalité très délicate à définir. C'est un état de détresse psychologique lié à l'impossibilité de faire face à un facteur professionnel stressant chronique. Le terme de *burnout* ne peut pas être actuellement un diagnostic médical. Son usage extensif conduit à confondre détresse (ou fatigue) et pathologie émotionnelle.
- Des actions doivent être mises en œuvre par les organismes en charge de la recherche médicale pour l'établissement de critères cliniques, l'identification des mécanismes physio- et psychopathologiques et, en conséquence, de modalités préventives et thérapeutiques de l'épuisement professionnel.

3.3 Recommandations étrangères

3.3.1 Recommandations de l'OMS: « Guidelines for the primary prevention of mental, neurological and psychosocial disorders – staff burnout » de 1995

Il existe plusieurs définitions du *burnout*, cependant un consensus d'experts s'accorde sur le fait que ce syndrome recouvre trois dimensions : l'épuisement émotionnel, la dépersonnalisation et la diminution de l'accomplissement personnel. D'autres dimensions sont couramment décrites : ce phénomène survient au niveau individuel ou institutionnel ; c'est une expérience psychologique personnelle qui associe sentiments, attitudes, motivation et attentes ; c'est une expérience négative qui met en évidence des problèmes, des troubles, un malaise, une souffrance.(21)

Il associe un ensemble de signes et symptômes physiques (baisse d'énergie, fatigue chronique, lassitude, maux de tête fréquents, tension musculaire, douleur lombaire, troubles du sommeil, etc.), émotionnels (déprime, impuissance, détresse, irritabilité, impatience) et mentaux (insatisfaction, cynisme, désengagement).

3.3.2 Recommandations de sociétés savantes étrangères

Différentes sociétés savantes américaines ont élaboré des recommandations ciblant spécifiquement leurs professionnels de santé sur les questions de définition, mais aussi de repérage, de prévention et de prise en charge du *burnout*, comme par exemple la *Society of gynecologic oncology*, les *Critical Care Societies Collaborative* (regroupant l'*American Association of critical-care nurses*, l'*American College of chest physicians*, l'*American thoracic Society* et la *Society of critical care medicine*), le *SIOP Working Committee on Psychosocial Issues in Pediatric Oncology*.

Leur méthode d'élaboration n'étant pas spécifiée, leurs recommandations n'ont pas été rapportées dans ce travail.

3.4 Méta-analyses et revues de la littérature : les manifestations cliniques

Conformément à la méthode d'élaboration des recommandations, seules les revues systématiques de la littérature et méta-analyses abordant les manifestations cliniques du syndrome d'épuisement professionnel ont été sélectionnées ci-après.

De par la stratégie d'interrogation utilisée pour les bases de données bibliographiques, des études concernant plus largement le stress lié au travail (« *occupational stress* »), à la tension au travail (« *job strain* », cf. § Définitions) voire à des facteurs de risques psychosociaux en lien avec le travail ont été identifiées, puisqu'en effet, ces facteurs peuvent contribuer à la survenue d'un syndrome d'épuisement professionnel.

Le groupe de travail a décidé de ne pas retenir les études évaluant la survenue de manifestations cliniques uniquement sous l'angle de l'impact du stress au travail sans mesure spécifique du *burnout*.

3.4.1 Immunité et biomarqueurs

Trois revues systématiques de la littérature ont été identifiées ci-après.

Le but de la revue systématique de Danhof-Pont *et al.* publiée en 2011 (22) était d'identifier les **potentiels biomarqueurs du *burnout***, ayant fait l'objet d'au moins trois études. Trente-huit biomarqueurs ont été étudiés, impliqués dans l'axe hypothalamohypophyso-adrénocorticotrope, le système nerveux autonome, le système immunitaire, des processus métaboliques, la défense anti-oxydante, le système hormonal et le sommeil ; et plus particulièrement le cortisol (dans la salive et le sang), la pression artérielle, le rythme cardiaque, le cholestérol, la sulfate déhydroépiandrostérone (DHEAS), le nombre et l'activité des cellules *natural killer* (NK), la protéine réactive C (CRP) et la prolactine. Cependant, aucun de ces marqueurs ayant une pertinence clinique n'a été associé au *burnout*. Malgré des protocoles ou des patients similaires dans certaines études, une forte variabilité intra- et inter-individuelle est à noter.

L'étude de Nakata publiée en 2012 (23) est une revue systématique de la littérature dont l'objectif était d'évaluer une éventuelle association entre **le stress** lié à des facteurs psychosociaux et des paramètres de l'immunité dans le sang, la salive et l'urine. Au **total, huit études évaluent l'immunité en réponse au *burnout*** (taux des lymphocytes totaux, des lymphocytes et T CD3, CD4 et CD8, activité des cellules NK, agrégation/adhérence des leucocytes, cytokines inflammatoires, etc.) ont été rapportées, mais les auteurs concluent que d'autres études exploratoires sont encore nécessaires pour mettre en évidence une éventuelle association robuste et significative.

La revue systématique de Johnson *et al.* publiée en 2013 (24) a évalué l'impact **du stress chronique psychosocial** sur le taux de CRP. **Six études sur les 40 incluses concernaient le *burnout***, dont trois déjà mentionnées dans la revue précédente. Les auteurs concluent que, même si la CRP peut être une composante importante entrant dans la physiopathologie du *burnout*, les résultats restent épars en ce qui concerne ses taux (l'exploration de la médiation inflammatoire en cas de stress chronique est encore au stade de la recherche). Des études complémentaires sont à mener.

Tableau 2. Revues systématiques de la littérature et méta-analyses évaluant l'association entre différents biomarqueurs et le *burnout* / le stress au travail

Auteur, année, Référence, localisation	Recherche documentaire	Critères de sélection des articles Population	Question	Critères de jugement	Résultats et signification
Danhof-Pont <i>et al.</i> 2011 (22)	MEDLINE et EMBASE Jusqu'au 12/2008	Un évaluateur Etudes cliniques et observationnelles, comparant les marqueurs biologiques entre des individus sains et d'autres souffrant de <i>burnout</i> ou entre individus ayant de faibles <i>versus</i> de forts scores sur l'échelle de mesure du <i>burnout</i> Exclusion des études sans groupe de référence	Identification des potentiels biomarqueurs du <i>burnout</i>	Biomarqueurs ayant fait l'objet d'au moins trois publications, évalués dans le même fluide corporel	31 études incluses impliquant 38 biomarqueurs / 655 identifiées Dont 17 cas-contrôle et 14 transversales MBI dans 22 études et SMBQ dans 10 Méta-analyses possibles pour le cortisol dans la salive, la pression artérielle systolique et diastolique <u>Limites</u> : échelles de mesure du <i>burnout</i> différentes et seuils différents voire non mentionnés, comorbidités psychopathologiques ou maladies somatiques pas toujours contrôlées voire mentionnées, évaluation différente des biomarqueurs, facteurs confondants non mentionnés (maladie somatique, psychopathologie)
Johnson <i>et al.</i> 2013 (24)	MEDLINE, Web of Science Jusqu'au 02/2013	Deux évaluateurs Exclusion des patients dépressifs ou présentant une inflammation aiguë	Impact du stress chronique psychosocial sur le taux de CRP	Taux sanguin de CRP	40 études / 587 identifiées Six études concernent le <i>burnout</i> Pas de méta-analyse possible
Nakata 2012 (23)	Multibases Jusqu'au 08/2011	Travailleurs ayant des données immunologiques sanguines, salivaires ou urinaires	Evaluation de l'association entre le stress lié à des facteurs psychosociaux et des paramètres de l'immunité	Mesure subjective du stress lié au travail (MBI ou Shirom pour le <i>burnout</i>) ou mesure objective (sans emploi,	56 études incluses dont 46 études transversales, 10 prospectives (49 sur échantillons sanguins, 6 sur la salive et 1 sur les urines) Huit études concernent <i>burnout</i> et immunité

Repérage et prise en charge cliniques du syndrome d'épuisement professionnel ou *burnout*

Auteur, année, Référence, localisation	Recherche documentaire	Critères de sélection des articles Population	Question	Critères de jugement	Résultats et signification
				insécurité, restructuration, heures supplémentaires, etc.)	<u>Limites</u> : taille des échantillons, facteurs confondants (âge, sexe, niveau éducation, consommation alcool/tabac/médicaments, IMC, anxiété, expérience, etc.)

(*) *Individual-Participant Data meta-analysis of Working populations Consortium*

3.4.2 Mécanismes de méthylation de l'ADN

La revue systématique de Bakusic *et al.* (25) rapporte les études mettant en évidence des mécanismes épigénétiques observés en cas de stress, de *burnout* et de dépression, suggérant que ces mécanismes, dont notamment les variations de méthylation de l'ADN (ciblant certains gènes impliqués tout particulièrement dans la fonction de l'axe hypothalamohypophysio-adrénocorticotrope ou dans une dys-régulation à long terme du processus neuronal) joueraient un rôle crucial dans le développement de troubles psychiatriques. Ainsi, les variations de la méthylation de l'ADN seraient un biomarqueur possible dans la réponse individuelle en cas de stress et de troubles dépressifs. Parmi les 25 articles inclus, 15 concernaient la dépression, sept le stress chronique et seulement trois le stress en lien avec le travail, voire le *burnout*. Douze gènes différents ont été identifiés, dont le gène du récepteur aux glucocorticoïdes (présentant une méthylation différente en cas de stress chronique et de dépression), celui du transporteur de la sérotonine (modifié de la même façon en cas de stress, de dépression et de *burnout*), et celui de la tyrosine hydroxylase (sa méthylation serait corrélée dans une étude en cas de stress au travail). Des études longitudinales restent cependant à mener afin de confirmer une éventuelle relation causale entre ces phénomènes épigénétiques et le stress au travail, le *burnout* et son éventuel chevauchement avec la dépression.

Tableau 3. Revue systématique de la littérature sur une éventuelle corrélation entre les mécanismes épigénétiques et le *burnout* ou la dépression

Auteur, année, Référence, localisation	Recherche documentaire	Critères de sélection des articles Population	Question	Critères de jugement	Résultats et signification
Bakusic <i>et al.</i> 2016 (25)	Systématique, multibase (MEDLINE, EMBASE and PSYCHINFO)	Etudes cas-témoins ou de cohortes, menées chez l'animal ou chez l'homme (âgés de 18-65 ans), avec une mesure quantitative du stress et du <i>burnout</i> / dépression par des outils validés, et au moins une analyse explorant la méthylation de l'ADN	Evaluation des variations de méthylation de l'ADN en lien avec une exposition au stress au travail et la survenue d'un <i>burnout</i> ou d'une dépression	<i>Burnout</i> (MBI) / dépression (BDI, K6, PHQ-9, MDD, MINI, etc.)	25 études retenues / 964 identifiées, dont six études sur modèle animal (ciblant trois gènes impliqués dans l'axe hypothalamohypophyso-adrénocorticotrope) et 19 chez l'homme (ciblant neuf gènes impliqués dans une dys-régulation à long terme du processus neuronal) Trois études exploraient une éventuelle corrélation de la méthylation avec le stress au travail / <i>burnout</i> (une étude), et 19 avec la dépression <u>Limites</u> : pertinence des tissus / échantillons testés, facteurs confondants (âge, sexe, consommation de tabac, alcool, antidépresseurs et autres) pouvant influencer également la méthylation.

3.4.3 Troubles musculosquelettiques

L'étude de Lang *et al.* publiée en 2012 (26) est une méta-analyse estimant l'effet de **facteurs de risques psychosociaux** en termes de problèmes musculosquelettiques dans un contexte de travail de pays industrialisés. Les résultats de cette étude ciblent l'impact de différents facteurs de RPS liés au travail (charge de travail, relations de travail, autonomie, satisfaction, etc.) sur le développement de lombalgies, cervicalgies, et autres symptômes au niveau des épaules, des membres supérieurs et inférieurs. Sur les 23 facteurs de RPS identifiés, 17 fournissent une estimation des OR poolés positifs et significatifs (variant de 1,55 à 1,66), avec, par exemple, un effet significatif entre l'effet retardé d'un faible support social et des TMS des membres inférieurs (OR = 1,42 IC 95 % [1,25-1,61]).

Tableau 4. Méta-analyse évaluant l'association entre le stress au travail et les troubles musculosquelettiques

Auteur, année, Référence, localisation	Recherche documentaire	Critères de sélection des articles Population	Question	Critères de jugement	Résultats et signification
Lang <i>et al.</i> 2012 (26)	MEDLINE, EMBASE et PsychINFO, recherche manuelle Jusqu'au 08/2009	Deux évaluateurs, publications en anglais et en allemand Etudes longitudinales, avec une mesure à la baseline et contrôle des éventuels facteurs confondants Au moins cinq études rapportant un effet Travailleurs de pays industrialisés ; patients hospitalisés pour TMS exclus	Effet de facteurs de RPS sur les TMS	OR	45 incluses/ 5 901 identifiées 23 facteurs de RPS identifiés Faible support social / TMS des membres inférieurs : OR = 1,42 IC 95 % [1,25-1,61] Forte tension au travail / TMS du cou et des épaules : OR = 1,33 IC 95 % [1,08-1,62] Forte monotonie au travail / TMS des membres supérieurs : OR = 1,57 IC 95 % [1,28-1,93] <u>Limites</u> : délai d'apparition des TMS et contrôle variables d'une étude à l'autre, nombre limité de facteurs de RPS étudiés, heures supplémentaires ou travail posté non évalués, fiabilité des mesures, peu de variables dichotomiques

3.4.4 Fonctionnement cognitif

La revue systématique de la littérature de Deligkaris *et al.* publiée en 2014 (27) a exploré l'association rapportée entre le **burnout et le fonctionnement cognitif** évalué de façon objective par tests psychométriques (et non par auto-déclaration) : les résultats montrent une forte association entre le *burnout* et la détérioration de fonctions cognitives majeures telles que la mémoire, l'attention et l'exécution. Cette évaluation s'est faite cependant sur de courtes périodes (de 24 heures à 17 jours selon les études), sur de faibles échantillons, pouvant conduire à une sous-estimation de l'association, alors que des facteurs confondants (dépression associée, anxiété, recours à des médicaments psychotropes, consommation d'alcool, etc.) peuvent au contraire conduire à la surestimer.

Tableau 5. Revue systématique de la littérature évaluant l'association entre le *burnout* et le fonctionnement cognitif

Auteur, année, Référence, localisation	Recherche documentaire	Critères de sélection des articles (CS) Population	Question	Critères de jugement	Résultats et signification
Deligkaris <i>et al.</i> 2014 (27)	Systématique Multibases 2005 – 08/2013	Deux évaluateurs Etudes mesurant le <i>burnout</i> avec un outil validé et les fonctions cognitives avec un test psychométrique Qualité méthodologique évaluée selon les critères PRISMA (*)	Association entre le <i>burnout</i> et le fonctionnement cognitif	Résultats des différents tests psychométriques utilisés	15 études incluses / 3 881 identifiées : neuf avant/après, deux longitudinales et quatre avec une intervention 11/15 avec MBI 13/15 études montrent une association entre un déficit cognitif et le <i>burnout</i> alors qu'une autre rapporte une corrélation entre une meilleure performance cognitive et un haut score de <i>burnout</i> ; une étude ne montre pas de résultats significatifs <u>Limites</u> : taille des échantillons, sous-estimation possible du déficit cognitif étant donné la population étudiée dans certaines études (non clinique), facteurs de confusion, biais de publication, études longitudinales rares et hétérogènes aux résultats peu généralisables

(*) (Moher *et al.*, 2009)

3.5 Conclusions sur les éléments de définition et les manifestations cliniques du *burnout*

Le *burnout* n'est pas considéré comme une maladie caractérisée.

L'analyse et la synthèse de la littérature permettent de conforter la définition adoptée par l'INRS, l'ANACT et la DGT en 2015. Le syndrome d'épuisement professionnel, équivalent en français du terme anglais *burnout*, se traduit par un « épuisement physique, émotionnel et mental qui résulte d'un investissement prolongé dans des situations de travail exigeantes sur le plan émotionnel » (19).

Les travaux *princeps*, notamment ceux de Christina Maslach, ont permis de concevoir le syndrome d'épuisement professionnel comme un **processus de dégradation du rapport subjectif au travail** à travers trois dimensions : l'épuisement émotionnel, le cynisme ou dépersonnalisation (déshumanisation, indifférence), la diminution de l'accomplissement personnel au travail ou réduction de l'efficacité professionnelle. L'analyse de la littérature conforte que cette dernière dimension est plus controversée.

Le *burnout* est un ensemble syndromique. Ce syndrome peut se traduire par des manifestations plus ou moins importantes, d'installation progressive et souvent insidieuse, en rupture avec l'état antérieur, notamment (liste non exhaustive) :

- **émotionnelles** : anxiété, tensions musculaires diffuses, tristesse de l'humeur ou manque d'entrain, irritabilité, hypersensibilité, absence d'émotion ;
- **cognitives** : troubles de la mémoire, de l'attention, de la concentration, des fonctions exécutives ;
- **comportementales ou interpersonnelles** : repli sur soi, isolement social, comportement agressif, parfois violent, diminution de l'empathie, ressentiment et hostilité à l'égard des collaborateurs ; comportements addictifs ;
- **motivationnelles ou liées à l'attitude** : désengagement progressif, baisse de motivation et du moral, effritement des valeurs associées au travail ; doutes de ses propres compétences (remise en cause professionnelle, dévalorisation) ;
- **physiques non spécifiques** : asthénie, troubles du sommeil, troubles musculo-squelettiques (type lombalgies, cervicalgies, etc.), crampes, céphalées, vertiges, anorexie, troubles gastro-intestinaux.

Un **bilan somatique** doit rechercher une pathologie organique associée qui aurait pu se manifester par certains des symptômes cités précédemment.

Des revues systématiques ont évalué spécifiquement de potentiels biomarqueurs associés au *burnout* : des études complémentaires restent à mener afin d'évaluer leur éventuelle pertinence clinique associée à ce syndrome.

Le choix du groupe de travail a été de ne pas retenir les revues systématiques de la littérature évaluant la survenue de manifestations cliniques uniquement sous l'angle de l'impact du stress au travail sans mesure spécifique du *burnout* (telles que, par exemple, le diabète de type 2 pour lequel aucune association n'était mise en évidence, alors qu'elle l'était clairement avec les maladies cardiovasculaires).

4. Facteurs de risque

4.1 Recommandations françaises

4.1.1 Guide d'aide à la prévention publié par l'INRS, l'ANACT et la DGT : « Le syndrome d'épuisement professionnel ou *burnout* : mieux comprendre pour mieux agir » de 2015 (28)

Le guide introduit la notion de processus dans l'épuisement professionnel : il s'agit d'un processus de dégradation du rapport de l'individu à son travail au bout duquel, complètement vidé de ses ressources, il s'écroule. Cette situation de travail dégradée s'explique à la fois par des caractéristiques liées [1] au travail d'une part, telles que notamment les exigences au travail (intensité et temps de travail), les exigences émotionnelles, le manque d'autonomie / de marges de manœuvre, les mauvais rapports sociaux / relations de travail, les conflits de valeur / la qualité empêchée, l'insécurité de la situation de travail (classification en six axes du rapport Gollac (1)) ; et [2] par des caractéristiques liées à l'individu lui-même d'autre part, telles que des traits de personnalité (instabilité émotionnelle, caractère consciencieux, engagement fort dans le travail).

Les causes liées à l'organisation, l'environnement et les relations de travail (sur lesquelles il est possible d'agir en prévention dans l'entreprise) développées dans le guide ne seront pas abordées dans ce rapport d'élaboration.

4.1.2 Rapport de l'Académie nationale de médecine de 2016 (20)

Le rapport précise que les facteurs étiologiques du *burnout* sont ceux des risques psychosociaux recensés par le rapport Gollac (1), suite à une demande du Ministre chargé du Travail : exigences du travail, exigences émotionnelles, manque d'autonomie et de marges de manœuvre, manque de soutien social et de reconnaissance, conflits de valeur, insécurité de l'emploi et du travail ; et ceux liés à la personnalité du sujet : des facteurs individuels peuvent être déterminants de vulnérabilité.

Le rapport cite les modèles classiques du stress au travail (modèles respectivement de Karasek et de Siegrist) qui semblent pertinents pour expliquer l'apparition d'un *burnout*.

4.1.3 Expertise collective INSERM : « Stress au travail et santé - Situation chez les indépendants » de 2011 (29)

Le chapitre sur l'épuisement professionnel de ce rapport conclut qu'il est difficile de se prononcer sur la nature causale des expositions professionnelles qui sont associées au syndrome d'épuisement professionnel, et donc sur l'histoire naturelle de ce syndrome. En effet, l'abondante littérature relève plutôt du domaine de la psychologie que de l'épidémiologie, et les données épidémiologiques sont pour la plupart issues d'études transversales.

Cette expertise mentionne les résultats contradictoires quant aux déterminants individuels (sexe, âge, niveau d'étude) et rapporte que l'existence d'antécédents personnels ou familiaux de troubles dépressifs serait prédictive de l'épuisement professionnel. Il en est de même pour certains traits de personnalité tels que le névrosisme (propension à développer des affects négatifs) et la personnalité de type A (besoin de compétition, agressivité, pression temporelle et contrôle des situations).

4.1.4 Rapport de l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS) : « Établissements de santé Risques psychosociaux des personnels médicaux : recommandations pour une meilleure prise en charge – Mise en responsabilité médicale : recommandations pour une amélioration des pratiques » (30)

L'un des axes principaux de ce rapport est de formuler des recommandations pour améliorer la détection et la prévention des RPS dans les établissements hospitaliers. La plupart des recommandations formulées trouvent une traduction dans les engagements de la stratégie lancée par la Ministre en décembre 2016. Elle répond au besoin de déterminer un cadre global et lisible d'amélioration de la qualité de vie au travail, qui passe par une qualité de travail (recentrage sur le cœur de métier) et une reconnaissance de l'investissement du praticien. Parmi les recommandations formulées, sont à souligner notamment la mise en place de médiations (reposant sur un premier niveau de conciliation local, un deuxième niveau de médiation régional, puis un troisième au niveau national), et de dispositifs d'écoute offrant un soutien psychologique (assuré aussi bien à chaque professionnel qu'aux équipes afin d'analyser les situations de travail difficiles), mais également l'instauration d'une mission nationale pour l'amélioration de la qualité de vie au travail et le renforcement de la formation au management.

L'IGAS recommande également que l'évaluation des RPS soit rendue obligatoire dans le compte qualité de la certification de la HAS (dispositif de signalement d'EIG liés aux RPS) en veillant explicitement à la présence d'un volet relatif aux équipes soignantes, dont les médecins.

4.2 Recommandations étrangères

4.2.1 Recommandations de l'OMS : « Guidelines for the primary prevention of mental, neurological and psychosocial disorders – staff burnout » de 1995 (21)

Ces recommandations soulignent que les spécificités de certains services (prise en charge de patients chroniques, incurables ou mourants) favorisent l'émergence de *burnout* chez les professionnels de santé. Des facteurs environnementaux et organisationnels peuvent être des causes de stress au travail (surcharge de travail, management inadéquat, manque de support, mauvaises relations de travail, etc.). Au niveau individuel, des facteurs liés à la personnalité rendraient plus sensible au *burnout* (anxiété, attentes et buts irréalisables, faible estime de soi, flexibilité).

4.2.2 Recommandations du Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE) de Belgique: « Le burnout des médecins généralistes : prévention et prise en charge » de 2011 (31)

Le rapport formule un ensemble de recommandations proposées à partir de l'étude de la littérature scientifique, complétée par l'analyse des expériences de terrain, en Belgique et à l'étranger (étude qualitative auprès de 40 médecins généralistes belges qui étaient ou avaient été en *burnout* et étude comparative des structures de prévention et de prise en charge du *burnout* des médecins existant en Belgique et mises en place à l'étranger).

Trois catégories de facteurs liés au *burnout* ont été identifiés : [1] des facteurs individuels tels que des caractéristiques sociodémographiques (sexe, âge, statut marital, etc.), leur parcours professionnel, leur consommation de substances addictives ; [2] des facteurs intrinsèques liés à la pratique de la médecine (relations avec le patient, choix d'un traitement, etc.) ; [3] des facteurs extrinsèques liés à l'environnement de travail et à l'organisation de la profession (charge de travail, relations avec les autres professionnels de santé, aspects financiers et juridiques, etc.).

4.3 Méta-analyses et revues de la littérature

4.3.1 Études portant sur des populations de travailleurs non ciblées

Huit études ont été identifiées, ne ciblant pas une population de travailleurs particulière (mais pouvant rechercher des effets modérateurs de tel ou tel métier).

► Caractéristiques personnelles

Six études s'attachaient à rechercher des associations entre des caractéristiques personnelles de l'individu (genre, personnalité, style d'attachement, *workaholisme*, expérience au poste de travail ou dans le secteur d'activité).

Brewer *et al.* (32) ont étudié, dans une méta-analyse incluant de cinq à 35 études et de 1 092 à 10 818 sujets, les associations entre l'épuisement professionnel (EP) (quel que soit son moyen de mesure) et l'âge, ainsi que l'expérience dans le secteur d'activité : les sujets les plus âgés et avec le plus d'expérience avaient des niveaux d'EP plus faibles.

Alarcon *et al.* (33) se sont intéressés aux associations entre épuisement professionnel (dans ses trois dimensions, mesuré par le MBI) et de multiples caractéristiques individuelles (personnalité selon le « *Five Factor Model* », « *Core Self-Evaluation* », optimisme, affectivité positive ou négative, personnalité de type A, proactive, endurance). Selon les effets étudiés, la méta-analyse incluait de cinq à 20 études, et de 530 à 13 047 sujets. Des associations significatives étaient retrouvées pour la plupart des variables étudiées, et les trois dimensions de l'épuisement professionnel.

Purvanova et Muros (34) se sont intéressés à l'effet du genre sur l'EP, ainsi que sur l'épuisement émotionnel et la déshumanisation. Ils rapportaient des scores d'EP global et d'épuisement émotionnel significativement plus élevés chez les femmes, alors que les scores de déshumanisation étaient significativement plus élevés chez les hommes. La méta-analyse s'intéressait également à l'effet du caractère « sexué » du poste de travail (pas d'effet significatif mis en évidence), et à l'effet du caractère conservateur ou progressiste des politiques de la famille (les auteurs rapportaient une augmentation de l'épuisement émotionnel chez les femmes, et de la déshumanisation chez les hommes, dans les Etats dotés de politiques jugées conservatrices).

Clark *et al.* (35) ont réalisé une méta-analyse portant sur les associations entre de multiples variables et le *workaholisme*. L'épuisement professionnel, ainsi que l'épuisement émotionnel, faisaient partie des variables étudiées, au titre d'une conséquence possible du *workaholisme*. Si ce dernier était défini la plupart du temps par un questionnaire validé, les auteurs ne donnaient pas d'information sur les critères de mesure de l'EP (qui n'était pas présenté de façon classique, puisque les auteurs distinguaient cynisme et déshumanisation). Il existait une association significative entre *workaholisme* et EP, ainsi qu'épuisement émotionnel.

You *et al.* (36) ont réalisé une méta-analyse, restreinte à la population chinoise, portant sur les associations entre EP et différents facteurs individuels, assez proches de l'étude d'Alarcon *et al.* (33) (notamment le « *Five Factor Model* », stratégies de *coping*, *Core Self-Evaluation*). Les associations observées étaient en cohérence avec celles décrites par Alarcon.

Enfin, Shoji *et al.* (37) ont cherché à évaluer les associations entre sentiment d'auto-efficacité et EP (dans ses trois dimensions). Les analyses incluaient de 35 à 57 études, et de 12 798 à 22 774 sujets. Une corrélation existait avec l'EP dans son ensemble, ainsi que pour ses trois dimensions. Les personnes ayant le sentiment d'auto-efficacité le plus grand avaient des niveaux faibles d'EP, d'épuisement émotionnel, de déshumanisation et de perte de l'accomplissement personnel. Les associations étaient plus marquées chez les enseignants, par rapport aux personnels de santé et aux autres métiers, ainsi que chez les sujets ayant le plus d'expérience professionnelle.

Auteur, année, Référence, localisation	Recherche documentaire	Critères de sélection des articles Population	Question	Résultats et signification
Études générales (ne ciblant pas un secteur professionnel particulier)				
Brewer <i>et al.</i> 2004 (MA) (32)	-Jusqu'en 2000 -PsycINFO, ERIC, <i>Social Sciences Abstract</i> , <i>Sociological Abstracts</i>	-Inclusion : mesure quantitative de l'association entre l'EP (quel que soit son moyen de mesure) et l'âge/les années d'expérience -Pas d'informations sur le nombre d'articles trouvés, 34 articles inclus	-Associations entre EP (quels que soient la mesure utilisée et le nombre de dimensions mesurées) et âge/années d'expérience chez les employés	<p>-Âge</p> --Tout type de mesure de l'EP (k = 35 ; n = 10 818) : méta-r -0,12, significatif, Hét+ --EE uniquement (k = 25 ; n = 8 391) : méta-r -0,14, significatif, Hét+ <p>-Expérience dans un secteur d'activité</p> --Tout type de mesure de l'EP (k = 20 ; n = 3 941) : méta-r -0,08, significatif, Hét+ --EE uniquement (k = 13 ; n = 2 225) : méta-r = -0,12, significatif, Hét+ <p>-Expérience dans un métier</p> --Tout type de mesure de l'EP (k = 8 ; n = 1 531) : méta-r -0,06, significatif, Hét+ --EE uniquement (k = 5 ; n = 1 092) : méta-r = -0,10, significatif, Hét+ <p>=>Résultats en faveur d'une association entre EP et âge, et expérience dans un secteur d'activité (les sujets plus âgés et ayant le plus d'expérience dans un secteur d'activité avaient des niveaux d'EP moins élevés) ; mais trop inconsistants pour l'expérience dans un métier</p> <p>-Limites : recherche d'une relation linéaire seulement</p>

Auteur, année, Référence, localisation	Recherche documentaire	Critères de sélection des articles Population	Question	Résultats et signification
<p>Alarcon <i>et al.</i> 2009 (MA) (33)</p>	<p>-PsycINFO, MedLine, <i>Social Sciences Citation Index</i> -Recherche dans la liste des références des MA -Mots-clés donnés</p>	<p>-Inclusion : données expérimentales, données détaillées pour au moins une des trois dimensions de l'EP -Exclusion : utilisation d'une métrique différente du MBI (par ex. BBI, OLBI) -114 articles inclus</p>	<p>-Associations entre l'EP (mesuré par MBI) et les caractéristiques de la personnalité : -- « <i>Core Self-Evaluation</i> » : estime de soi, sentiment d'auto-efficacité, lieu de contrôle interne -- « <i>Five Factor Model</i> » --Affectivité positive ou négative --Optimisme --Personnalité proactive --Endurance --Personnalité de type A</p>	<p>-EE : k entre 5 et 20, n entre 530 et 13 047. Associations significatives avec : --les items du « <i>Core Self-Evaluation</i> » (méta-r entre -0,21 et -0,26) --quatre des cinq items du « <i>Five Factor Model</i> » (DNS pour l'ouverture ; méta-r entre -0,12 [Agréabilité] et -0,42 [Névrosisme]) --l'affectivité positive (méta-r -0,42) et négative (méta-r 0,49) --l'optimisme (méta-r -0,31) --la personnalité proactive (méta-r -0,23) --l'endurance (méta-r -0,42) --la personnalité de type A (méta-r 0,07)</p> <p>-DP : k entre 4 et 26, n entre 580 et 10 837. Associations significatives avec : --les items du « <i>Core Self-Evaluation</i> » (méta-r entre -0,14 et -0,26) --quatre des cinq items du « <i>Five Factor Model</i> » (DNS pour ouverture ; méta-r entre -0,20 et -0,32) --l'affectivité positive (méta-r -0,42) et négative (méta-r 0,43) --l'optimisme (méta-r -0,27) --la personnalité proactive (méta-r -0,25) --l'endurance (méta-r -0,42)</p>

Auteur, année, Référence, localisation	Recherche documentaire	Critères de sélection des articles Population	Question	Résultats et signification
				<p>-PA : k entre 4 et 26, n entre 580 et 8 913. Associations significatives avec :</p> <ul style="list-style-type: none"> --les items du « <i>Core Self-Evaluation</i> » (méta-r entre 0,26 et 0,48) --les cinq items du « <i>Five Factor Model</i> » (méta-r entre 0,22 et 0,36) --l'affectivité positive (méta-r 0,50) et négative (méta-r -0,22) --l'optimisme (méta-r 0,23) --la personnalité proactive (méta-r 0,38) --l'endurance (méta-r 0,45) --la personnalité de type A (méta-r 0,37) <p>Limites : <i>design</i> transversal ; données issues d'auto-questionnaires ; faible nombre d'études pour certains paramètres</p>
<p>Purvanova et Muros 2010 (MA) (34)</p>	<p>-Jusqu'en 2005 -PsycINFO, MedLine, PubMed,ERIC, <i>Business Source Premier</i>, <i>Academic Search Premier</i>, <i>The Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature</i>, <i>Contemporary's Women Issues</i>, <i>Education Full Text</i>, <i>Social Work Abstracts</i>, <i>Sociological Abstracts</i> -<i>Digital Dissertations</i></p>	<p>-Inclusion : études en anglais, données permettant d'identifier clairement hommes et femmes -6 806 articles trouvés, 183 inclus</p>	<p>-Genre et EP, spécialement EE et DP --effets du genre --effets selon le caractère « sexué » des postes --effets selon les politiques familiales et permettant la conciliation vie privée/vie professionnelle (progressives <i>versus</i> moins progressives)</p>	<p>-Effets du genre sur l'EP et l'EE ainsi que la DP (différence femmes-hommes)</p> <ul style="list-style-type: none"> --d value 0,10 pour EE, DS, Hét+ (k = 199, n = 77 656) --d value -0,19 pour DP, DS, Hét+ (k = 184, n = 70 431) --d value 0,18 pour EP en général, DS, Hét+ (k = 26, n = 9 563) <p>=> Les femmes tendaient à avoir des scores d'EE et d'EP global plus élevés, alors que les hommes avaient des</p>

Auteur, année, Référence, localisation	Recherche documentaire	Critères de sélection des articles Population	Question	Résultats et signification
	-Mots-clés donnés			scores de DP plus élevés. -Effets du caractère « sexué » du poste --Pas d'effet modérateur significatif des postes à prédominance masculine ou féminine sur les associations ci-dessus présentées. -Effets du type de politique (comparaison Etats-Unis/Europe) --DS entre UE et Etats-Unis pour l'EE : femmes plus épuisées que les hommes --DS entre UE et Etats-Unis /Canada/Australie pour la DP : hommes plus déshumanisés que les femmes
Clark <i>et al.</i> 2014 (MA) (35)	-2000 – 2011 -ABI/INFORM, <i>Academic Search Premier</i> -Recherche dans les listes de références des MA et RS -Recherche dans les programmes de la « <i>Society for Industrial and Organizational Psychology and Academy of Management</i> » -Mots-clés donnés	-Inclusion : mesure de corrélation entre <i>workaholisme</i> et une des variables d'intérêt -Exclusion : études portant sur des étudiants, incluant des sujets atteints de troubles psychiques	-Caractéristiques personnelles et professionnelles associées au <i>workaholisme</i> (dont l'EP et ses trois dimensions) <i>Pas d'information sur les échelles de mesure pour l'EP ; le workaholisme est mesuré par des échelles validées dans 91 % des études</i>	-Associations significatives pour l'EP et l'EE --EP : méta-r 0,40, k = 18, n = 10 319 --EE : méta-r 0,42, k = 15, n = 10 082 <i>Les auteurs distinguent cynisme et dépersonnalisation ; et désignent l'accomplissement personnel par l'« efficacité professionnelle » sans donner d'élément de définition</i>
You <i>et al.</i> 2015 (MA) (36)	-Jusqu'en juin 2013 -Limitée aux études portant sur une population chinoise	-Population chinoise uniquement -Articles rapportant des corrélations entre les dimensions	-Associations entre les dimensions de l'EP et différents facteurs individuels :	-EE --Corrélations significatives avec quatre des cinq composantes du <i>Five Factor Model</i> : méta-r 0,43 pour le névrosisme,

Auteur, année, Référence, localisation	Recherche documentaire	Critères de sélection des articles Population	Question	Résultats et signification
	<p>-<i>Chinese National Knowledge Infrastructure, PsycINFO, Web of Science, Google Scholar</i></p> <p>-Littérature grise : démarches auprès d'étudiants et de chercheurs</p> <p>-Recherches complémentaires dans les références des articles</p> <p>-Mots-clés donnés pour les recherches en anglais</p>	<p>de l'EP et différentes caractéristiques individuelles (cf. « Question »)</p> <p>-Exclusion des articles ne concernant pas le champ du travail</p> <p>-Pas d'informations sur le nombre d'articles retrouvés et sélectionnés</p>	<p>--« <i>Five Factor Model</i> »</p> <p>--Ressources perçues (estime de soi, sentiment d'efficacité personnelle, <i>locus</i> de contrôle interne, optimisme, espoir)</p> <p>--Type de <i>coping</i> (actif/passif)</p> <p>--Effet de modérateurs : année de publication, genre, âge</p>	<p>méta-r entre -0,15 et -0,20 pour conscience professionnelle, agréabilité, extraversion</p> <p>--Corrélations négatives significatives pour chacune des ressources perçues (méta-r allant de -0,22 pour l'auto-efficacité à -0,37 pour l'optimisme ou l'espoir)</p> <p>--Corrélation significative positive pour le <i>coping</i> passif (méta-r 0,30), négative pour le <i>coping</i> actif (méta-r -0,14)</p> <p>-DP</p> <p>--Corrélations significatives pour toutes les composantes du <i>Five Factor Model</i>, positive (méta-r 0,38) pour le névrosisme, négatives (méta-r entre -0,08 et -0,28) pour les quatre autres</p> <p>--Corrélations négatives significatives pour chacune des ressources perçues (méta-r entre -0,22 [auto-efficacité] et -0,44 [espoir])</p> <p>--Corrélation significative positive pour le <i>coping</i> passif (méta-r 0,34), négative pour le <i>coping</i> actif (méta-r -0,22)</p> <p>-PAP</p> <p>--Corrélations significatives pour toutes les composantes du <i>Five Factor Model</i>, positive (méta-r 0,23) pour le névrosisme, négatives (méta-r entre -0,23 et -0,39) pour les quatre autres</p> <p>--Corrélations négatives significatives pour chacune des ressources perçues</p>

Auteur, année, Référence, localisation	Recherche documentaire	Critères de sélection des articles Population	Question	Résultats et signification
				<p>(méta-r entre $-0,32$ [<i>locus</i> de contrôle interne] et $-0,44$ [optimisme et auto-efficacité])</p> <p>--Corrélation significative positive pour le <i>coping</i> passif (méta-r $0,19$), négative pour le <i>coping</i> actif (méta-r $-0,37$)</p> <p>-Effets modérateurs</p> <p>--de l'année de publication (14 méta-corrélations modérées, les études les plus récentes rapportant des corrélations plus faibles)</p> <p>--de l'âge (11 méta-corrélations, l'âge élevé étant associé à des effets plus importants)</p> <p>--du genre : modulation négative pour les ressources perçues, mais positive pour certains traits de personnalité</p> <p>-Comparaison avec Alarcon et al. 2009 : les corrélations allaient dans le même sens, avec parfois des amplitudes différentes</p> <p>-Limites : <i>design</i> transversal rendant impossible l'établissement d'une chronologie ; <i>design</i> utilisant des « données agrégées » pouvant se discuter par rapport à une analyse en « <i>individual participant data</i> »</p>
Shoji et al. 2016 (MA) (37)	-Avant 2013 -Search Complete, Agricola, Business	-Inclusion : présence d'une mesure quantitative du lien entre auto-efficacité et EP ; études réalisées chez des employés ;	-Associations entre auto-efficacité (mesurée par une échelle générale ou spécifique) et épuisement	-EP : méta-r $-0,33$, significatif (k = 57 ; n = 22 774), Hét+

Auteur, année, Référence, localisation	Recherche documentaire	Critères de sélection des articles Population	Question	Résultats et signification
	<p><i>Source Complete</i>, ERIC, MedLine, PsychARTICLES, PsycINFO, <i>Science Direct</i>, SocINDEX, <i>Web of Knowledge</i></p> <p>-Mots-clés donnés</p>	<p>études en anglais</p> <p>-Application de critères de qualité, exclusion des articles présentant moins de 60 % des critères</p> <p>-214 articles trouvés, 57 inclus</p>	<p>professionnel (global et ses trois dimensions, évalué par le MBI ou d'autres échelles)</p> <p>-Evaluation de l'effet modérateur du type de mesure de l'EP, le type de métier, les années d'expérience, le pays</p>	<p>--EE: méta-r -0,31, significatif (k = 42 ; n = 16 492), Hét+</p> <p>--DP: méta-r -0,32, significatif (k = 39 ; n = 16 201), Hét+</p> <p>--PAP: méta-r -0,49, significatif (k = 35 ; n = 12 798), Hét+</p> <p>-Effets modérateurs</p> <p>--du métier (associations plus marquées chez les enseignants, par rapport aux professionnels de santé et aux autres métiers)</p> <p>--des années d'expérience (associations plus marquées chez les sujets ayant le plus d'expérience)</p> <p>=>Les hauts niveaux d'auto-efficacité étaient associés à de faibles niveaux d'EP en général, et de ses trois dimensions en particulier</p> <p>-Limites : <i>design</i> transversal</p>

AP : accomplissement personnel – **BM** : *Burnout Measure* – **CBI** : *Copenhagen Burnout Inventory* – **CFST** : *Compassion Fatigue Self Test* – **CFS-R** : *Compassion Fatigue Scale – Revised* – **DP** : déshumanisation – **DS** : différence significative – **EE** : épuisement émotionnel – **EP** : épuisement professionnel – **ERIC** : *Education Resources Information Center* – **MA** : méta-analyse – **MBI** : *Maslach Burnout Inventory* – **(D)NS** : différence non significative – **OBI** : *Oldenburg Burnout Inventory* – **PAP** : perte de l'accomplissement personnel – **ProQOL** : *Professional Quality of Life* – **RS** : revue systématique – **RWBQ** : *Rescue Worker Burnout Questionnaire* – **SPTS** : stress post-traumatique secondaire

k : nombre d'études ou d'échantillons inclus ; **n** : nombre de sujets.

Hét+ : hétérogénéité significative

► **Caractéristiques liées au poste et aux conditions de travail**

Trois études ont été retenues.

Alarcon (38) s'est intéressé aux associations entre les exigences du travail (charge de travail, injonctions paradoxales, définition du poste de travail), les ressources (autonomie, degré de contrôle), diverses attitudes (investissement dans la vie de l'entreprise, satisfaction au travail, intentions de départ de l'entreprise) et les trois dimensions de l'EP. Pour chacune de ces dimensions, des corrélations positives étaient retrouvées pour les exigences du travail et les intentions de départ. Des corrélations négatives étaient retrouvées pour les ressources perçues, ainsi que la satisfaction au travail et l'investissement dans l'entreprise.

Nahragang *et al.* (39) ont étudié les associations entre l'EP et les exigences et ressources perçues au travail, évaluées selon le modèle *Job Demand-Resources*. Cent soixante-dix-neuf articles ont été retenus, soit 186 440 sujets. Il existait des corrélations positives pour la charge cognitive et pour la présence de risques/dangers au poste ; les corrélations étaient négatives pour l'ensemble des critères de la catégorie « Ressources » : autonomie, soutien des collègues, connaissances, style de management, sentiment de sécurité.

Kenworthy *et al.* (40) ont choisi d'étudier les associations entre dissonance émotionnelle et EP. La dissonance émotionnelle est une situation dans laquelle le sujet doit réprimer ses émotions, voire afficher une émotion contraire à celle qu'il ressent (forces de l'ordre, personnels de santé, personnel navigant des compagnies aériennes, etc., sont particulièrement concernés). Il existait une corrélation significative positive entre épuisement émotionnel et dissonance émotionnelle. L'effet était plus marqué chez les policiers/forces de l'ordre et chez les personnels navigants.

Auteur, année, Référence, localisation	Recherche documentaire	Critères de sélection des articles Population	Question	Résultats et signification
Études générales (ne ciblant pas un secteur professionnel particulier)				
Alarcon 2011 (MA) (38)	-1981 – 2010 -PsycINFO, MedLine, <i>Social Sciences Citation Index</i> -Recherche complémentaire dans les références des études trouvées -Mots-clés donnés	-Inclusion : mesure d'une au moins des trois dimensions de l'EP -Exclusion : données expérimentales, utilisation d'un outil de mesure de l'EP conceptuellement différent du MBI, données seulement sur le score global d'EP -231 articles inclus	-Associations entre chacune des trois dimensions de l'EP et --exigences du travail : surcharge de travail, objectifs flous, injonctions paradoxales --ressources : autonomie, latitude décisionnelle --attitudes : satisfaction au travail, attachement à l'entreprise, intention de partir	<p>-EE : k entre 34 et 86, n entre 12 607 et 51 529. Associations significatives avec : --les exigences du travail (méta-r entre 0,32 et 0,53) --les ressources (méta-r de -0,24 et -0,26) --les attitudes : méta-r 0,39 pour l'intention de partir, méta-r de -0,36 et -0,51 pour l'attachement à l'entreprise et la satisfaction au travail</p> <p>-DP : k entre 18 et 58, n entre 5 587 et 39 786. Associations significatives avec : --les exigences du travail (méta-r entre 0,31 et 0,40) --les ressources (méta-r de -0,29 et -0,31) --les attitudes : méta-r 0,32 pour l'intention de partir, méta-r de -0,36 et -0,47 pour l'attachement à l'entreprise et la satisfaction au travail</p> <p>-PAP : k entre 12 et 42, n entre 4 201 et 28 763. Associations significatives avec : --les exigences du travail (méta-r entre 0,11 et 0,31) --les ressources (méta-r de -0,39 et -0,38) --les attitudes : méta-r 0,29 pour l'intention de partir, méta-r de -0,37 et -0,39 pour l'attachement à l'entreprise et la satisfaction au travail</p> <p>-Limites : <i>design</i> transversal ; pas de recherche de la littérature grise ; données auto-rapportées</p>

Auteur, année, Référence, localisation	Recherche documentaire	Critères de sélection des articles Population	Question	Résultats et signification
<p>Nahrgang <i>et al.</i> 2011 (MA) (39)</p>	<p>-Jusqu'en 2009 -PsycINFO, ISI <i>Web of Science</i>, MedLine -Recherche complémentaire dans les listes de références, les actes de congrès, communications personnelles -Mots-clés donnés</p>	<p>-Inclusion : études donnant suffisamment d'informations (mesure d'effet, description des variables d'intérêt et explicatives) -Exclusion : revues de la littérature, dissertations, données non quantitatives -2 134 articles trouvés, 179 inclus</p>	<p>-Associations entre : --les exigences perçues, selon le modèle <i>Job Demand-Resources</i> (risques et dangers, charge physique, charge cognitive) --les ressources perçues, selon le modèle <i>Job Demand-Resources</i> (connaissances, autonomie, soutien social, style de management, sentiment de sécurité) --l'EP, défini comme anxiété, dépression, ou stress lié au travail (pas de notion de MBI) --l'engagement (engagement du travailleur pour la sécurité, compliance aux mesures de prévention, satisfaction quant au travail et à son organisation) --les indicateurs de sécurité au travail (accidentologie, presque accidents, comportements de mise en danger)</p>	<p>-Exigences --Corrélations significatives positives pour les risques/dangers (méta-r 0,28) et la charge cognitive (méta-r 0,24) --Les risques/dangers expliquaient plus de 50 % de la variance, la charge cognitive plus de 25 %</p> <p>-Ressources --Corrélations négatives significatives (méta-r allant de -0.24 à -0.39) pour chacune des cinq variables --L'autonomie, le style de management expliquent chacun plus de 25 % de la variance</p> <p>-Engagement --Corrélations négatives significatives (méta-r allant de -0,22 à -0,30) pour chacune des trois variables codées</p> <p>-Indicateurs de sécurité au travail --Corrélations positives significatives pour l'accidentologie (méta-r = 0,13) et les presque accidents (méta-r 0,29)</p> <p>-Selon les industries --Exigences : risques et dangers expliquaient la plus grande part de variance dans les secteurs de la construction et du transport, alors que c'était la charge cognitive pour les domaines de la santé et de la production --Ressources : l'autonomie expliquait la plus grande part de variance dans la construction ;</p>

Auteur, année, Référence, localisation	Recherche documentaire	Critères de sélection des articles Population	Question	Résultats et signification
				<p>c'était le soutien social dans les autres secteurs</p> <p>-Limites : <i>design</i> transversal rendant impossible l'établissement d'une chronologie ; manque de données spécifiques par industries ; données manquantes ; source unique et auto-estimative des données</p>
<p>Kenworthy <i>et al.</i> 2014 (MA) (40)</p>	<p>-1998 – 2011 -PsycINFO, <i>Business Source Complete</i> -Mots-clés donnés</p>	<p>-Exclusion : articles pas en anglais, données non empiriques -52 articles inclus (nombre d'articles trouvés non donné)</p>	<p>-Associations entre dissonance émotionnelle et épuisement émotionnel (mesuré par le MBI) -Evaluation de l'effet modérateur du genre (% de femmes dans les échantillons), de l'année de publication, du métier</p>	<p>-Méta-r 0,34 (significatif) entre dissonance émotionnelle et épuisement émotionnel, avec hétérogénéité significative</p> <p>-Effets modérateurs --de l'année de publication (effets plus importants dans les publications les plus récentes) --du métier (effets plus marqués chez les policiers, les personnels navigants, les assistants administratifs (r entre 0,43 et 0,63) --du genre (effets plus marqués dans les études comportant le plus de femmes)</p> <p>-Limites : une seule dimension de l'EP explorée ; <i>design</i> transversal</p>

AP : accomplissement personnel – **BM** : *Burnout Measure* – **CBI** : *Copenhagen Burnout Inventory* – **CFST** : *Compassion Fatigue Self Test* – **CFS-R** : *Compassion Fatigue Scale – Revised* – **DP** : déshumanisation – **DS** : différence significative – **EE** : épuisement émotionnel – **EP** : épuisement professionnel – **ERIC** : *Education Resources Information Center* – **MA** : méta-analyse – **MBI** : *Maslach Burnout Inventory* – **(D)NS** : différence non significative – **OBI** : *Oldenburg Burnout Inventory* – **PAP** : perte de l'accomplissement personnel – **ProQOL** : *Professional Quality of Life* – **RS** : revue systématique – **RWBQ** : *Rescue Worker Burnout Questionnaire* – **SPTS** : stress post-traumatique secondaire

k : nombre d'études ou d'échantillons inclus ; **n** : nombre de sujets.

Hét+ : hétérogénéité significative

4.3.2 Études réalisées chez des professionnels de santé

Les études concernant les professionnels de santé, historiquement la première population dans laquelle des phénomènes de *burnout* ont été observés, et aujourd'hui encore une des premières populations atteintes, constituent la majorité (n = 10) des études retenues dans cette partie 3. Aussi a-t-il semblé légitime de leur consacrer une partie spécifique.

Il s'agit en réalité d'études portant sur des populations assez variées : professionnels de santé en général (deux études) ; médecins (une étude) ; infirmiers en général, infirmiers en service d'oncologie/hématologie, en service d'urgence (cinq études toutes spécialisations confondues) ; psychologues et psychothérapeutes (une étude) ; professionnels prenant en charge des victimes de traumatismes (une étude).

Contrairement aux études qui ne ciblaient pas de population spécifique et à celles qui ciblaient d'autres populations (enseignants), et à l'exception de l'une d'entre elles ((41)), les études retrouvées chez les professionnels de santé s'intéressaient toujours, au moins partiellement, à des facteurs de risques professionnels.

► Professionnels de santé en général

Bria *et al.* (42) se sont intéressés, dans une revue systématique de la littérature, aux facteurs de risques d'EP chez les professionnels de santé européens (médecins, internes, infirmiers). La revue incluait 53 études. Les auteurs concluaient que le modèle « *Job Demands-Resources* » permettait de rendre compte de façon adéquate du risque d'EP, notamment pour la charge de travail, les exigences émotionnelles et le mauvais ajustement vie privée/vie professionnelle (associations positives avec l'EP). Les auteurs notaient également que le stress au travail était un facteur prédictif significatif d'EP.

West *et al.* (41) ont étudié la population des professionnels de santé et de l'aide à la personne, et le lien entre type d'attachement et niveaux d'EP (mesuré par diverses échelles). Dix articles ont été retenus dans cette revue systématique. Les auteurs concluaient que l'attachement de type « sécuritaire » était associé à des niveaux plus faibles d'EP que l'attachement de type « anxieux ». Les résultats concernant les autres types d'attachement n'étaient pas consistants.

► Médecins

Roberts *et al.* (43) ont recherché, dans une méta-analyse, des différences dans les niveaux d'EP entre les médecins hospitaliers et les médecins non hospitaliers, les premiers étant traditionnellement associés à un plus fort risque d'EP. Vingt-huit études ont été incluses ; les analyses montraient un épuisement émotionnel significativement plus élevé chez les médecins non hospitaliers (6,4 points de différence en moyenne).

► Infirmiers

Toh *et al.* (44) ont recherché, à travers une revue systématique de la littérature, des associations entre le déficit en infirmiers, la satisfaction au travail et les niveaux d'EP chez les infirmiers en oncologie/hématologie. Sept articles ont été inclus, les auteurs notaient une association significative entre le manque d'infirmiers et des niveaux d'EP élevés (trois études retrouvées, utilisant le MBI). Le manque d'infirmiers était aussi associé à l'insatisfaction au travail.

Khamisa *et al.* (45) ont effectué une revue systématique de la littérature portant sur les associations entre stress professionnel, satisfaction au travail, EP et santé générale des infirmiers. Au total, 70 articles ont été retenus. Les auteurs renaient des associations entre l'EP et la présence de facteurs stressants au travail (dix études) : dans l'environnement de travail, faible soutien des pairs, pauvreté des relations avec les patients, manque de reconnaissance/récompense, style de management délétère ; concernant le contenu du travail : complexité et exigences du travail, surcharge de travail, heures supplémentaires et objectifs flous.

Vargas *et al.* (46) ont réalisé une méta-analyse portant sur les liens entre certains facteurs de risques (ancienneté, expérience, satisfaction au travail, spécialisation, travail posté) et l'EP, chez les infirmiers. Il existait des corrélations significatives entre la satisfaction au travail et chacune des dimensions de l'EP : négative pour l'épuisement émotionnel et la déshumanisation ; positive pour l'accomplissement personnel. Il existait de plus plusieurs facteurs modérateurs, en particulier l'âge et l'ancienneté, sur le lien entre satisfaction au travail et épuisement émotionnel et déshumanisation.

Adriaenssens *et al.* (47) se sont intéressés aux déterminants de l'EP parmi les infirmiers des services d'urgence, *via* une revue systématique de la littérature. Dix-sept études ont été retenues. Les auteurs notaient que les facteurs personnels étaient sous-étudiés. Quant aux facteurs professionnels, il existait, selon les auteurs, une association forte entre l'EP et les déterminants du modèle *Job Demand-Control* (trois études), un effet délétère de l'exposition répétée à des traumatismes (deux études). Les auteurs soulignaient enfin l'importance d'une bonne communication, d'un esprit d'équipe, de la coopération interdisciplinaire (sept études). Ils notaient cependant le peu de reproductibilité des études.

Enfin, Gomez-Urquiza *et al.* (48) ont effectué une revue systématique de la littérature afin de rechercher les facteurs de risque d'EP chez les infirmiers en oncologie. Au total, 23 études ont été incluses. Les auteurs notaient que les infirmiers présentaient des niveaux d'épuisement émotionnel élevés, et d'accomplissement personnel bas, mais que la déshumanisation était à un niveau plutôt bas. Les facteurs de risques mis en exergue étaient : l'avancée en âge, l'expérience plus importante, une charge de travail importante, la prise en charge de patients en phase terminale et/ou douloureux, la confrontation à la mort. Les principaux facteurs protecteurs étaient le salaire, la satisfaction au travail et dans la vie personnelle, le soutien des collègues, les capacités de communication.

► **Psychothérapeutes, psychologues**

Lim *et al.* (49) ont étudié les effets de facteurs individuels (âge, genre, niveau d'éducation, expérience professionnelle) et organisationnels (horaires de travail, contexte de travail) sur l'EP chez des psychologues et psychothérapeutes. Quinze études, représentant 3 613 sujets, ont été incluses. Il existait des associations significatives entre : épuisement émotionnel et âge (négative), niveau d'éducation, horaires de travail (positives) ; déshumanisation et âge (négative), genre féminin, horaires de travail (positives) ; perte d'accomplissement personnel et âge, niveau d'éducation, expérience professionnelle (positives).

► **Personnels prenant en charge les victimes de traumatismes**

Cieslak *et al.* (50) ont étudié, dans une méta-analyse, les liens entre EP et stress post-traumatique secondaire (SPTS : ensemble de symptômes, apparentés à ceux de l'état de stress post-traumatique, que peuvent connaître les professionnels prenant en charge régulièrement des victimes de traumatismes). Au total, 41 études ont été incluses, soit 8 256 sujets. Il existait une corrélation significative ($r = 0,69$) entre SPTS et EP, avec un effet modérateur du genre (associations plus marquées dans les échantillons comprenant plus de femmes).

Auteur, année, Référence, localisation	Recherche documentaire	Critères de sélection des articles Population	Question	Résultats et signification
Professionnels de santé				
Lim <i>et al.</i> 2010 (MA) (49)	-1998 – 2008 -PsycINFO, <i>Science Direct</i> , EBSCO, ERIC, <i>Google Scholar</i> -Recherches complémentaires dans divers journaux -Mots-clés donnés	-Psychologues ou psychothérapeutes -Evaluation de l'EP par MBI ; études portant sur des -67 articles trouvés, 15 inclus	-Facteurs individuels ou organisationnels (âge, genre, niveau d'éducation, expérience professionnelle, horaires de travail, contexte de travail) associés à l'EP	-k = 15 ; n = 3 613 -EE (effets significatifs) --Age : méta-r -0,20, k = 7, n = 2 482, Hét- --Niveau d'éducation : méta-r 0,11, k = 3, n = 461, Hét- --Horaires de travail : méta-r 0,13, k = 4, n = 1 445, Hét+ -DP (effets significatifs) --Age : méta-r -0,18, k = 10, n = 3 119, Hét- --Genre : méta-r 0,11, k = 12, n = 2 555, Hét+ --Horaires de travail : méta-r 0,14, k = 3, n = 1 317, Hét+ -PA (effets significatifs) --Age : méta-r 0,09, k = 7, n = 2 482, Hét- --Niveau d'éducation : méta-r 0,14, k = 3, n = 461, Hét+ --Expérience professionnelle : méta-r 0,09, k = 8, n = 1 533, Hét- Limites : faible nombre d'études et de sujets pour certaines associations ; pas de prise en compte d'autres facteurs individuels potentiels ; relations non linéaires non recherchées
Bria <i>et al.</i> 2012 (RS) (42)	-2000 – 2011 -ISI <i>Web of knowledge</i> , PsycARTICLES,	-Professionnels de santé (médecins, internes, infirmiers) européens ayant un contact direct avec les	-Facteurs de risque d'épuisement professionnel (majoritairement mesuré par MBI-HHS : 47 études)	-Les caractéristiques du travail étaient les prédicteurs les plus robustes du risque d'EP --Le modèle explicatif « <i>Job Demand Resources</i> » serait particulièrement adapté, spécialement en ce

Auteur, année, Référence, localisation	Recherche documentaire	Critères de sélection des articles Population	Question	Résultats et signification
	<p>SagePub, PubMed, Cochrane</p> <p>-Recherches complémentaires dans les références des articles trouvés</p> <p>-Algorithme donné</p>	<p>patients, dans le secteur privé ou public (cliniques ou hôpitaux)</p> <p>-4 262 <i>abstracts</i> identifiés ; 53 finalement inclus</p>		<p>qui concerne la charge de travail, les exigences émotionnelles et le mauvais ajustement vie privée/vie professionnelle.</p> <p>--La charge de travail (évaluée selon des indicateurs quantitatifs ou perçue) serait le prédicteur le plus fort de hauts niveaux d'épuisement émotionnel</p> <p>--La perception d'un haut niveau de contrôle sur le travail serait un prédicteur d'EP</p> <p>-Les auteurs retrouvaient des arguments consistants pour les facteurs psychosociaux</p> <p>--Le stress était un prédicteur significatif de l'épuisement professionnel ; les auteurs soulignent que l'EP est la conséquence d'une remise en question de la place du travail</p> <p>-Peu d'arguments en faveur d'un lien avec les facteurs sociodémographiques</p> <p>--Risque plus élevé d'épuisement professionnel pour les professionnels des spécialités chirurgicales et oncologiques.</p>
<p>Toh <i>et al.</i> 2012 (RS) (44)</p>	<p>-1990 – 2010</p> <p>-Cochrane, CINAHL, MedLine, Scopus, ScienceDirect, PsycINFO, PsycARTICLES, Web of Science</p> <p>-Recherches complémentaires dans les listes de références des articles retrouvés</p>	<p>-Infirmiers en oncologie/hématologie</p> <p>-Inclusion : IDE de plus de 18 ans, évaluation du lien entre pénurie d'IDE et satisfaction au travail et niveaux d'EP, en anglais</p> <p>-73 articles trouvés, 7 inclus</p>	<p>-Associations entre déficit en infirmiers et satisfaction au travail</p> <p>-Associations entre déficit en IDE et niveaux d'EP</p>	<p>-Associations significatives entre le manque d'IDE et</p> <p>--l'insatisfaction au travail (sept études retrouvées)</p> <p>--des niveaux d'EP élevés (trois études retrouvées, utilisant le MBI)</p> <p>-Limites : pas de MA ; études publiées en anglais et pour des pays occidentaux</p>

Auteur, année, Référence, localisation	Recherche documentaire	Critères de sélection des articles Population	Question	Résultats et signification
Khamisa <i>et al.</i> 2013 (RS) (45)	-Mots-clés donnés -1990 – 2012 -CINAHL Plus, Cochrane, EMBASE, MedLine, ProQuest, PsycINFO. -Recherche complémentaire manuelle dans divers journaux -Mots-clés généraux donnés	- Infirmiers (ères) -Inclusion : articles publiés en anglais, publiés dans des journaux académiques, avec des données empiriques. -Exclusion : professionnels de santé autres que les IDE, mesures d'événements de santé autres que la santé générale (par ex. diabète, maladie cardiovasculaire), niveau de précision insuffisant concernant les associations -85 articles trouvés, 70 inclus	-Relations (nature causale et sens) entre stress lié au travail, satisfaction au travail, EP, santé générale	- Association entre facteurs stressants au travail et EP (k = 10) : --environnement de travail : faible soutien des pairs, relations pauvres avec les patients, manque de reconnaissance ou de récompense, style de management --contenu du travail : complexité et exigences du travail, surcharge de travail, heures supplémentaires, objectifs et définition du poste flous - Limites : design transversal ; diversité des échelles de mesure utilisées ; études limitées aux pays riches (<i>Pas d'informations sur les échelles de mesure retenues, mais la plupart des études citées pour les résultats présentés semblent utiliser un instrument de mesure explorant les trois dimensions de l'EP</i>)
Roberts <i>et al.</i> 2013 (MA) (43)	-1974 – 2012 -MedLine, Embase, PsycINFO, Scopus, PubMed -Recherche complémentaire parmi les <i>abstracts</i> publiés pour les conférences de la « <i>Society of Hospital Medicine</i> » -Mots-clés donnés	- Médecins ayant une activité majoritairement hospitalière ou extra-hospitalière -Inclusion : au moins une mesure de l'EP -Exclusion : étudiants, médecins partageant leur temps entre les deux types d'activités -11 806 articles trouvés, 28 inclus	-Comparaison des niveaux d'EP chez les médecins selon leur mode d'exercice, hospitalier ou extra-hospitalier	- Etudes double bras (comparant les deux catégories) : pas de différence significative entre hospitaliers et extra-hospitaliers pour les trois dimensions de l'EP (Hét+). K = 9 ; n = 1 390 extra-hospitaliers et 899 hospitaliers -Tous types d'études confondus (double bras et simple bras) : DS pour l'EE, plus élevé chez les extra-hospitaliers (différence moyenne 6,4 points) - Limites : statut pas forcément certain (les médecins classés dans telle catégorie peuvent avoir une activité mixte) ; exclusion des anesthésistes et urgentistes (car activité nécessairement mixte)

Auteur, année, Référence, localisation	Recherche documentaire	Critères de sélection des articles Population	Question	Résultats et signification
<p>Vargas <i>et al.</i> 2013 (MA) (46)</p>	<p>-PubMed, Scopus, Proquest, OVIS, CINAHL, Psycodoc, Dialnet, Cochrane, Google Scholar, Proquest <i>Dissertations and Theses</i>, TESEO databases -Recherche complémentaire dans les références des MA et RS -Mots-clés donnés</p>	<p>-Infirmiers (ères) -Inclusion : utilisation du MBI, données expérimentales, études en anglais, français, espagnol, italien ou portugais -3 386 <i>abstracts</i> trouvés ; entre quatre et 37 articles inclus selon la thématique</p>	<p>-Facteurs de risques professionnels (ancienneté, expérience, satisfaction au travail, spécialité [% de sujets en unités de soins intensifs] travail posté) associés à l'EP (mesuré par MBI) -Effets modérateurs de variables d'intérêt ci-dessus ; de l'âge et du genre, de diverses variables méthodologiques</p>	<p>-Méta-corrélations significatives entre EE et : --Satisfaction au travail (méta-r -0,48, k = 32) --Spécialité (méta-r -0,13, k = 4)</p> <p>-Méta-corrélations significatives entre DP et : --Satisfaction au travail (méta-r -0,37, k = 19) --Spécialité (méta-r -0,10, k = 4)</p> <p>-Méta-corrélations significatives entre AP et : --Satisfaction au travail (méta-r 0,15, k = 16) --Spécialité (méta-r 0,10, k = 4)</p> <p>=>Les sujets travaillant en secteurs de soins intensifs ou d'urgence expérimentaient un niveau plus élevé d'EE et de DP, et un plus faible niveau d'AP</p> <p>-Hétérogénéité importante -Nombreux effets modérateurs, en particulier de l'âge et de l'ancienneté, sur le lien entre satisfaction au travail et EE/DP</p> <p>Limites : faible nombre d'études pour évaluer les effets des modérateurs</p>
<p>Cieslak <i>et al.</i> 2014 (MA) (50)</p>	<p>-Avant 2012 -PILOTS, <i>Science Direct</i>, Scopus, <i>Web of Knowledge</i> -Mots-clés donnés</p>	<p>-Travailleurs prenant en charge des sujets ayant vécu des traumatismes -Inclusion : mesure du SPTS et de l'EP ; -Exclusion : chapitres de livres, thèses, études</p>	<p>-Associations entre SPTS et EP dans sa composante d'EE (mesurée par MBI, OBI, RWBQ, BM, CBI) ou mesuré par la sous-échelle EP du questionnaire ProQOL, du CSFT ou CFS-R -Facteurs modérateurs : type</p>	<p>-Méta-r 0,69 (significatif) entre SPTS et épuisement (quelle que soit la mesure), k = 41 ; n = 8 256 sujets, Hét+ -Effet modérateur du type de mesure du STPS, de l'EP, du genre (associations plus fortes dans les échantillons avec plus de femmes)</p>

Auteur, année, Référence, localisation	Recherche documentaire	Critères de sélection des articles Population	Question	Résultats et signification
		qualitatives -337 articles trouvés, 41 inclus	de mesure du SPTS ; type de mesure de l'EP ; genre ; pays	-Limites : pas d'évaluation du niveau de SPTS ; <i>design</i> transversal ; pas de prise en compte de tous les modérateurs (antécédents personnels de trauma)
Adriaenssens <i>et al.</i> 2015 (RS) (47)	-1989 – 2014 -PubMed, Embase, ISI <i>Web of Knowledge</i> , <i>Informa HealthCare</i> , Picarta, Cinahl, SciELO -Mots-clés donnés	-Infirmiers (ères) de services d'urgence -Inclusion : taux de réponse supérieur à 25 % ; données quantitatives -347 articles retrouvés, 17 inclus	-Déterminants et prévalence de l'EP (mesuré par MBI-HSS, ProQOL, UBOS-A ou MBI-GS)	-Prévalence de l'EP : 26 % des infirmiers (ères) présentaient un niveau d'EE supérieur au seuil ; 35 % pour la DP ; 27 % pour la PAP -Facteurs personnels sous-étudiés, nécessité d'autres études -Facteurs professionnels --Association forte entre EP et paramètres du modèle JDCS (trois études) --Effets délétères d'une exposition répétée à des traumas (deux études) --Importance d'une bonne communication, d'un esprit d'équipe, d'une collaboration interdisciplinaire (sept études) -Limites : <i>design</i> transversal ; études non ou peu reproductibles <i>EP associé à fatigue de compassion</i>
West 2015 (RS) (41)	-PsycINFO, <i>Social Sciences Citation Index</i> , PubMed, <i>Academix Search Premier</i> , ERIC, SocIndex, CINAHL -Mots-clés données	-Professionnels de la santé et des services à la personne -Inclusion : revue par des pairs ; publication en anglais ; données quantitatives	-Associations entre type d'attachement (mesuré par divers questionnaires validés sauf une étude), EP (et/ou fatigue de compassion)	-L'attachement sécure était associé à des niveaux d'EP plus bas que l'attachement anxieux. -Résultats inconsistants concernant l'attachement évitant, qui semblait associé à un haut niveau d'EP. - Pas assez de données (une étude) sur l'attachement ambivalent.

Auteur, année, Référence, localisation	Recherche documentaire	Critères de sélection des articles Population	Question	Résultats et signification
		-131 articles trouvés, dix inclus		<p>Limites : <i>design</i> transversal ; absence de données sur les ressources personnelles qui peuvent être engagées pour moduler le risque</p> <p>Mesure de l'EP par MBI, SMBM ; adjonction de la fatigue de compassion (ProQOL)</p>

AP : accomplissement personnel – **BM** : *Burnout Measure* – **CBI** : *Copenhagen Burnout Inventory* – **CFST** : *Compassion Fatigue Self Test* – **CFS-R** : *Compassion Fatigue Scale – Revised* – **DP** : déshumanisation – **DS** : différence significative – **EE** : épuisement émotionnel – **EP** : épuisement professionnel – **ERIC** : *Education Resources Information Center* – **MA** : méta-analyse – **MBI** : *Maslach Burnout Inventory* – **(D)NS** : différence non significative – **OBI** : *Oldenburg Burnout Inventory* – **PAP** : perte de l'accomplissement personnel – **ProQOL** : *Professional Quality of Life* – **RS** : revue systématique – **RWBQ** : *Rescue Worker Burnout Questionnaire* – **SPTS** : stress post-traumatique secondaire

k : nombre d'études ou d'échantillons inclus ; **n** : nombre de sujets.

Hét+ : hétérogénéité significative

4.3.3 Études ciblant d'autres populations de travailleurs

Deux études ont été retenues, et concernaient les enseignants.

Brown *et al.* (51) ont effectué la revue systématique de la littérature concernant les associations entre sentiment d'auto-efficacité et EP (mesuré par le MBI), dans ses trois dimensions. Onze études étaient incluses ; huit rapportaient des corrélations négatives significatives avec les trois dimensions de l'EP ; dix avec l'épuisement émotionnel, onze avec la déshumanisation, huit avec la perte d'accomplissement personnel.

Aloe *et al.* (52) ont traité du même sujet, mais à travers une méta-analyse incluant 15 études. Les analyses mettaient en évidence des corrélations entre auto-efficacité (mesurée par questionnaire spécifique) et EP (mesuré par le MBI), dans ses trois dimensions : corrélations négatives pour l'épuisement émotionnel et la déshumanisation, positive pour le niveau d'accomplissement personnel.

Auteur, année, Référence, localisation	Recherche documentaire	Critères de sélection des articles Population	Question	Résultats et signification
Autres populations professionnelles spécifiques				
Brown 2012 (RS) (51)	-Web of Knowledge, Scopus, CSA Illumina, PsycINFO, ERIC -Autres bases : ESRG, Society Today, CORDIS, Joseph Rowntree foundation, Institute, Research Councils UK, University of York, American Institute for Research	-Enseignants -Inclusion : enseignants de primaire et secondaire ; étude en anglais ; mesure de l'EP par le MBI ; mesure quantitative de l'association entre MBI et auto-efficacité -15 articles trouvés, 11 inclus	-Auto-efficacité perçue et EP, dans ses trois dimensions	-11 études rapportaient une association entre auto-efficacité et EP --huit rapportaient des corrélations négatives avec les trois dimensions, une étude ne rapporte pas d'associations --dix rapportaient une corrélation négative avec l'EE (r généralement entre -0,1 et -0,35) --11 rapportaient une corrélation négative avec la DP (r généralement entre -0,2 et -0,5) --six rapportaient une corrélation négative avec la PAP (r généralement entre -0,1 et -0,6) -Limites : pas de critère précis à l'inclusion concernant l'évaluation de l'auto-efficacité ; revue assurée par une seule personne
Aloe et al. 2014 (MA) (52)	-Academic Search Complete, Education Research Complete, ERIC, PsycARTICLES, PsycINFO, ProQuest Dissertations and Thesis, Google Scholar, Web of Science -Recherche complémentaire à partir de la liste des références d'une MA -Mots-clés donnés	-Enseignants -Inclusion : mesure de l'EP par MBI ; mesure de l'auto-efficacité pour la gestion de classes d'élèves ; études en anglais -52 articles trouvés, 15 inclus	-Associations entre auto-efficacité perçue et EP -Effets modérateurs du genre, du pays, de l'expérience professionnelle, du type de publication, de l'année de publication, du nombre d'items sur les échelles de mesure	-Auto-efficacité et --EE : méta-r pondéré -0,28 (significatif) --DP : méta-r pondéré -0,33 (significatif) --AP : méta-r pondéré 0,43 (significatif) -Effet modérateur de l'année de publication (associations plus fortes dans les plus anciennes) -Limites : nombre limité d'études incluses, critères d'inclusion limitant au MBI et à l'auto-efficacité spécifique pour la gestion de classes ; <i>design</i> transversal

AP : accomplissement personnel – **BM :** *Burnout Measure* – **CBI :** *Copenhagen Burnout Inventory* – **CFST :** *Compassion Fatigue Self Test* – **CFRS-R :** *Compassion Fatigue Scale – Revised* – **DP :** déshumanisation – **DS :** différence significative – **EE :** épuisement émotionnel – **EP :** épuisement professionnel – **ERIC :** *Education Resources Information Center* – **MA :** méta-analyse – **MBI :** *Maslach Burnout Inventory* – **(D)NS :** différence non significative – **OBI :** *Oldenburg Burnout Inventory* – **PAP :** perte de l'accomplissement personnel – **ProQOL :** *Professional Quality of Life* – **RS :** revue systématique – **RWBQ :** *Rescue Worker Burnout Questionnaire* – **SPTS :** stress post-traumatique secondaire

k : nombre d'études ou d'échantillons inclus ; **n :** nombre de sujets.

Hét+ : hétérogénéité significative

4.4 Conclusions sur les facteurs de risques

Concernant les facteurs de risques professionnels, il faut noter que la majorité des études (revues systématiques et méta-analyses) retrouvées concernait les professionnels de santé (paragraphe 3.3.2).

Parmi les études menées sur des populations « générales » de travailleurs, des associations positives ont été retrouvées, pour les trois dimensions de l'EP avec la charge de travail, en particulier cognitive, la mauvaise définition du poste, des demandes paradoxales.

A l'inverse, l'existence de ressources dans le travail était protectrice (soutien social, stabilité du statut, collectif de travail vivant, moyens techniques, matériels et humains suffisants).

La recherche des facteurs de risques commence par l'analyse des conditions de travail. Cette analyse repose sur une démarche structurée, coordonnée par le médecin du travail avec l'appui de l'équipe pluridisciplinaire (ergonome, psychologue du travail, etc.). Elle peut s'appuyer sur **les six catégories de facteurs de risques psychosociaux** suivantes tirées du rapport Gollac (1) :

- intensité et organisation du travail (surcharge de travail, imprécision des missions, objectifs irréalistes, etc.) ;
- exigences émotionnelles importantes avec confrontation à la souffrance, à la mort, dissonance émotionnelle ;
- autonomie et marge de manœuvre ;
- relations dans le travail (conflits interpersonnels, manque de soutien du collectif de travail, management délétère, etc.) ;
- conflits de valeurs ;
- insécurité de l'emploi.

Plusieurs études rapportent des associations entre certaines caractéristiques personnelles (traits de personnalité) et le risque de développer un syndrome d'épuisement professionnel. Ainsi, le névrosisme, l'affectivité négative ou des antécédents dépressifs constituent des facteurs de risques supplémentaires. Les effets de l'âge et de l'expérience varient selon les études : faibles niveaux d'épuisement professionnel parmi les sujets jeunes avec une faible expérience professionnelle, ou au contraire parmi les sujets plus âgés avec une importante expérience.

Néanmoins il ressort de la revue de la littérature que la majorité des travaux utilise un *design* transversal et ne prend pas en compte de façon exhaustive tous les modérateurs potentiels. Cela rend impossible l'attribution d'un lien de causalité, en l'état actuel des données scientifiques.

Ainsi, l'analyse doit également porter sur les antécédents personnels et familiaux, les événements de vie, la qualité du support social et le rapport au travail. Le risque de développer un syndrome d'épuisement professionnel peut être associé à des antécédents dépressifs, à certains traits de personnalité pouvant limiter les capacités d'adaptation (*coping*).

Ces facteurs individuels ne peuvent servir qu'à préconiser une prévention renforcée, et ne sauraient bien sûr en aucun cas constituer un élément de sélection des travailleurs, ni exonérer la responsabilité des facteurs de risques présents dans l'environnement de travail.

5. Outils de repérage

5.1 Recommandations françaises

5.1.1 Guide d'aide à la prévention publié par l'INRS, l'ANACT et la DGT de 2015 (28)

Le guide rappelle que le *Maslach Burnout Inventory* (MBI) mis au point par Maslach & Jackson en 1981 (53) est le questionnaire scientifiquement validé le plus utilisé aujourd'hui. Il s'adresse aux travailleurs et se décline en deux versions existant pour des populations spécifiques (respectivement le *MBI-Human Service Survey*, pour les professions d'aide et de soins, et le *MBI-Educators Survey* pour les professions de l'enseignement et de la formation), et une version pour la population générale au travail (le *MBI-General Survey*).

Le MBI peut servir à repérer, **au niveau collectif**, les phénomènes de dégradation du rapport subjectif au travail et permettre ainsi de revenir sur les difficultés, impasses, dilemmes et contradictions auxquels se heurtent les travailleurs dans leur milieu professionnel.

Le guide recommande d'utiliser d'autres questionnaires (par exemple : le *Copenhagen Burnout Inventory* (CBI) (54), le *Burnout Measure* (55), le *Oldenburg Burnout Inventory*) (56) **en complément** des données de vécu du travail et de santé collectées par ailleurs, des signes cliniques observés et entendus, notamment par l'équipe du service de santé au travail.

5.1.2 Rapport de l'Académie nationale de médecine de 2016 (20)

Ce rapport rappelle que le MBI est l'instrument d'évaluation le plus souvent employé pour mesurer la sévérité du *burnout*, mais émet des réserves quant à sa construction, puisque la démarche définissant l'entité *burnout* est née de l'instrument de mesure et non pas l'inverse, comme c'est habituellement le cas. En effet, la première échelle de mesure a été élaborée à partir de nombreux entretiens auprès de personnes émotionnellement « éprouvées » par le travail ; les analyses statistiques des résultats ont mis en évidence plusieurs dimensions qu'elle a prises en compte pour construire une deuxième échelle (« *Maslach, Burn-out Inventory* », MBI), plus affinée. Ainsi, bien que ces trois dimensions restent la référence pour une approche évaluative du *burnout*, le consensus est loin d'être unanime. Le surinvestissement au travail et les manifestations de « *workaholisme* » sont parfois cités pour caractériser le *burnout*.

Le rapport rappelle que, selon certains auteurs, le *burnout* pourrait se définir par la seule dimension d'épuisement émotionnel. La traduction française du mot « *burnout* » en « épuisement » va dans ce sens. La place de la réduction de l'accomplissement personnel ou de l'efficacité professionnelle dans le syndrome de *burnout* est de plus en plus remise en cause : elle aurait un rôle dans l'étiologie du *burnout*, mais ne devrait pas être considérée comme une dimension de ce syndrome. Ceci laisserait deux dimensions au *burnout* : l'épuisement émotionnel et la dépersonnalisation.

De plus, le rapport attire l'attention, d'une part, sur l'indépendance des trois dimensions évaluées avec le MBI, le score de chacune étant positionné par rapport à des seuils (faible, modéré, élevé) spécifiques à chaque pays (cf. Truchot *et al.* pour la France) ; et, d'autre part, sur le caractère normé de ces instruments de mesure, car ces auto-évaluations définissent la survenue du trouble à partir de seuils statistiques, sans rapport avec la gravité clinique de la symptomatologie.

Enfin, le rapport cite d'autres questionnaires explorant d'autres dimensions du *burnout* : le *Oldenburg Burnout Inventory* (OLBI), le *Copenhagen Burnout Inventory* (CBI), le *Shirom Melamed Burnout Measure* (SMBM) et le *Burnout Measure de Pines* (BM), mais souligne qu'aucun de ces outils n'est un outil diagnostique.

5.2 Recommandations étrangères

5.2.1 Programme de recherche sur le *burnout* en Belgique en 2012-13, soutenu par le Service Fédéral Emploi, Travail et Concertation sociale et par le Fonds social européen

Ce travail a été réalisé par différents auteurs rattachés à l'université de Liège (unité de valorisation des ressources humaines/santé au travail et éducation pour la santé), à l'université de Gand, à CITES clinique du stress et au service externe pour la prévention de la protection au travail (ARISTA) (57). Il actualise la précédente recherche commanditée par le SPF Emploi en 2009-2010 (actualisation bibliographique et analyses statistiques sur une base de données de cas récoltées) et s'appuie sur le travail du KCE (cf. *supra*).

Ses objectifs étaient de mettre au point un outil de détection précoce du *burnout* et de mettre en évidence des pistes de recommandations pour la prévention primaire, secondaire et tertiaire (cf. *infra*). Cet outil se compose d'une première section qui attire l'attention sur la fréquence d'apparition des symptômes, sur leur sévérité et leur durée. La deuxième section concerne le lien des symptômes avec le travail, avec une référence aux diagnostics différentiels, à des pistes d'amélioration des conditions de travail et à l'importance du travail dans la vie de l'individu. Un guide d'utilisation accompagne l'outil en donnant des explications sur la manière dont le professionnel doit le compléter (en consultation avec le travailleur) et sur chacune des parties, notamment sur les symptômes. L'outil a été utilisé et testé par des professionnels de terrain durant une période de 1 mois environ. Suite à ce focus groupe, les différentes remarques évoquées ont été prises en considération pour améliorer cet outil.

5.3 Revues systématiques et méta-analyses

5.3.1 Outil MBI

Trois méta-analyses ont été identifiées concernant la fiabilité et la structuration du MBI.

L'étude d'Aguayo *et al.* publiée en 2011 (58) est une méta-analyse des estimations du coefficient alpha [de Cronbach¹] dans les études ayant recours au MBI afin d'évaluer si cet outil est un instrument diagnostique approprié. Le coefficient alpha moyen obtenu est de 0,88 pour l'épuisement émotionnel, 0,71 pour le cynisme et de 0,78 pour l'accomplissement personnel. Une hétérogénéité importante est relevée dans chacune de ces dimensions (I_2 respectif de 93,7 %, de 95,5 % et de 96,3 %). **Les auteurs déconseillent une généralisation aux différentes populations et contextes présentés dans cette méta-analyse.** Les variables modulant l'évaluation de l'épuisement émotionnel sont : la distribution des scores, le pays où se déroule l'étude, le type d'échantillon, l'âge moyen des participants, et enfin la langue, le type et la version du MBI. L'évaluation du cynisme est influencée par la langue et le type de MBI, ainsi que par le pays dans lequel s'est déroulée l'étude. Pour l'évaluation de l'accomplissement personnel, l'étude des différentes variables n'explique pas l'hétérogénéité des estimations. Ainsi, les auteurs concluent que le recours au MBI doit toujours, quant à la fiabilité spécifique de chaque dimension, prendre en compte les caractéristiques de l'échantillon utilisé.

L'étude de Wheeler *et al.* (59) est également une méta-analyse des estimations du coefficient alpha identifiées dans des études ayant eu recours au MBI. Les résultats obtenus sont similaires à la méta-analyse précédente : coefficient alpha moyen de 0,87 pour l'épuisement émotionnel, 0,72 pour le cynisme et de 0,78 pour l'accomplissement personnel. **Les auteurs concluent que, sur les trois sous-échelles du MBI, seule celle évaluant l'épuisement émotionnel produit systématiquement un coefficient alpha de 0,80 sur l'ensemble des échantillons.** Ils

¹ Utilisée notamment en psychométrie pour mesurer la cohérence interne (ou la fiabilité) des questions posées lors d'un test : une valeur alpha supérieure à 0,7 est satisfaisante.

recommandent d'interpréter avec prudence les deux autres sous-échelles, de recourir à d'autres outils complémentaires et de réaliser d'autres travaux psychométriques pour redéfinir les items.

L'étude de Worley *et al.* publiée en 2008 (60) est une revue des facteurs analytiques du MBI ayant pour but d'examiner la structure interne des scores de ses sous-échelles. Une forte corrélation est rapportée entre la dimension de l'épuisement émotionnel et celle du cynisme, **la notion d'accomplissement personnel apparaît comme un facteur distinct**. Les auteurs soulignent également que les différences observées dans la relation entre les facteurs s'expliqueraient par des différences significatives dans les caractéristiques de l'échantillon.

Tableau 6. Méta-analyses évaluant la fiabilité et la structuration du MBI.

Auteur, année, Référence, localisation	Recherche documentaire	Critères de sélection des articles (CS) Population	Question	Critères de jugement	Résultats et signification
Aguayo <i>et al.</i> 2011 (58)	Systematique Multibases et littérature « grise » Sans restriction de date	Etudes empiriques Mention du coefficient alpha (MBI-HSS)	Recours au MBI et caractérisation de ses conditions d'utilisation	Coefficient alpha	45 études incluses / 84 identifiées
Wheeler <i>et al.</i> 2011 (59)	Systematique Multibases 1995-2006	Coefficient alpha restreint au MBI-HSS et MBI-ES	Recours au MBI et caractérisation de ses conditions d'utilisation	Coefficient alpha (cohérence interne uniquement)	84 études incluses / 221 identifiées
Worley <i>et al.</i> 2008 (60)	PsychInfo, ERIC et <i>Academic Search Elite</i> 1981-2006	Etudes exploratoires / de confirmation des facteurs analytiques Restreint au MBI-HSS et MBI-ES	Recours au MBI et caractérisation de ses facteurs d'analyses	Facteurs d'analyses du MBI (indépendance, structure)	45 études incluses / 69 identifiées 25 études incluses dans une méta-analyse (méthode de Shafer, 2005)

5.3.2 Difficultés psychosociales

L'étude de Sabariego *et al.* publiée en 2015 (61) a évalué le chevauchement entre les résultats déclarés (au moyen d'outils de mesure du *burnout* validés) par les patients et les symptômes et/ou les difficultés psychosociales des patients en *burnout*. Les résultats déclarés mesurent des aspects spécifiques (des symptômes communément en lien avec des fonctions mentales), alors que les difficultés psychosociales sont insuffisamment reflétées dans ces résultats, notamment celles rencontrées au quotidien. Les auteurs concluent que des études qualitatives sont à mener et soulignent que **les facteurs environnementaux sont des déterminants importants** : ils ne recommandent pas de développer de nouveaux outils, mais de compléter les outils existants.

Tableau 7. Revues de la littérature évaluant la cohérence entre les résultats du MBI et les symptômes/ difficultés psychosociales des patients en *burnout*

Auteur, année, Référence, localisation	Recherche documentaire	Critères de sélection des articles (CS) Population	Question	Critères de jugement	Résultats et signification
Sabariego <i>et al.</i> 2015 (61)	Deux revues systématiques : (1) l'une sur les résultats déclarés par le patient validés pour mesurer le <i>burnout</i> , (2) l'autre sur les symptômes et difficultés psychosociales des patients en <i>burnout</i> . MEDLINE et PsycINFO 2002-2012	Un évaluateur (et un 2 ^e pour 20% des publications) Exclusion des études de cas, revues, études psychométriques et ouvrages. Pas de limites sur la population en termes d'âge, de sexe ou de profession	Chevauchement entre les résultats déclarés (par des outils validés de mesure du <i>burnout</i>) et les symptômes/ difficultés psychosociales des patients en <i>burnout</i>	Catégories de l'ICF(*) : aspects corporels (attention, mémoire, sommeil, pression artérielle, etc.) et activité/participation (résolution de problème, prise de décision, interactions interpersonnelles, etc.)	(1) 383 études incluses / 894 identifiées, conduisant à mettre en évidence 19 résultats déclarés et validés pour mesurer le <i>burnout</i> (2) Sept études incluses sur 409 identifiées <u>Limites</u> : manque la base spécifique aux infirmières, nombre d'outils de mesure du <i>burnout</i> limité.

 (*) *International Classification of Functioning, Disability and Health* (WHO, 2001)

5.4 Conclusion sur les outils de repérage

L'analyse et la synthèse de la littérature confortent que le *Maslach Burnout Inventory* (MBI) est le questionnaire le plus utilisé aujourd'hui. Il s'adresse aux travailleurs et se décline en deux versions existant pour des populations spécifiques (respectivement le *MBI-Human Service Survey*, pour les professions d'aide et de soins, et le *MBI-Educators Survey* pour les professions de l'enseignement et de la formation), et une version pour la population générale au travail (le *MBI-General Survey*), avec cependant une réserve quant à sa généralisation à différentes populations, puisque, pour garder une fiabilité spécifique de chaque dimension, le recours au MBI devrait toujours prendre en compte les caractéristiques de l'échantillon utilisé.

Le MBI peut servir à repérer, au niveau collectif, les phénomènes de dégradation du rapport subjectif au travail et permettre ainsi de revenir sur les difficultés auxquelles se heurtent les travailleurs dans leur milieu professionnel.

D'autres dimensions du syndrome d'épuisement professionnel peuvent être explorées en complément, au moyen d'autres questionnaires, par exemple :

- l'*Oldenburg Burnout Inventory* (OLBI), évaluant deux dimensions de l'épuisement et le désengagement ;
- le *Shirom-Melamed Burnout Measure* (SMBM), distinguant la fatigue physique, l'épuisement émotionnel et la fatigue cognitive ;
- le *Copenhagen Burnout Inventory* (CBI), faisant la distinction entre l'épuisement physique et psychologique ;
- le *Bergen Burnout Inventory* (BBI) évaluant l'épuisement au travail, le cynisme au travers du sens donné au travail, et l'inadéquation au travail ;
- le *Burnout Measure* (BM), évaluant l'épuisement physique, émotionnel et mental.

Le ***Maslach Burnout Inventory* (MBI)** ou le ***Copenhagen Burnout Inventory* (CBI)**, comme d'autres questionnaires, permettent d'évaluer le syndrome d'épuisement professionnel, mais ils n'ont pas été construits comme des instruments d'évaluation individuelle. Ils peuvent être éventuellement utilisés comme outil pour guider un entretien avec le patient.

Le **repérage individuel** s'appuie sur un faisceau d'arguments incluant une analyse systémique : des manifestations cliniques, des conditions de travail et, en complément, d'éventuels facteurs de susceptibilité individuelle. Le déni du travailleur peut entraîner un retard de prise en charge.

Le **repérage collectif** peut être réalisé par l'équipe de santé au travail coordonnée par le médecin du travail sur un ensemble de signaux liés au fonctionnement de la structure (absentéisme ou présentéisme, *turnover* fréquent, mouvements du personnel, qualité de l'activité et des relations sociales) ou à la santé et à la sécurité des travailleurs (accidents du travail, maladies professionnelles, visites médicales spontanées, inaptitudes).

6. Diagnostics différentiels

6.1 Classifications médicales internationales

Le syndrome d'épuisement professionnel ne figure dans aucune des classifications médicales de référence que sont la 10^e révision de la Classification internationale des maladies (CIM-10) de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), et la 5^e édition du Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-V) de l'Association américaine de psychiatrie.

6.2 Recommandations françaises

6.2.1 Guide d'aide à la prévention publié par l'INRS, l'ANACT et la DGT de 2015 (28)

Le guide rappelle que, selon la conceptualisation de Christina Maslach, le *burnout* n'est pas une nouvelle catégorie de maladie psychiatrique, mais une spirale dangereuse susceptible de conduire au basculement dans la maladie – dépression ou maladie somatique – et à la désinsertion sur le plan professionnel, social et familial.

Le guide conclut que le *burnout* ne se caractérise pas par un « diagnostic clinique » unique et précis, faisant état à la fois de symptômes et de causes bien établis. En revanche, il est défini comme un syndrome – le syndrome d'épuisement professionnel – qui regroupe un ensemble de signes cliniques et de symptômes qui apparaissent progressivement chez l'individu, sans pour autant se référer à un élément causal dans sa définition.

Le guide dresse un diagnostic différentiel avec la dépression, le stress au travail, l'addiction au travail ou « *workaholisme* », la fatigue chronique, en récapitulant les spécificités du *burnout* et leurs caractéristiques communes.

6.2.2 Expertise collective INSERM : « Stress au travail et santé - Situation chez les indépendants » de 2011 (29)

Cette expertise rapporte les diverses études décrivant les liens entre *burnout* et troubles dépressifs. La plupart des études concluent que le *burnout* et la dépression sont des entités séparées, même si elles partagent des caractéristiques communes, non seulement sur les symptômes exprimés, mais aussi au niveau des répercussions sur la vie courante. Certaines études ont montré que des personnes souffrant de *burnout* ne présentaient pas de syndrome dépressif et, à l'inverse, que des personnes dépressives ne remplissaient pas les critères permettant un diagnostic de *burnout*. Les deux syndromes pourraient coexister, surtout dans les *burnout* sévères. Certains auteurs pensent que le *burnout* sévère pourrait être une étape intermédiaire dans le développement de la dépression caractérisée. À l'inverse, une évolution possible des troubles dépressifs vers le *burnout* est également décrite.

De la même manière, les troubles anxieux et le *burnout* partagent une symptomatologie commune.

6.3 Recommandations étrangères

6.3.1 Synthèse de la German Agency for HTA of German Institute of Medical documentation and Information : « Differential diagnostic of the burnout syndrome » de 2009

Vingt-cinq études ont été incluses, de faible niveau de preuve car essentiellement descriptives ou à caractère exploratoire. Aucune procédure standardisée valide n'existe pour diagnostiquer le *burnout*. Il est évalué au moyen d'auto-questionnaires, en particulier le MBI, qui certes permettent de le mesurer, mais pas de manière fiable : la dimension émotionnelle apparaît comme un caractère continu ; les résultats sur la signification des dimensions de dépersonnalisation et

d'efficacité sont hétérogènes d'une étude à l'autre ; les seuils ne satisfont pas les besoins diagnostiques, et la génération initiale de ces valeurs n'a pas suivi la construction scientifique d'un test.

Le *burnout* entrerait potentiellement dans l'un des stades de développement d'une maladie dépressive (une augmentation des biomarqueurs inflammatoires est observée de façon similaire). La connexion avec d'autres maladies reste moins claire.

Les auteurs concluent qu'aucun outil valide n'est disponible pour établir un diagnostic différentiel du *burnout*, et que des études de bonne qualité sont nécessaires pour étendre les connaissances sur ce syndrome dont la prévalence et le coût sont significatifs. Une définition validée au niveau international doit être établie et délimitée ; un outil standardisé de diagnostic différentiel est à développer (62).

6.4 Revues systématiques

Deux revues systématiques de la littérature ont abordé le diagnostic différentiel du *burnout*, dont une aborde spécifiquement le chevauchement avec la dépression.

6.4.1 Rapport de la GMS Health Technology Assessment

La revue systématique de la littérature publiée en 2010 par Korczak *et al.* (62) a abordé le diagnostic du *burnout* et son impact au niveau personnel, éthique et économique. Ce rapport conclut qu'il n'existe pas de procédure standardisée valide pour établir un diagnostic de *burnout* : c'est au médecin de l'apprécier et de mettre en œuvre son traitement. Même si le MBI peut réellement mesurer un *burnout* (il est utilisé dans 85 % des études), sa fiabilité est discutable : l'épuisement émotionnel semble être un caractère continu et les dimensions concernant la dépersonnalisation/cynisme et le manque d'efficacité professionnelle/d'accomplissement personnel restent floues, les résultats sur ces items étant très variables. Les seuils utilisés ne sont pas validés à visée diagnostique. Les études analysées dans ce rapport, toutes de faible niveau de preuve, discutent de connexion entre *burnout* et dépression, *burnout* et alexithymie, *burnout* et épuisement prolongé. Le *burnout* serait un stade de développement d'une maladie dépressive. Le recours à d'autres outils de mesure (tels que l'*Athlete Burnout Questionnaire*, le CBI, l'OLBI, le SBI ou le SMBQ), modifiés de façon adéquate, permettrait de mieux évaluer ces trois dimensions dans différentes populations.

6.4.2 *Burnout* et dépression

Une revue de la littérature publiée par Bianchi *et al.* en 2015 (63) a eu pour objectif d'identifier les points de chevauchement entre le *burnout* et la dépression. Un large éventail de symptômes dépressifs a été observé chez des individus en *burnout* dans le cadre d'études longitudinales, mais aucune n'a directement comparé le *burnout* et la dépression majeure. Par exemple, la présence d'émotions négatives, mais également l'absence d'émotions positives lie le *burnout* à la dépression, dont l'humeur dépressive et l'anhédonie sont les principaux symptômes. Ce qui caractérise le *burnout* est qu'il ne s'agit pas d'une réponse transitoire qui pourrait disparaître du jour au lendemain, mais bel et bien d'un point de rupture dans l'adaptation de l'individu résultant d'un déséquilibre durable entre la demande et les ressources. Dans de nombreuses études, une corrélation positive a été rapportée entre la dépression et le *burnout* (r variant de 0,50 à 0,60 selon l'outil de mesure du *burnout*), et notamment avec l'épuisement émotionnel. En dépit de nombreuses similarités, la plupart des études analysant les facteurs mesurés dans les échelles concluent que le *burnout* est une entité distincte. Une relation causale circulaire existerait entre le *burnout* et la dépression, mais les études longitudinales évaluant ce point sont hétérogènes. Les analyses conduites aux niveaux biologique et somatique ne sont pas assez discriminantes (les différents sous-types de dépression n'étant pas considérés). Le *burnout* est spécifiquement associé au travail, mais les dimensions concernant l'engagement dans le travail sont également

corrélées aux dimensions de la dépression. Les facteurs de vulnérabilité de la dépression prédisposant également au *burnout*, des études complémentaires sont nécessaires pour mieux définir leur chevauchement.

La recherche documentaire complémentaire réalisée sur les antidépresseurs (cf. *infra*) a permis d'identifier les deux études longitudinales récentes suivantes sur le diagnostic différentiel entre le *burnout* et la dépression.

Tableau 8. Revues systématiques évaluant le diagnostic différentiel entre le *burnout* et la dépression

Auteur, année, Référence, localisation	Question Recherche documentaire	Critères de sélection des articles (CS) Population	Intervention (I) Contrôle (C)	Critères de jugement	Résultats et signification
Korczak <i>et al.</i> 2010 Rapport HTA (62)	Systématique Multibases Publications en anglais et en allemand 2004-2009	Qualité méthodologique des études évaluée selon les critères du GSWG HTA (*)	Diagnostic différentiel du <i>burnout</i>	Critères diagnostiques, maladies pertinentes pour un diagnostic différentiel ; validité et fiabilité des outils diagnostiques	25 études incluses / 826 identifiées sur la question médicale
Bianchi <i>et al.</i> 2015 (63)	Systématique PubMed, PsycINFO et IngentaConnect Jusqu'au 10/2014	Pas d'évaluation de la qualité méthodologique des études Toute population	Comparaison entre <i>burnout</i> et dépression	Eléments de comparaison	92 études incluses, dont 67 transversales et 25 longitudinales

(*) German Scientific Working Group Technology Assessment for Health Care

Les mêmes auteurs ont publié la même année (64) une étude longitudinale menée chez 627 enseignants évaluant si les symptômes du *burnout* (mesuré par le MBI) et de la dépression (mesurée par le PHQ-9) sont distincts ou liés entre eux, reflétant ainsi un même phénomène. L'échantillon était composé à 73 % de femmes, suivies en moyenne sur 21 mois et évaluées en deux temps. Celles-ci ont été classées selon deux profils : celles présentant une diminution à la fois des symptômes de *burnout* et de dépression (n = 262), et celles présentant une augmentation des symptômes de *burnout* et de dépression (n = 365). Les évolutions de ces symptômes entre ces deux temps montraient des chevauchements : une augmentation du *burnout* était accompagnée d'une augmentation de la dépression, et inversement. De plus, l'épuisement émotionnel, dimension au cœur du *burnout*, était plus fortement associé à la dépression qu'au cynisme, conduisant les auteurs à conclure que cette dimension serait davantage à conceptualiser comme une réponse à un environnement néfaste au travail qu'une composante d'une entité distincte de la dépression. La question de la pertinence d'une telle distinction quant à la prise en charge thérapeutique est soulevée. Les auteurs soulignent que le *burnout* se serait construit comme une « vision psychosociale de la dépression » depuis une quarantaine d'année, alors que la dépression est ancrée dans l'histoire médicale avec l'ascension de la psychiatrie depuis le XIX^e siècle. Des études complémentaires restent à mener afin de confirmer ou pas leur vision du *burnout* en tant que syndrome dépressif au travail.

6.5 Conclusions sur les diagnostics différentiels

Le *burnout* n'est pas une nouvelle catégorie de maladie psychiatrique, mais une spirale dangereuse susceptible de conduire au basculement dans la maladie – dépression ou maladie somatique – et à la désinsertion sur le plan professionnel, social et familial.

L'analyse et la synthèse de la littérature montrent qu'une relation causale circulaire existerait entre le *burnout* et la dépression, mais les études longitudinales évaluant ce point sont hétérogènes. Ainsi, des antécédents de dépression peuvent favoriser l'apparition d'un syndrome d'épuisement professionnel, mais, inversement, le *burnout* peut s'aggraver en dépression.

Bien que les causes de développement du *burnout* et de la dépression soient différentes, les symptômes sont très similaires, et ce d'autant plus que le stade du *burnout* est avancé. La dépression est étendue à tous les aspects de la vie (notamment pour la perte de goût des choses et de la vie) et non restreinte spécifiquement à la sphère du travail. Dans les cas de *burnout*, l'estime de soi et le réalisme sont plus grands, la vitalité plus forte que pour la dépression.

Il est rappelé que la prescription d'un traitement antidépresseur est uniquement recommandée dans le cadre de ses indications (troubles anxieux, troubles dépressifs).

7. Prévention et prise en charge

Les interventions sur l'environnement professionnel ne sont pas détaillées dans ce rapport.

7.1 Recommandations françaises

7.1.1 Guide d'aide à la prévention publié par l'INRS, l'ANACT et la DGT de 2015 (28)

► La prévention

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

Le guide rappelle que les services de ressources humaines, l'encadrement, les services de santé au travail ont, de par leur positionnement et leurs missions, un rôle de prévention à jouer, en termes de dépistage, en s'appuyant sur un ensemble de signaux, tant individuels que collectifs.

Les signaux collectifs pouvant traduire l'existence de RPS regroupent :

- les indicateurs liés au fonctionnement de l'entreprise ou de la structure : temps de travail, mouvements du personnel, activité de l'entreprise ou de la structure, relations sociales (hors champ dans ce rapport) ;
- les indicateurs liés à la santé et à la sécurité des travailleurs : activité du service de santé au travail, accidents du travail, maladies professionnelles (MP) (telles que les troubles musculo-squelettiques (TMS) déclarés et reconnus en MP ou les maladies psychiques reconnues en comité régional de reconnaissance des maladies professionnelles (CRRMP)), situations graves ou dégradées (suicides ou tentatives de suicide sur le lieu de travail, plaintes déposées pour harcèlement), pathologies diagnostiquées et prises en charge (TMS, pathologies psychiques).

Les signaux individuels pouvant révéler une dégradation du rapport au travail sont des indicateurs d'alerte renvoyant aux différentes dimensions du *burnout*. Le guide propose d'utiliser les questionnaires de type MBI ou CBI en complément. Ces signaux doivent non seulement permettre une prise en charge individuelle, mais aussi permettre d'agir en prévention sur la situation professionnelle du travailleur.

Le guide souligne l'importance d'une sensibilisation et d'une information sur les effets du stress au travail et le *burnout* afin de savoir reconnaître les premiers signaux d'alerte et de pouvoir orienter le travailleur.

► La prise en charge

Le guide recommande d'adapter la prise en charge d'un travailleur en *burnout* selon la sévérité des symptômes associés. Elle se fait en plusieurs temps, incluant le plus souvent un temps d'arrêt de travail, permettant successivement :

- le repos ;
- la reconstruction identitaire ;
- la réflexion et la renaissance du désir de travailler ;
- la possibilité de retour au travail.

Selon la sévérité du syndrome, un arrêt maladie de deux à trois mois peut être nécessaire. Une prise en charge en psychothérapie (par exemple, de type thérapie comportementale et cognitive) associée à un antidépresseur est recommandée.

Cette prise en charge est à construire, avec le travailleur-patient, en réseau entre médecin du travail, médecin traitant, spécialiste (psychiatre, psychothérapeute, etc.), et le médecin conseil de la Caisse primaire d'assurance maladie.

7.1.2 Rapport de l'Académie nationale de médecine de 2016 (20)

Le rapport conclut que les diverses stratégies de prévention du *burnout* rejoignent les stratégies de prévention des RPS. Les domaines de mise en œuvre de cette prévention sont l'organisation du travail, le management des personnes et le fonctionnement psychique des individus eux-mêmes. Ainsi, ils recommandent que la lutte contre le « *workaholisme* » et le surinvestissement de l'activité professionnelle fassent partie intégrante de la démarche de prévention.

La prise en charge d'une personne en état de « *dépression d'épuisement* » associe éloignement du travail (malgré le risque de difficultés au retour), une thérapeutique médicamenteuse antidépressive et une psychothérapie de reconstruction émotionnelle et de l'estime de soi.

Le rapport constate que le recours aux antidépresseurs (notamment les ISRS) et aux anxiolytiques est souvent la solution choisie par le prescripteur, alors que le *burnout* ne semble être ni une dépression ni un syndrome de stress post-traumatique (SSPT) *stricto sensu*. À côté de la prise en charge psychothérapique, ils recommandent que d'autres traitements, mieux adaptés à une « forme subclinique de dépression/SSPT », soient développés.

7.2 Recommandations étrangères

7.2.1 Recommandations de l'OMS : « *Guidelines for the primary prevention of mental, neurological and psychosocial disorders – staff burnout* » de 1995 (21)

Les mesures préventives recommandées sont d'ordre organisationnel et managérial : elles touchent au développement des équipes et du management, aux actions à mener au niveau politique, et des objectifs à fixer, aux processus de prise de décision, au rôle de la structure et aux conditions de travail.

Les interventions de prévention rapportées ciblent l'individu (relaxation, thérapie cognitive), le travail en groupe (*team building*) et l'organisation. Les avantages et inconvénients d'interventions éducatives sont également rapportés.

7.2.2 Recommandations du Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE) : « *Le burnout des médecins généralistes : prévention et prise en charge* » de 2011 (31)

► La prévention

Plusieurs pistes d'actions adaptées au monde de la médecine générale ont été formulées selon les domaines de déséquilibre générateurs de *burnout* décrits par Maslach et Leiter : désamorcer les conflits de valeurs ; équilibrer les obligations et protections professionnelles ; pallier le manque de support confraternel ; pallier le manque de contrôle du médecin généraliste sur son activité professionnelle ; pallier le manque de reconnaissance de la médecine générale ; éviter le surmenage.

► La prise en charge

Les pistes d'action proposées pour la prise en charge s'organise en trois niveaux : le premier constitue une porte d'entrée dans le système de soins ; le deuxième niveau permet, par des dispositifs de coordination des soins, d'orienter les médecins en souffrance vers un réseau de professionnels pour une prise en charge adaptée (*Physician Health Programs*) ; le troisième est un dispositif de traitement comprenant un réseau d'intervenants spécialisés.

Le rapport précise que l'ensemble de la filière de prise en charge, depuis l'accueil jusqu'au traitement, devrait être bienveillante et par conséquent protéger le médecin d'une dénonciation quelconque auprès des instances de régulation. Il est également recommandé de prévoir un programme de réinsertion professionnelle (retour à l'activité professionnelle antérieure ou réorientation) et un suivi régulier des médecins.

7.2.3 Programme de recherche sur le *burnout* en Belgique en 2012-13 soutenu par le Service Fédéral Emploi, Travail et Concertation sociale et par le Fonds social européen (57)

► La prévention primaire

Il s'agit d'éliminer les causes du *burnout*.

Les recommandations proposées touchent essentiellement à des actions sur l'environnement professionnel. Des mesures tant au niveau individuel qu'au niveau collectif sont également recommandées : développement de groupes d'entraide / de support et d'un système de mentorat, organisation d'ateliers de relaxation et de gestion du stress, etc.

Le rapport insiste sur la sensibilisation des travailleurs à l'existence de la problématique par auto-questionnaire et/ou envoi de feedback, organisation de conférences ou de séminaires sur le *burnout*.

► La prévention secondaire

L'objectif est d'identifier le *burnout* en début de processus et précocement.

Au niveau collectif, le développement de groupes de soutien de pairs est recommandé. Au niveau individuel, un bilan médical et psychologique des travailleurs dans le cadre de l'entreprise est à proposer, ainsi que le développement des capacités d'adaptation des individus afin de les aider à mieux gérer le stress du travail (programmes psychothérapeutiques, relaxation, etc.).

Le rapport souligne que les interventions organisationnelles ou combinées à la fois vers l'individu et l'organisation montrent une meilleure efficacité, bien que les effets ne dépassent que rarement les 12 mois. Plus les interventions sont ajustées au public cible, continues et répétées, plus elles sont efficaces, et ce, surtout si l'on combine différents types d'interventions.

► La prévention tertiaire

Le but est de minimiser les conséquences du *burnout* et de promouvoir le retour au travail.

Peu d'études décrivent des interventions sur des travailleurs en incapacité de travail, et peu d'entre elles examinent leurs effets sur le retour au travail. La nécessité d'associer une réorganisation au niveau de l'environnement de travail à de la psychothérapie est soulignée. Il est recommandé une reprise à temps partiel, mais pas de manière prématurée. La communication entre médecins du travail et médecins traitants doit être améliorée pour tenir informés les patients des possibilités existantes de programmes de prise en charge.

7.2.4 Rapport de la GMS Health Technology Assessment

La revue systématique de Korczak *et al.* publiée en 2012 (65) a eu pour objectif d'évaluer l'efficacité de différentes interventions (cf. Tableau 9). **Les TCC améliorent l'épuisement émotionnel dans la majorité des études.** Le niveau de preuve est insuffisant pour la musicothérapie et la gestion du stress. Les auteurs insistent sur le fait que le MBI, outil mesurant les résultats des interventions, est utilisé sans seuils standardisés et n'est pas validé cliniquement. Des études de bonne qualité méthodologique, menées sur le long terme, sont à réaliser.

7.3 Méta-analyses et revues de la littérature

Le groupe de travail a décidé de ne pas retenir les études abordant les interventions visant à prévenir et/ou à réduire le stress lié au travail, car le *burnout* peut être une conséquence, bien que non spécifique.

D'autre part, étant donné que la méthode de recherche documentaire utilisée dans le cadre de l'élaboration de ces recommandations (cf. [Méthode d'élaboration des fiches mémo et des fiches pertinence](#)) privilégie les revues systématiques de la littérature et les méta-analyses, l'évaluation voire la comparaison de plusieurs types d'intervention, seules ou combinées entre elles, sont fréquemment rapportées au sein d'une même revue. Les données présentées ci-après rapportent les résultats globaux de ces revues. Des conclusions synthétiques par type d'intervention sont émises en fin de chapitre.

7.3.1 Thérapie cognitivo-comportementale et relaxation mentale ou physique, seules ou combinées

La thérapie cognitivo-comportementale (TCC) a pour but de changer la façon de penser, de ressentir et de se comporter des participants face à des situations de stress.

La relaxation a pour but d'induire un état de calme mental et physique, ou les deux ensemble, afin de contrecarrer l'agitation causée par le stress. Ceci peut être atteint de manière passive, en recevant un massage, ou de manière active, en procédant à des exercices variés. La concentration est ciblée sur une activité relaxante, chassant les pensées déplaisantes et les sentiments associés au stress.

Quatre revues systématiques et deux méta-analyses abordant ces interventions seules ou combinées ont été identifiées.

La méta-analyse publiée par Maricutoiu *et al.* (66) a eu pour but d'évaluer l'efficacité de diverses interventions sur la réduction du *burnout* comparativement à un groupe contrôle. Un effet modéré des interventions type TCC ou techniques de relaxation sur le niveau général du *burnout* et l'épuisement émotionnel en particulier est rapporté, mais il est statistiquement non significatif sur le cynisme et l'accomplissement personnel. Le type d'intervention aurait un rôle marginal sur l'épuisement (avec, dans l'ordre décroissant d'efficacité, les techniques de relaxation, les méthodes ayant pour but d'améliorer les compétences objectivables et la TCC), aucun sur le cynisme ou l'accomplissement personnel. Les effets sur l'épuisement émotionnel sont significatifs même à plus de 6 mois après la fin de l'intervention. Les auteurs suggèrent que la faiblesse de l'effet observé est liée au fait que les interventions ne sont pas spécifiquement ciblées sur la réduction du *burnout*, mais du stress. Les auteurs ont également évalué l'influence des conditions des interventions (en groupe ou individuel, durée, protocole, spécialité de la personne prenant en charge l'intervention, etc.) : une intervention de moins d'un mois n'aurait pas d'effet sur l'épuisement et l'accomplissement personnel, voire négativement sur le cynisme ; de même une intervention en groupe serait plus efficace sur l'épuisement, comparativement à une intervention individuelle.

Une revue systématique publiée par Ruotsalainen *et al.* dans la *Cochrane database of systematic reviews* en 2015 (actualisation de la publication de 2006) (67) a eu pour objectif d'évaluer l'efficacité d'interventions centrées sur les personnes ou le travail, comparativement à l'absence d'intervention ou à une intervention alternative, à réduire le stress au travail spécifiquement chez les professionnels de santé. Les études incluses sont de faible niveau de preuve (aveugle problématique, auto-évaluation du stress, biais de sélection possible). Les données des études similaires ont été incluses dans des méta-analyses. La thérapie cognitivo-comportementale (TCC) et la relaxation mentale (méditation, par exemple) et physique (massage, par exemple) réduisent le stress modérément (respectivement de 13 % avec IC à 95 % [5 %-20 %] dans six études sur une période de suivi comprise entre 1 mois et 2 ans, et de 23 % dans 17 études) comparativement

à l'absence d'intervention (cf. Tableau 9), mais pas plus qu'une intervention alternative. Ces résultats sont similaires lorsque la TCC est combinée à la relaxation. Cependant, dans trois études les niveaux de stress sont similaires après une TCC comparativement à une autre intervention ne ciblant pas la gestion du stress, mais le contenu des soins. Les auteurs concluent que d'autres ECR comprenant au minimum 120 participants et comparant les interventions de préférence non combinées sur une période d'au moins 1 an sont nécessaires.

La revue systématique de Barbosa *et al.* publiée en 2015 (68) a évalué l'impact de soins centrés sur la personne en termes de stress, *burnout* et satisfaction au travail dans des équipes soignantes de personnes âgées démentes en établissement. L'auteur rappelle que l'*American Psychiatric Association* définit les soins centrés sur la personne comme toute **approche comportementale, stimulante ou émotionnelle visant à améliorer la qualité de vie de la personne et potentialiser sa fonction dans un contexte de déficit existant**. Sur les cinq études évaluant l'impact sur le *burnout*, une seule ne montre pas de différence significative (approche orientée sur la stimulation), les autres rapportent des **différences significatives sur au moins une des dimensions du *burnout* (approches orientées sur la stimulation, l'émotion ou le comportement** et démarche qualité « *dementia care mapping* »). Cependant, les différences quant aux protocoles des études, aux résultats, au nombre de participants et durées d'intervention ne permettent pas de comparer les études, encore moins de généraliser leur résultats. Il n'est donc pas possible de conclure quant à l'efficacité de ce type d'intervention.

La revue systématique de Westermann *et al.* publiée en 2014 (69) a eu pour objectifs d'identifier et d'analyser les études d'intervention sur le *burnout* dans des équipes soignantes de patients âgés hospitalisés ou en long séjour. Les interventions centrées sur les personnes ont pour but **d'apprendre des techniques/donner des outils visant à diminuer le stress (relaxation ou TCC)**. Un impact sur le *burnout* est rapporté dans 7/16 études dont 2/2 avec des interventions ciblant le travail (hors sujet dans ce rapport), 2/9 avec des interventions centrées sur les personnes (et ce jusqu'à 1 mois après) et 3/5 avec une approche combinée. Leur durée variait de 4 semaines à 18 mois, avec un suivi variant de 1 mois à 18 mois après l'intervention. Il est intéressant de noter que les interventions ciblant le travail et l'approche combinée peuvent apporter un bénéfice plus durable que les interventions centrées sur les personnes seulement. Un impact sur la qualité des soins est également rapporté.

La revue systématique de Ruotsalainen *et al.* publiée en 2008 (70) a eu pour objectif d'évaluer l'efficacité de différentes interventions centrées sur la personne telles que les **TCC, la relaxation**, la musicothérapie, le massage thérapeutique (ou à multiple composantes) ou encore touchant à l'organisation du travail (hors champ) sur la réduction du stress chez des professionnels de santé. Une méta-analyse a inclus 10 études. Comparativement à l'absence d'intervention, les **interventions centrées sur la personne réduisent le *burnout* mesuré en termes d'épuisement émotionnel** (différence moyenne pondérée -5,82 avec IC à 95 % [11,02 ; -0,63] NS) **et d'accomplissement personnel** (-3,61 avec IC à 95 % [-4,65 ; -2,58]). Seules deux études sont de bonne qualité méthodologique.

La méta-analyse de Richardson et Rothstein publiée en 2008 (71) a eu pour objectif d'évaluer l'efficacité d'interventions sur la **gestion du stress** dans un contexte professionnel. Trente-six études comprenant 55 interventions ont été incluses (n = 2 847). Les participants étaient à 59 % des femmes, d'une moyenne d'âge de 35,4 ans. Les interventions s'étendaient en moyenne sur 7,4 semaines, avec un nombre moyen de sessions de 7,5 de 1 à 2 heures : elles comprenaient **des TCC, de la relaxation**, des interventions organisationnelles (hors champ) **seules ou combinées**. L'effet pondéré pour toutes les études confondues était de 0,526 avec un IC à 95 % [0,364-0,687]. **La TCC seule avait un effet plus important que les autres interventions**. Le recours à la relaxation était le plus fréquent (dans 69 % des études), mais moins efficace, alors que les interventions organisationnelles restaient rares. Les auteurs justifient ces résultats en considérant la TCC comme une technique proactive, alors que la relaxation et la méditation sont plus passives. Une autre différence résiderait dans le fait que la TCC est enseignée par un professionnel formé intervenant dans un groupe, alors que les techniques de méditation ou de

relaxation sont autodidactes *via* des supports audio. Des interventions multiples ou plus longues n'ont pas d'impact sur l'effet. Des analyses complémentaires ciblant les variables telles que le critère de jugement ou le type d'activité n'ont pas révélé d'impact sur l'effet par type d'intervention. Les auteurs soulignent un manque d'études, notamment d'évaluation des interventions organisationnelles.

Tableau 9. Revues systématiques de la littérature évaluant l'efficacité de différentes interventions de prise en charge du syndrome d'épuisement professionnel

Auteur, année, Référence, localisation	Question Recherche documentaire	Critères de sélection des articles (CS) Population	Intervention (I) Contrôle (C)	Critères de jugement	Résultats et signification
Maricutoiu <i>et al.</i> 2016 (66)	Quantitative Multibases 04/2014	Deux évaluateurs Exclusion des études transversales ou longitudinales, sans groupe contrôle Inclusion : évaluation d'au moins une dimension du <i>burnout</i> , évaluation des variables avant/après, groupe contrôle passif groupes comparables, données statistiques disponibles Employés	(I) TCC, relaxation/méditation, mesures éducatives, développement d'outils, ou autres (C) groupe contrôle passif (liste d'attente ou pas d'intervention)	Les trois dimensions du <i>burnout</i>	47 études incluses / 162 éligibles (930 identifiées) Evaluation du <i>burnout</i> dans 37 études par MBI : pas de différence significative entre les résultats de ces études et les études recourant à d'autres échelles. Effet modéré des interventions sur le niveau général du <i>burnout</i> et l'épuisement émotionnel (TCC, techniques de relaxation), statistiquement non significatif sur le cynisme et l'accomplissement personnel. <u>Limites</u> : biais de publication possible, résultats peu généralisables car données agrégées d'effets hétérogènes, faible puissance statistique.
Ruotsalainen <i>et al.</i> , <i>Cochrane database of systematic reviews</i> 2015 (67) Actualisation de la publication de 2006	Preventing occupational stress in healthcare workers Systématique Multibases 01/1987 - 11/2013	Deux évaluateurs ECR ayant pour but de prévenir le stress ; études avant/après et interruption de séries pour les interventions organisationnelles Exclusion des études sans groupe contrôle, non randomisées, dont le but de	(I) TCC, relaxation, TCC combinées à de la relaxation, intervention organisationnelle ou interventions alternatives (C) pas d'intervention ou comparaison entre elles	Critère principal : tout auto-questionnaire validé évaluant le stress lié au travail ou le <i>burnout</i> (MBI, questionnaire de Karasek, échelle de stress des infirmières, etc.) Critères secondaires : toute mesure des effets néfastes du	58 études incluses, dont 54 ECR et quatre études avant/après (n = 7 188) : 14 études pour les TCC, 21 pour la relaxation mentale et physique, six combinant TCC et relaxation et 20 pour les interventions organisationnelles. Le suivi était de moins d'1 mois dans 24 études, de 1 à 6 dans 22 études et de plus de 6 mois dans 12 études. 21 études ont utilisé le MBI <u>Réduction du stress avec TCC</u>

Repérage et prise en charge cliniques du syndrome d'épuisement professionnel ou *burnout*

Auteur, année, Référence, localisation	Question Recherche documentaire	Critères de sélection des articles (CS) Population	Intervention (I) Contrôle (C)	Critères de jugement	Résultats et signification
		<p>l'intervention n'est pas de prévenir/traiter le stress ou le <i>burnout</i>, dont le critère principal n'est pas une mesure du stress ou du <i>burnout</i></p> <p>Niveau de preuve coté selon GRADE</p> <p>Professionnels de santé</p>		<p>stress ou du <i>burnout</i>, incluant des symptômes psychologiques (anxiété, dépression), des symptômes physiques et des paramètres physiologiques et des données de coût/efficacité</p>	<p><u>combinées ou non à de la relaxation vs. pas d'intervention :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - à moins d'1 mois de suivi SMD - 0,27 avec IC à 95 % [-0,66 ; -0,13] N = 332 (NS) - entre 1 et 6 mois de suivi SMD - 0,38 avec IC à 95 % [-0,59 ; -0,16] N = 549 - plus de 6 mois de suivi SMD -1,04 avec IC à 95 % [-1,37 ; -0,7] N = 157 <p><u>Réduction du stress avec la relaxation physique :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - à 1 mois de suivi SMD -0,48 avec IC à 95 % [-0,89 ; -0,08] N = 97 - entre 1 et 6 mois de suivi SMD - 0,47 avec IC à 95 % [-0,70 ; -0,24] N = 316 <p><u>Réduction du stress avec la relaxation mentale :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - entre 1 et 6 mois de suivi SMD - 0,50 avec IC à 95 % [-1,15 ; -0,15] N = 205 <p><u>Limites :</u> aveugle problématique, auto-évaluation du stress, variabilité des échelles utilisées, biais de sélection possible</p>
<p>Korczak <i>et al.</i> 2012 Rapport HTA (65)</p>	<p>Systématique Multibases 2006-2011</p>	<p>Deux évaluateurs</p> <p>Qualité méthodologique des études évaluées selon Oxford <i>Level of Evidence</i></p> <p>Population non spécifiée</p>	<p>(I) TCC, management du stress, phytothérapie (racines de <i>Rhodiola rosea</i>), physiothérapie, Qigong, méditation musicothérapie, En groupe, ou sur le</p>	<p><i>Burnout</i></p>	<p>17 études incluses / 314 identifiées dont huit ECR et quatre revues</p> <p>14 études évaluent l'efficacité des différentes interventions : la TCC et la phytothérapie (une étude) sont les plus efficaces à réduire le <i>burnout</i>.</p> <p>Bon niveau de preuve des études : trois de niveau 1A, cinq de 1B, un de</p>

Auteur, année, Référence, localisation	Question Recherche documentaire	Critères de sélection des articles (CS) Population	Intervention (I) Contrôle (C)	Critères de jugement	Résultats et signification
			lieu de travail (C) non précisé		2A, deux de 2B et six de 4. <u>Limites</u> : hétérogénéité des interventions (contenu, durée), des études ; effectifs faibles, période de suivi insuffisante, différents seuils pour le MBI ; études évaluant le Qigong publiée par le même auteur
Barbosa <i>et al.</i> 2015 (68)	Systématique Multibases De 12/2012 à 03/2013	Deux évaluateurs Etudes quantitatives (ECR, EC, études avant/après) Qualité des études évaluées selon l'outil Cochrane (*) Personnels soignant de personnes âgées démentes en établissement	(I) Interventions centrées sur la personne : <i>dementia care mapping</i> (n = 1), approches orientées sur la stimulation (<i>storytelling</i>) ou stimulation multisensorielle (Snoezelen) (n = 2), l'émotion (n = 2) ou le comportement (n = 2) (C) non précisé	<i>Burnout</i> , stress, satisfaction au travail	Sept études incluses (dont quatre ECR) / 678 identifiées Cinq études ont évalué le <i>burnout</i> (MBI ou partiellement : uniquement la dépersonnalisation dans une étude alors qu'une autre étude l'a exclue) <u>Limites</u> : faible effectif (6-300), pas d'aveugle possible, pas de période de suivi sinon très variable (4 mois à 1 an), pas d'ITT
Westermann <i>et al.</i> 2014 (69)	Systématique Multibases 2000 - 01/2012	Deux évaluateurs Etudes allemandes, anglaises, françaises, espagnoles, portugaises et italiennes. Etudes dont les interventions ont un effet statistiquement significatif (p < 0,05) sur une des sous-échelles mesurant le <i>burnout</i> Qualité méthodolo-	(I) Interventions centrées sur la personne (n = 9), ciblant le travail (n = 2) ou combinées (n = 5) (C) non précisé	Prévention du <i>burnout</i> (MBI /14 études, BHD et GHQ /deux études) Effet à court terme (jusqu'à 1 mois après l'intervention), moyen terme (entre 1 mois et 1 an) ou long terme (plus de 1 an après l'intervention)	16 études incluses/ 478 identifiées Réduction du <i>burnout</i> dans sept études dont deux avec des interventions ciblant le travail, deux centrées sur les personnes et trois avec une approche combinée Impact positif sur le <i>burnout</i> dans seulement trois des dix ECR <u>Limites</u> : faible effectif (21-384), versions et items du MBI variables d'une étude à l'autre, biais de publication

Repérage et prise en charge cliniques du syndrome d'épuisement professionnel ou *burnout*

Auteur, année, Référence, localisation	Question Recherche documentaire	Critères de sélection des articles (CS) Population	Intervention (I) Contrôle (C)	Critères de jugement	Résultats et signification
		gigue des études évaluées par niveaux (αα) Personnels soignants de patients âgés hospitalisés ou en long séjour			
Ruotsalainen <i>et al.</i> 2008 (70)	Systématique Multibases 01/1987 – 05/2005	Deux évaluateurs Qualité méthodologique évaluée selon une checklist (***) Professionnels de santé (11 études chez des infirmières)	(I) Intervention centrée sur la personne, sur l'interface travail/personne, sur l'organisation (hors champ) (C) pas d'intervention ou alternative	Stress, <i>burnout</i> , anxiété	19 études incluses/ 676 identifiées (14 ECR, trois randomisées en <i>cluster</i> , deux études <i>cross-over</i>) dont dix études incluses dans une méta-analyse (méthode Mantel-Haenszel) Evaluation du <i>burnout</i> (MBI) dans huit études <u>Limites</u> : pas d'ITT, biais de publication, période de suivi insuffisante, faible effectif
Richardson and Rothstein 2008 (71)	Systématique Multibases et manuelle, données non publiées Depuis 1976	ECR Population de travailleurs (étudiants exclus) sans trouble psychiatrique majeur ou trouble somatique relatif au stress : enseignants, employés de bureau, ouvriers, personnel hospitalier, etc.	(I) 55 interventions (TCC, relaxation, organisationnelle, multiples ou alternatives) (C) absence d'intervention ou liste d'attente	Critères primaires ou secondaires : stress, anxiété, <i>burnout</i> , constantes biologiques (pression systolique/diastolique, cholestérol) dépression, satisfaction au travail, santé mentale générale	36 études incluses dans une méta-analyse (n = 2 847) / 942 identifiées et avec 19 des 45 études d'une méta-analyse précédente (van der Klink <i>et al.</i> , 2001) 2/3 des études sont américaines <u>Limites</u> : hétérogénéité des études, des populations et des interventions

(*) Higgins and Green (2011, *Cochrane Handbook for systematic reviews of interventions* (www.cochrane-handbook.org))

(**) *Evidence-Base Medicine Working Group* (Guyatt, 1994)

(α) *Strength of Evidence Taxonomy* (SORT) (Ebell *et al.*, 2004)

(αα) ECR / niveau I ; EC / niveau II ; études observationnelles non contrôlées (transversale, avant/après, séries de cas) / niveau III ; études de cas, études physiopathologiques, opinions d'experts ou consensus / niveau IV.

(***) Downs, 1998

7.3.2 Méditation pleine conscience

Compte tenu du nombre important de références identifiées sur ce type d'intervention (trois revues systématiques de la littérature et une méta-analyse), une partie spécifique lui a été consacrée.

La méditation, tout comme la relaxation, a pour but de recentrer l'attention du patient afin d'éloigner la source de stress, d'améliorer la conscience des tensions du corps et de l'esprit, et de réduire cette tension par un « lâcher prise ». Elle peut se pratiquer de manière structurée au moyen de programmes de *mindfulness-based stress reduction* (MBSR) développés par Jon Kabat-Zinn à la fin des années 70 (sessions de groupes hebdomadaires sur 8 à 10 semaines, avec un jour de retraite pour un protocole standard ; sur 4 semaines en groupe avec une pratique individuelle de 10 minutes par jour cinq fois par semaine pour un protocole abrégé ; de façon autonome dans un protocole non traditionnel).

La revue systématique publiée par Luken et Sammons a eu pour objectif d'évaluer l'efficacité de la méditation pleine conscience afin de traiter le *burnout* (72), et secondairement d'explorer et discuter son implication pour les ergothérapeutes. Dans les huit études incluses, **le recours à la méditation pleine conscience diminue significativement (sauf une étude) le *burnout*** chez les professionnels de soins et les enseignants, avec un bon niveau de preuve. Les effets sont observés quel que soit le programme mis en œuvre (modifié, abrégé ou non traditionnel), sur le *burnout* ou plusieurs de ses dimensions.

La revue systématique de Lamothe *et al.* publiée en 2016 (73) a eu pour objectif d'identifier les effets de la méditation pleine conscience (et toute intervention basée sur celle-ci) chez des professionnels de santé, en ciblant tout particulièrement l'empathie et les compétences émotionnelles (émotions ressenties et identifiées chez les autres, acceptation des émotions). Cette revue montre que **la méditation pleine conscience améliore la santé mentale** des professionnels de santé, notamment en diminuant le stress perçu (18/19, 95 %), en réduisant le *burnout* (9/17, 53 %), l'anxiété (10/11, 91 %) et en augmentant le bien-être (6/6, 100 %). Seulement sept études sur 39 incluses ont mesuré l'empathie : la majorité des études montre que la méditation pleine conscience améliore l'empathie (deux études suggèrent que ce sont les aspects cognitifs qui sont améliorés). Les compétences émotionnelles étant moins bien mesurées, il est difficile de conclure sur l'impact de l'intervention à partir de ces données.

La revue systématique de Dharmawardene *et al.* publiée en 2016 (74) a eu pour objectif d'évaluer l'efficacité de la **méditation mantra et pleine conscience** tant sur des marqueurs physiques et émotionnels du bien-être, que sur le *burnout* et la satisfaction au travail chez des professionnels de santé et chez des soignants inexpérimentés. Chez ces derniers, une **amélioration statistiquement significative est observée sur la dépression, l'anxiété, le stress et l'efficacité personnelle** sur une durée moyenne de 8 semaines suite au début de l'intervention. Chez les professionnels de santé, sur la même durée moyenne post-intervention, une **amélioration de l'épuisement émotionnel** (effet à 0,37 avec un IC 95 % [0,04-0,7]), **de l'accomplissement personnel** (effet à 1,18 avec un IC 95 % [0,1-2,25] NS) **et de la satisfaction, mais pas de la dépersonnalisation** (résultats sur la base de quatre études).

La méta-analyse de Khoury *et al.* (75) a eu pour objectif d'évaluer l'efficacité de la méditation pleine conscience sur la réduction du stress chez des individus en bonne santé, et plus particulièrement de quantifier son effet sur les variables psychologiques (anxiété, dépression, stress, détresse, *burnout*), d'explorer et quantifier l'impact de la méditation pleine conscience et des facteurs pouvant avoir une influence. La méditation pleine conscience est modérément efficace dans les analyses avant/après et dans les analyses comparatives. La durée de programmes varie de 6 à 32 heures, avec une moyenne de 20 heures 34; de même, la pratique à domicile varie de 8 à 42 heures, avec une moyenne de 29 heures 28 (ces deux facteurs influencent positivement l'effet). Les résultats sont maintenus en moyenne pendant 19 semaines. Dans cette méta-analyse, **la méditation pleine conscience montre un effet modéré sur le stress, sur l'anxiété, la dépression, la détresse, ainsi qu'une amélioration de la qualité de**

vie ; l'effet est faible sur le *burnout*. Les programmes standards sont plus efficaces que les versions modifiées ou abrégées. Bien que les auteurs soulignent une forte hétérogénéité entre les études avant/après, plus modérée dans les analyses comparatives, ils recommandent cette intervention.

Tableau 10. Revues systématiques de la littérature évaluant l'efficacité de la méditation pleine conscience dans la prise en charge du *burnout*

Auteur, année, Référence, localisation	Question Recherche documentaire	Critères de sélection des articles (CS) Population	Intervention (I) Contrôle (C)	Critères de jugement	Résultats et signification
Luken et Sammons 2016 (72)	<i>Systematic review of mindfulness practice for reducing job burnout</i> Systématique Multibases 2004-2016	(CS) : ECR, anglais, adultes de 18 ans et + en <i>burnout</i> , méditation pleine conscience pour au moins la moitié des interventions Qualité méthodologique évaluée par échelle PEDro (*) Force de l'étude évaluée selon les recommandations AHCPH (**) Population variable (majorité de femmes, reflétant la population enseignante et infirmière)	(I) Méditation pleine conscience (programme modifié, abrégé ou non traditionnel) (C) pas d'intervention	<i>Burnout</i> ou l'une de ses dimensions (épuisement émotionnel, accomplissement personnel, cynisme), stress, anxiété	Pas de méta-analyse possible à cause de l'hétérogénéité des études Huit articles inclus / 202 identifiées (une étude de bonne qualité, six assez bonnes et une faible) Recours au MBI avec des interprétations variables dans sept études <u>Limites</u> : pas d'aveugle possible, auto-évaluation, biais de sélection possible
Lamothe <i>et al.</i> 2016 (73)	Systématique Multibases Jusqu'en 01/2015	Deux évaluateurs (CS) : études quantitatives (ECR, études avant/après), anglais Revue systématique selon recommandations PRISMA (°) Evaluation du risque de biais des études mesurant l'empathie et les compétences émotionnelles par un outil de la Collaboration	(I) Méditation pleine conscience (C) groupe contrôle sauf dans 15 études avant/après	Stress, <i>burnout</i> , anxiété et dépression Empathie et compétences émotionnelles	39 études incluses, dont 19 mesurent la perception du stress, 17 le <i>burnout</i> (questionnaire non spécifié), 11 l'anxiété et six le bien-être. Seules 14 études mesurent l'empathie ou indirectement l'une des trois compétences clés émotionnelles <u>Limites</u> : taille des échantillons (de 12 à 302, 41 en moyenne), manque de mesures des compétences émotionnelles à séparer des mesures cognitives, interventions hétérogènes

Auteur, année, Référence, localisation	Question Recherche documentaire	Critères de sélection des articles (CS) Population	Intervention (I) Contrôle (C)	Critères de jugement	Résultats et signification
		Cochrane Professionnels de santé (81 % de femmes et 48 % d'étudiants)			
Dharmawardene <i>et al.</i> 2016 (74)	Systématique Multibases Jusqu'en 11/2013	Deux évaluateurs (CS) : études avant/après et ECR Exclusion des interventions combinées Qualité des études évaluées selon les critères de <i>Downs and Black</i> (1998) Professionnels de santé et aidants	(I) Méditation mantra (°°) et méditation pleine conscience (C) variable (sans contrôle, liste d'attente ou contrôle actif)	Dépression, anxiété, stress, efficacité (suivi moyen de 8 sem.) Epuisement émotionnel, accomplissement personnel et dépersonnalisation (suivi moyen de 8 sem.)	27 études éligibles dont 15 chez les soignants inexpérimentés (sept ECR, une étude non randomisée, sept avant/après) ; 12 chez les professionnels de santé (six ECR et six avant/après) <u>Limites</u> : MBI dans une seule étude ; cinq études sans contrôle (et neuf avec un groupe contrôle avec intervention) ; hétérogénéité des études, faible nombre/marqueurs évalués
Khoury <i>et al.</i> 2015 (75)	Systématique Multibases 01/2009 – 09/2014	Deux évaluateurs Exclusion des protocoles qualitatifs, avec des participants malades, sans mesure du stress et/ou de l'anxiété, données insuffisantes. Score de la qualité des études selon les critères de Jadad (***) Personnes en bonne santé (population générale n = 4, étudiants n = 10, professionnels de santé n = 9, infirmières n = 3)	(I) Méditation pleine conscience (programme standard n = 23, modifié n = 4, « faible dose » n = 1, version brève n = 1, protocole téléphonique n = 1 et <i>via</i> Internet n = 1) (C) variable (relaxation, vrais témoins)	Stress et/ou de l'anxiété (également dépression, détresse et <i>burnout</i>) et qualité de vie	29 études incluses / 447 identifiées Méta-analyse sur n = 2 668 dont 1 858 traités et 810 témoins La méditation pleine conscience est modérément efficace dans les analyses avant /après (n = 26 ; g Hedge = 0,55 avec IC95 % [0,44-0,66], p < 0,00001) et dans les analyses comparatives (n = 18 ; g Hedge = 0,53 avec IC95 % [0,41-0,64], p < 0,00001)

ECR : essai contrôlé randomisé ; TCC : thérapie cognitivo-comportementale ; MBI : *Maslach Burnout Inventory* ; IC : intervalle de confiance

SMD : *Standardised Mean Difference*, utilisée par les auteurs lorsque les essais avaient recours à des échelles différentes pour mesurer le stress ou le *burnout*. Seules les études similaires ont été incluses dans les méta-analyses.

(*) *Physiotherapy Evidence Database* (PEDro) : échelle à 11 items évaluant la validité et l'interprétabilité

(***) critères de Jadad (1998) : *design* de l'étude, type de groupe contrôle, aveugle

(°) *Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses* (PRISMA)

(°°) Classification publiée par l'*Agency for Healthcare Research and Quality* (AHRQ) (Ospina, 2007)

7.3.3 Interventions éducatives et psychosociales

Les interventions éducatives et psychosociales regroupent toutes les actions d'information et de formation aux compétences relationnelles : elles visent par exemple à améliorer l'empathie, réduire le stress, etc.

La revue systématique de Stewart et Terry publiée en 2014 (76) a eu pour objectifs d'identifier quelles interventions éducatives pouvaient réduire le *burnout* et promouvoir du bien-être chez des infirmières et soignants dans un environnement sécurisé. La surveillance clinique (développant l'intelligence émotionnelle) et la **formation aux compétences psychosociales** (améliorant la connaissance des professionnels sur certains aspects du patient tels que le comportement en cas de maladie mentale sévère, et ainsi la compréhension et l'empathie) **réduisent le *burnout*** chez des infirmières et les soignants en environnement sécurisé. Les auteurs soulignent la nécessité de conduire des études de bonne qualité méthodologique concernant ces interventions.

La revue systématique de Gilbody *et al.* publiée en 2006 (77) a eu pour objectifs d'évaluer l'impact de stratégies visant à réduire le *burnout* dans des équipes travaillant en unités psychiatriques. Les **interventions éducatives visant à améliorer les outils et compétences relationnelles des équipes de patients hospitalisés incluent, par exemple, le recours à des modes de communication plus empathique, ou à des techniques d'interventions psychosociales**. Elles améliorent significativement la satisfaction au travail, **réduisent le *burnout*** et le stress dans quelques études, ainsi que le *turnover* des équipes. Aucune différence significative n'a été rapportée sur ces critères à la suite d'interventions psychosociales (visant à étendre les réseaux de support social). Les auteurs soulignent cependant que ces résultats sont à nuancer, car les études comprennent de nombreuses limites méthodologiques (faible effectif, analyse incorrecte, résultats limités et période de suivi courte). Ils sont difficilement extrapolables à des équipes de patients hospitalisés en phase aiguë.

La revue systématique de Hill *et al.* publiée en 2016 (78) a eu pour objectifs d'évaluer l'efficacité d'interventions psychosociales sur le bien-être d'équipes exerçant aux soins palliatifs. Les interventions des études retenues consistaient en un programme de réduction du stress, une musicothérapie, une intervention psycho-existentielle, une intervention sur le comportement vis-à-vis du sommeil, de l'art-thérapie et une intervention organisationnelle (hors sujet dans ce rapport). Les essais contrôlés et randomisés n'ont pas démontré d'amélioration du bien-être de ces équipes ; seules deux études quasi-expérimentales tendraient vers son amélioration. Il n'est donc pas possible de tirer de conclusions sur l'efficacité de ce type d'intervention à partir de cette revue.

Tableau 11. Revues systématiques de la littérature évaluant l'efficacité d'interventions éducatives et psychosociales dans la prise en charge du *burnout*

Auteur, année, Référence, localisation	Question Recherche documentaire	Critères de sélection des articles (CS) Population	Intervention (I) Contrôle (C)	Critères de jugement	Résultats et signification
Stewart et Terry 2014 (76) Royaume-Uni	Systématique Multibases (dont base justice criminelle) 1991-2012	Deux évaluateurs (CS) : selon formule PICO (*) Etudes qualitatives et quantitatives, ECR, EC Evaluation de la qualité des études quantitatives selon CASP (**) et selon les critères de Jadad(°) Evaluation de la qualité des études qualitatives selon ReLIANT (***) et selon les critères de Pawson (°°) Infirmières et soignants exerçant en environnement sécurisé	(I) Interventions éducatives (par exemple, surveillance clinique, réflexion sur la pratique, formation aux compétences psychosociales, préceptorat, médiation pleine conscience et induction) (C) pas de contrôle ou pratique habituelle	<i>Burnout</i> , bien-être (mesures qualitatives ou auto-questionnaire type MBI)	Cinq études incluses (quatre de qualité moyenne et une de faible qualité méthodologique) / 78 identifiées Augmentation de l'accomplissement personnel et/ou diminution du cynisme dans trois études <u>Limites</u> : faible effectif, résultats peu généralisables, absence de contrôle pour une étude
Gilbody <i>et al.</i> 2006 (77)	Systématique Multibases 1980-2004	Deux évaluateurs (CS) ECR, EC, études avant/après Equipes travaillant en unités psychiatriques à l'hôpital ou en long séjour	(I) Interventions éducatives et psycho-sociales , individuelles ou collectives (C) pas d'intervention	Bien-être psychologique et morbidité psychiatrique, satisfaction au travail, <i>burnout</i> (MBI, DCL, JDI) et stress, maladie/ <i>turnover</i>	Huit études incluses (trois ECR, trois EC et deux études avant/après) Réduction du <i>burnout</i> /stress significative dans deux études (sur les trois dimensions mesurées par MBI mais n = 20 dans un ECR et dans le groupe de l'intervention avant/après) ; significative durant l'intervention seulement dans une autre étude ; non significative dans deux études et non étudiée dans trois études <u>Limites</u> : tous les critères ne sont pas étudiés dans une même étude ; intervention psycho-sociale évaluée aux Etats-Unis, pas au Royaume-Uni ; faible effectif et période de suivi

Auteur, année, Référence, localisation	Question Recherche documentaire	Critères de sélection des articles (CS) Population	Intervention (I) Contrôle (C)	Critères de jugement	Résultats et signification
					limitée
Hill <i>et al.</i> , 2016 (78)	Multibases Jusqu'en mars 2015	Deux évaluateurs Etudes quantitatives Qualité méthodologique des études selon le <i>Quality Assessment Tool for Quantitative Studies</i> (°°°) Equipes exerçant aux soins palliatifs	(I) Interventions psychosociales (association de relaxation, démarche éducative, support et TCC) (C) pas de contrôle ou pratique habituelle	Bien-être, stress, fatigue, <i>burnout</i> , dépression et satisfaction	Neuf études incluses / 1 786 identifiées (deux ECR de qualité méthodologique modérée, deux non ECR, quatre études avant/après et une évaluation de <i>process</i> , toutes de faible qualité) Trois études évaluaient le <i>burnout</i> (MBI pour deux d'entre elles), et deux études le stress <u>Limites</u> : biais de sélection (choix de la participation au groupe d'intervention), mesures variables des résultats, faible effectif (9-150), biais de publication possible

(*) *Population, Intervention, Comparison and Outcome* (PICO) (Sackett *et al.* 1997)

(**) *Critical Appraisal Skills Programm* (CASP) (www.casp-uk.net)

(***) Koufogiannakis *et al* 2006

(°) Jadad(1998)

(°°) Pawson *et al.* (2003)

(°°°) *Effective Public Health Practice Project* (1998) Canada

7.3.4 Autres interventions : stratégie de *coping*, gestion du stress / de la fatigue compassionnelle, exercices de respiration, etc.

L'étude de Lee *et al.* publiée en 2016 (79) est une méta-analyse qui a évalué l'efficacité de stratégies de *coping* (cf. § Définitions) sur le *burnout* chez des infirmières. Le *burnout* a été mesuré par le MBI immédiatement après l'intervention, puis à 6 mois, 1 an, 2 ans, 2,5 ans et enfin 4 ans. Les scores pré-tests étaient toujours inférieurs aux scores post-tests. L'effet se maintient pendant 1 an en ce qui concerne l'épuisement émotionnel et la dépersonnalisation, mais seulement 6 mois pour l'accomplissement personnel.

La revue systématique de Cocker et Joss publiée en 2016 (80) a évalué des interventions visant à réduire la fatigue compassionnelle, facteur de risque du *burnout* (ce terme a été inventé pour décrire le phénomène de stress résultant de l'exposition à des individus traumatisés plutôt qu'à l'exposition au traumatisme lui-même) chez les professionnels de santé et travailleurs sociaux dans les services d'urgence et communautaires. Toutes les interventions sont centrées sur l'individu et une majorité sur la réduction du stress ($n = 7$ soit 53,8 % en ayant recours au yoga, et/ou la méditation pleine conscience, la méditation structurée, musicothérapie ou une combinaison entre elles). Sept études rapportent une différence significative post-intervention quant au *burnout* ($n = 4$) et au stress post-traumatique ($n = 3$). Des études restent à mener pour confirmer ces résultats.

La revue systématique de McCray *et al.* publiée en 2008 (81) a eu pour objectif d'identifier et d'évaluer l'efficacité d'interventions individuelles et collectives visant à faire face au *burnout* chez les médecins (*resident physicians* équivalent du statut d'interne français). Les interventions, seules ou combinées, comprenaient des programmes de soutien, des soins personnels, des sessions éducatives ou de gestion du stress / d'adaptation au stress ou encore des exercices de respiration et de relaxation pleine conscience. Parmi les deux études ayant mesuré le *burnout* avec le MBI, une amélioration de l'épuisement émotionnel a été rapportée dans une étude ($n = 63$) ayant participé à un atelier sur la **gestion du stress**, et dans une autre ($n = 24$) ayant eu recours à des **exercices de respiration** (*respiratory one method*). Les auteurs soulignent la nécessité de mener des études de bonne qualité (méthode standardisée, effectifs plus importants, mesure des résultats validés).

La revue systématique publiée par Shiralkar *et al.* en 2013 (82) a eu pour but d'évaluer l'efficacité de différentes interventions sur la gestion du stress chez les étudiants en médecine. Ces interventions comprenaient de la méditation, de la méditation pleine conscience, de l'hypnose, un retour sur des habitudes de pratiques médicales, des mesures éducatives, des changements dans le système de classement ou dans la durée / le type de carrière. Parmi les deux études ayant mesuré le *burnout* avec le MBI, les interventions touchant au cursus des étudiants diminuaient le stress et le *burnout* (associé à un curriculum plus long).

Tableau 12. Revues systématiques de la littérature sur l'efficacité de différentes interventions dans la prise en charge du *burnout*

Auteur, année, Référence, localisation	Question Recherche documentaire	Critères de sélection des articles (CS) Population	Intervention (I) Contrôle (C)	Critères de jugement	Résultats et signification
Lee <i>et al.</i> 2016 (79)	Systématique Multibases 1979-2014	Deux évaluateurs Exclusion des études sans groupe contrôle (ECR et EC), MBI à 22 items pour mesurer le <i>burnout</i> , publications en anglais et chinois Qualité des études selon l'échelle modifiée de Jadad (*) Population d'infirmières	Stratégies de <i>coping</i> (réalisées sur 4 semaines à 6 mois) vs. groupe contrôle	<i>Burnout</i>	Sept études incluses / 351 identifiées, dont cinq ECR (seules 29 % des études sont de bonne qualité méthodologique) Méta-analyse (n = 1 521) <u>Limites</u> : nombre limité d'études, faible qualité méthodologique, durée des suivis insuffisante, pas d'aveugle possible, biais de sélection, biais d'attrition (données incomplètes à cause des perdus de vue)
Cocker et Joss 2016 (80)	Systématique Multibases 01/1990 - 12/2015	Deux évaluateurs Evaluation quantitative d'une intervention directe ou indirecte rapportant une mesure standardisée et validée de la fatigue compassionnelle (***) Exclusion des études qualitatives et de prévalence Professionnels de santé ou travailleurs exerçant en services d'urgence ou communautaires (76,9 % d'infirmières)	Différentes interventions (yoga, et/ou la méditation pleine conscience, la méditation structurée, musicothérapie ou une combinaison entre elles, construction de la résilience individuelle ou de l'auto-efficacité professionnelle, stimulation magnétique transcrânienne)	Fatigue compassionnelle et <i>burnout</i> , stress post-traumatique, satisfaction compassionnelle	13 études incluses / 229 identifiées dont deux ECR et 10 études avant/après <u>Limites</u> : faible nombre d'études, hétérogénéité des interventions, faible qualité méthodologique, durée de suivi insuffisante, taille faible des échantillons

Auteur, année, Référence, localisation	Question Recherche documentaire	Critères de sélection des articles (CS) Population	Intervention (I) Contrôle (C)	Critères de jugement	Résultats et signification
Shiralkar <i>et al.</i> 2013 (82)	Systématique PsycINFO et Pub-Med 1995 - 11/2011	Trois évaluateurs Exclusion des études sans groupe contrôle Qualité méthodologique évaluée sur critères (**) Etudiants en médecine	(I) méditation, méditation pleine conscience, hypnose, retour sur des habitudes de pratiques médicales, mesures éducatives, changements dans le système de classement ou dans la durée / le type de curriculum (C) groupe contrôle	Stress, <i>burnout</i> , dépression, anxiété	13 études incluses / 735 identifiées dont cinq ECR et huit EC <u>Limites</u> : seules deux études évaluent le <i>burnout</i> (MBI)
McCray <i>et al.</i> 2008 (81)	Systématique Multibase 1966-2007	Deux évaluateurs Evaluation et gradation de la qualité des études (α) Etudiants en médecine et médecins traitants (exclusion des infirmières et sages-femmes)	(I) programmes de soutien, sessions éducatives, management du stress / adaptation au stress, exercices de respiration, relaxation pleine conscience (C) non précisé	<i>Burnout</i>	Neuf études incluses / 190 identifiées dont deux ECR Seules deux études mesuraient le <i>burnout</i> avec le MBI <u>Limites</u> : biais de sélection et de publication, interventions hétérogènes et peu décrites, faible effectif

(***) *Professional Quality of Life*, Pro-QoL

(**) *Agency for Health Care Policy and Research* (AHCPR)

(*) Oremus *et al.* (2001) : score entre 0 (faible qualité) et 8 (bonne qualité) attestant de la qualité de la méthodologie sur plusieurs critères (randomisation, critères inclusion/exclusion, analyse statistique, etc.)

7.3.5 Combinaison d'interventions

L'étude de West *et al.* publiée en 2016 (83) est une méta-analyse dont l'objectif était de mieux comprendre les approches prévenant et réduisant le *burnout* chez les médecins. Les stratégies efficaces centrées sur les individus comprennent des approches basées sur la pleine conscience, l'apprentissage de la gestion du stress et des programmes de groupe. Les approches structurelles organisationnelles s'avèrent également efficaces (diminution du temps de travail notamment, mais l'effet n'a été observé que dans des études américaines). Les résultats sont cohérents quel que soit le protocole d'évaluation (même effet observé dans les ECR et dans les cohortes). Les analyses en sous-groupes ne permettent pas de définir quelle classe d'intervention serait plus efficace pour un groupe donné de médecins. Les auteurs signalent toutefois que les deux stratégies, à la fois centrées sur l'individu et d'ordre structurel/organisationnel, sont probablement nécessaires, bien que leur combinaison n'ait pas été étudiée.

La revue systématique de Regehr *et al.* publiée en 2014 (84) a eu pour objectif d'évaluer l'efficacité d'interventions variées et combinées visant à réduire le stress, l'anxiété et le *burnout* chez des professionnels de santé. Douze études incluant 1 034 participants ont été incluses dans trois méta-analyses (évaluant l'impact des interventions combinées sur le stress chez les médecins, chez les étudiants en médecine ou sur le *burnout* des médecins). Toutes les interventions analysées ont une composante cognitive, comportementale et/ou associent des techniques de méditation pleine conscience. Les **programmes mêlant une démarche psychoéducatrice, une communication interpersonnelle et de la méditation pleine conscience sont associés à une diminution modérée du *burnout*** chez des médecins (SDM - 0,38 avec un IC à 95 % [-0,49 ; -0,26]) : ces programmes présentent des points communs, mais sont également source d'une grande hétérogénéité statistique.

La revue systématique d'Awa *et al.* publiée en 2010 (85) a eu pour objectif d'évaluer l'efficacité de différents programmes d'interventions sur la prévention du *burnout* : ces derniers étaient centrés sur la personne dans sept études (68 %), d'ordre organisationnel dans deux études (8 %) ou combinant ces deux approches (six études, 24 %). Quatre-vingts pour cent des programmes conduisaient à une réduction du *burnout*. Les interventions centrées sur la personne avaient un effet à court terme (6 mois ou moins), alors que la combinaison des deux approches produisait un effet plus long (12 mois et plus).

7.3.6 Interventions centrées sur la personne *versus* interventions organisationnelles

L'étude de Dreison *et al.* publiée en 2016 (86) est une méta-analyse évaluant l'efficacité tout type d'interventions ayant pour but de prévenir ou réduire le *burnout* chez les travailleurs exerçant en santé mentale. Ils ont également évalué leur impact sur les trois dimensions du syndrome et les ont comparées entre elles par sous-types (organisationnelles *versus* centrées sur la personne). Les interventions étaient d'ordre organisationnel à 70,4 % (touchant majoritairement à l'organisation globale du travail, mais, dans six études sur les 27 retenues, les interventions étaient dirigées vers la personne avec, par exemple, la participation à un atelier de gestion du stress). Une grande variabilité est à noter : elles duraient au total de 3 à 314 heures (32,9 heures en moyenne, SD = 46,6) et s'étalaient d'une journée à 18 mois (6,8 sessions en moyenne, SD = 4,7). La majorité des études évaluaient exclusivement des interventions individuelles (84 %) ou une combinaison d'interventions individuelles et en équipe. Les analyses montrent que toutes les interventions avaient un effet faible, positif significativement différent de zéro sur le *burnout* et sur l'épuisement émotionnel et le cynisme (seul l'accomplissement personnel ne diffère pas significativement de zéro). Une analyse en sous-groupes des études ayant deux mesures en post-test du *burnout* suggère un effet stable dans le temps (jusqu'à 6 mois pour certaines). Enfin, les interventions centrées sur la personne sont plus efficaces que celles d'ordre organisationnel concernant l'épuisement émotionnel, ce qui corrobore les résultats de la méta-analyse publiée par Maricutoiu *et al.* (66).

Tableau 13. Revues systématiques de la littérature sur l'efficacité d'interventions combinées dans la prise en charge du *burnout*

Auteur, année, Référence, localisation	Question Recherche documentaire	Critères de sélection des articles (CS) Population	Intervention (I) Contrôle (C)	Critères de jugement	Résultats et signification
West <i>et al.</i> 2016 (83)	Systématique Multibases	Deux évaluateurs Etudes comparatives ou simple bras avant/après avec une mesure du <i>burnout</i> par une échelle validée Population de médecins (exclusion des étudiants et des non-médecins) Sans restriction de langue	Interventions centrées sur l'individu stratégies, ou structurelles et organisationnelles vs. contrôle (ECR) ou non (cohortes)	<i>Burnout</i> et spécifiquement sur l'épuisement émotionnel et la dépersonnalisation	15 ECR (n = 716) et 37 cohortes (n = 2 914) / 2 617 études identifiées <u>Analyses en sous-groupes</u> : interventions centrées sur l'individu vs. stratégies structurelles et organisationnelles ; médecins praticiens vs. internes ; ECR vs. études observationnelles
Regehr <i>et al.</i> 2014 (84)	Systématique Multibases 1992 - 02/2013	Plusieurs évaluateurs ECR, EC ou cohortes parallèles, études avant/après non contrôlées Qualité méthodologique évaluée par outil Cochrane (*) Trois méta-analyses menées selon la population sur l'objectif primaire ou secondaire, n = 1 034 Médecins ou étudiants en médecine	(I) seule ou associée dans un programme : méditation pleine conscience, mesures éducatives ou de communication interpersonnelle, management du stress, renforcement des stratégies de <i>coping</i> (C) groupe contrôleur passif (liste d'attente ou pas d'intervention)	Stress et anxiété comme objectif primaire <i>Burnout</i> comme objectif secondaire	12 études incluses/ 87 identifiées Réalisation de trois méta-analyses, dont une chez les médecins avec quatre études (dont un ECR) évaluant l'impact de cinq interventions visant à réduire le <i>burnout</i> (MBI) : effet modéré observé <u>Limites</u> : biais de sélection (choix de la participation au groupe d'intervention), faible effectif, grande hétérogénéité des programmes d'interventions, résultats peu généralisables (majorité d'études américaines), rémission spontanée possible dans les études sans contrôle

Auteur, année, Référence, localisation	Question Recherche documentaire	Critères de sélection des articles (CS) Population	Intervention (I) Contrôle (C)	Critères de jugement	Résultats et signification
<p>Awa <i>et al.</i> 2010 (85)</p>	<p>Systematique Multibases 1995-2007</p>	<p>Evaluation avant/après d'une intervention ayant pour but de prévenir le <i>burnout</i>, mesure validée du <i>burnout</i> Exclusion des études qualitative ou mesurant le risque ou les fac- teurs protecteurs Qualité méthodolo- gique évaluée selon les recommandations de l'<i>US Preventive Task Force</i> (*) Employés de métiers variés (84 %), em- ployés en cours de réhabilitation (8 %), étudiantes infirmières (4 %)</p>	<p>Intervention centrées sur la personne (17 études, 68 %)</p> <p>Interventions organisationnelles (deux études, 8 %) : Restructuration, outils liés à la performance, réajustement des horaires, etc. Interventions combinant les deux précédentes (six études, 24 %)</p>	<p><i>Burnout</i></p>	<p>25 études incluses / 535 identifiées Dont 14 ECR ou ER, deux sans groupe contrôle Dix ECR évaluent des interventions centrées sur la personne : sept rapportent une diminution significative du <i>burnout</i> (inchangé, augmenté ou NS pour les trois autres) ; un ECR ne montre pas d'effet des interventions organisationnelles ; les trois ECR évaluant les stratégies combinées montre une réduction significative du <i>burnout</i>.</p> <p><u>Limites</u> : biais de publication, hétérogénéité des études (durée d'interventions, type de participants) et manque de données (durée d'interventions dans 24 % des études, intervalle post-test)</p>

(*) Harris *et al.*, 2001

Tableau 14. Méta-analyse sur l'efficacité de différents types d'interventions dans la prise en charge du *burnout*

Auteur, année, Référence, localisation	Question Recherche documentaire	Critères de sélection des articles (CS) Population	Intervention (I) Contrôle (C)	Critères de jugement	Résultats et signification
Dreison <i>et al.</i> 2016 (86)	Systématique Multibases 1980 - 2015	Deux évaluateurs Etudes en anglais, avec au moins une intervention ayant pour but de prévenir ou réduire le <i>burnout</i> , résultat mesuré avec un effet calculé Travailleurs exerçant en santé mentale (ou auprès d'usagers de drogues) pour au moins 75 % des échantillons retenus	Interventions centrées sur la personne ou organisationnelle 48,1 % des études comportaient un groupe contrôle	<i>Burnout</i> , les trois dimensions du <i>burnout</i>	27 études incluses, dont 13 ECR / 1 348 identifiées Méta-analyse avec n = 1 894, population composée de 70,6 % de femmes avec une expérience moyenne dans le champ de la santé mentale de 11,8 ans (SD = 3,2) 96 % des études ont évalué le <i>burnout</i> avec le MBI (sauf une avec le CBI) avant et juste après l'intervention ; seules cinq études ont réalisé une 2 ^{nde} mesure post- intervention (entre 1 à 6 mois) <u>Effet entre pré- et 1^{er} post-test :</u> 0,13 (26 études) IC 95 % [0,04-0,22] <u>Effet entre pré- et 2^e post-test :</u> 0,22 (cinq études) IC 95 % [0,06-0,37] <u>Effet du sous-groupe des ECR :</u> 0,20 (13 études) IC 95 % [0,02-0,38] <u>Limites :</u> 21,1 % de perdus de vue, biais de publication mineur à modéré

7.3.7 Traitements médicamenteux

Le rapport de l'Académie nationale de médecine de 2016 (20) constate que le recours aux antidépresseurs (notamment les ISRS) et aux anxiolytiques est souvent la solution choisie par le prescripteur, alors que le *burnout* ne semble être ni une dépression ni un syndrome de stress post-traumatique (SSPT) *stricto sensu*.

Aucune autre recommandation, revue systématique de la littérature, ni méta-analyse n'a été identifiée sur la prise en charge du *burnout* par un traitement médicamenteux. Une recherche documentaire complémentaire a été réalisée spécifiquement sur ce thème.

Un essai contrôlé randomisé (87) évaluant des interventions au niveau individuel a abordé la prescription d'antidépresseurs : elle était 2,53 fois plus fréquente (avec IC 95 % [1,04- 6,15]) chez les individus présentant un *burnout* sévère (défini par la survenue quotidienne ou hebdomadaire de symptômes propres au *burnout* et par un score pondéré obtenu à partir du MBI) (n = 79) comparativement à des individus sans *burnout* (n = 2 373) après ajustement sur les troubles dépressifs et l'anxiété (mais pour d'autres prescriptions d'antidépresseurs comme dans le cas de troubles bipolaires, de stress post-traumatique, etc.). Ces données étaient issues d'un registre national de prescriptions psychopharmacologiques et de l'interview d'un échantillon de 3 276 employés finlandais âgés de 30 à 64 ans. Les antidépresseurs étaient le plus fréquemment prescrits (37 % des prescriptions), mais des anxiolytiques et hypnotiques étaient également prescrits jusqu'à une période de 2 ans. D'autre part, les interventions étaient plus souvent centrées sur la personne que d'ordre organisationnel. Les auteurs concluaient que le recours aux antidépresseurs chez des individus en *burnout* sévère n'était pas expliqué par la coexistence de troubles dépressifs ou d'anxiété, et que la prise en charge du *burnout* n'était pas optimale.

Une étude prospective récente (88) a évalué l'association entre le *burnout* et un traitement antidépresseur en tant qu'indicateur cliniquement significatif d'un trouble mental. Les données sont issues d'un questionnaire posé à une cohorte de travailleurs danois (cohorte PUMA) réalisée en trois temps de 1999 à 2005, et d'un registre national de prescriptions psychopharmacologiques. Sur les 4 788 observations incluses sur 2 936 individus (dont 81 % de femmes), les auteurs ont montré qu'un *burnout* sévère (score > 50 par le CBI) était prédictif de l'association à un traitement antidépresseur sur la période de suivi et serait fonction du sexe avec un risque absolu de 18,4 % chez les hommes et 10,7 % chez les femmes (p < 0,01). Des analyses de sensibilité menées uniquement chez les femmes montreraient qu'aucun facteur environnemental ne modifiait cette association si ce n'est une faible catégorie socioprofessionnelle. La même réserve que dans l'étude précédente quant à la spécificité de l'indication du traitement antidépresseur est évoquée par les auteurs.

7.4 Conclusions sur les interventions de prévention et de prise en charge du *burnout*

Il est rappelé en préalable que ce document n'aborde pas la question de la prévention tertiaire par l'action sur le milieu et l'organisation du travail, qui reste néanmoins indispensable.

La démarche diagnostique permet de caractériser le syndrome en repérant des pathologies sous-jacentes éventuelles telles que, notamment, un trouble de l'adaptation, un trouble anxieux, un trouble dépressif ou un état de stress post-traumatique. Le risque suicidaire doit être particulièrement évalué.

La prise en charge vise à traiter le trouble identifié ainsi qu'à agir sur le contexte socioprofessionnel à l'origine du trouble.

La prescription d'un **arrêt de travail** est le plus souvent nécessaire. Sa durée sera adaptée à l'évolution du trouble et du contexte socioprofessionnel.

Le traitement du trouble peut comporter une **prise en charge non médicamenteuse basée sur des interventions psychothérapeutiques ou psychocorporelles** effectuées par un professionnel de santé ou un psychologue formé à ces techniques.

Dans tous les cas, il est recommandé que le médecin traitant se mette en contact avec le **médecin du travail** (sous réserve de l'accord du patient) ou d'une consultation de pathologie professionnelle pour alerter et avoir un éclairage sur le lieu de travail.

Il faut souligner la forte hétérogénéité des études ne permettant pas souvent de réaliser des méta-analyses quant aux interventions évaluées.

Il est important de souligner que, dans ce travail, le choix de la stratégie de recherche de la littérature priorisant notamment les revues systématiques peut amener à privilégier l'évaluation d'une intervention faisant l'objet de nombreuses études récentes (telle que la méditation pleine conscience), comparativement à d'autres interventions.

Il ressort cependant que la combinaison d'interventions centrées d'une part sur la personne (dont la relaxation et les techniques psychocorporelles) et d'ordre organisationnel d'autre part, montre une meilleure efficacité, bien que les effets ne dépassent que rarement les 12 mois.

Deux méta-analyses récentes ont montré que les interventions centrées sur la personne sont plus efficaces que celles d'ordre organisationnel concernant spécifiquement la dimension de l'épuisement émotionnel.

Plus les interventions sont ajustées au public cible, continues et répétées, plus elles sont efficaces, et ce, surtout si l'on combine différents types d'interventions.

L'analyse du poste et des conditions de travail est en effet indispensable. Celle-ci est réalisée par l'équipe pluridisciplinaire coordonnée par le médecin du travail. Des actions de prévention (individuelle et/ou collective) sont préconisées en conséquence.

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

8. Accompagnement pour un retour au travail

8.1 Guide d'aide à la prévention publié par l'INRS, l'ANACT et la DGT

Après la phase « d'arrêt maladie » et de retrait, il est recommandé dans ce guide (28) que le retour à l'emploi se fasse progressivement (avec un « travail sur soi » nécessaire), après une visite de pré-reprise auprès du médecin du travail, et avec un accompagnement du travailleur, voire de l'équipe de travail et du manager. Différentes actions et dispositions réglementaires peuvent être mises en place (aménagement du poste et des horaires de travail, temps partiel thérapeutique, suivi médical renforcé en Santé au Travail, etc.). Ce travail n'est possible que si le médecin du travail, le service des ressources humaines et le responsable direct travaillent en réseau avec l'accord du travailleur et, si possible, sa participation.

8.2 Autre publication

Aucune autre recommandation, revue systématique de la littérature, ni méta-analyse n'a été identifiée sur l'accompagnement pour un retour au travail.

Une revue générale publiée par S. Bataille en 2014 (89) a été identifiée. L'auteur a fait une analyse sociologique du parcours de reconstruction post-*burnout*. Elle rapporte les résultats d'une enquête dont l'objectif était de cerner les conditions de la reconstruction de l'identité professionnelle et de proposer une démarche à destination des médecins du travail, de l'équipe pluridisciplinaire de santé au travail et des personnels des ressources humaines pour accompagner le retour au travail de cadres victimes de *burnout*. A l'issue d'entretiens semi-directifs conduits auprès de 50 personnes (médecins, psychiatres, coaches, responsables de ressources humaines, salariés) et de 20 entretiens individuels auprès de victimes (cadres d'Ile-de-France, diplômés de l'enseignement supérieur, exerçant dans des secteurs variés, dans des entreprises de taille différente), l'enquête a montré que la mémoire autobiographique des victimes cheminait par les mêmes séquences sémantiques et dans le même ordre, avec le thème de l'identité professionnelle spontanément apparue dans leurs récits, alors qu'il n'était pas abordé par les professionnels de santé mentale. A partir de ces résultats, une cartographie des étapes de la reconstruction a été modélisée, permettant de positionner le salarié dans son processus personnel : celui-ci démontre que le *burnout* ne se déclenche pas à un instant t, mais qu'il s'agit bien d'une dynamique de décrochage (phases d'alarme, phase de déni se soldant par une rupture violente telle que l'arrêt maladie, l'accident du travail, la démission, etc.) et de réorganisation avec une nouvelle combinaison du parcours du salarié (souffrance exprimée dans l'espace intime). Une liste de questions clés à poser aux différentes étapes a été formalisée et constitue un outil d'investigation pour le médecin du travail et son équipe pluridisciplinaire ou les RH dans leur souci de réintégration du salarié. Des typologies communes de reconstruction ont pu également être mises en évidence (profils type de salariés à connaître des professionnels soignants tels que « les artistes... incompris », « les ambitieux... désenchantés » ou encore « les aveuglés du travail... des funambules en équilibre précaire »). Le temps de reconstruction est un cheminement long et continu, où la place du dialogue autour de la reconstruction mis en place au sein de l'entreprise est essentielle. L'enquête confirme que le travail est aussi un facteur de protection (et de reconstruction) de la santé mentale : tous ont affirmé avoir envie de retourner au travail, cette projection faisant partie intégrante de la reconstruction.

8.3 Conclusions sur l'accompagnement pour un retour au travail

La modélisation des reconstructions individuelles montre que le cheminement est identique, quel que soit le contexte initial du *burnout*. Les concepts de temps (temps nécessaire à accorder à la narration et au dialogue, étapes séquentielles de la reconstruction elle-même, réappropriation du

temps par l'individu) et d'espace (lieu dédié éloigné de la sphère du travail durant la convalescence) favorisent et consolident la reconstruction de l'identité professionnelle. Le soignant doit chercher à savoir comment la victime réinvestit son rapport au travail pour faire l'hypothèse de son retour en entreprise ou sur le marché de l'emploi, mais surtout comment sa trajectoire professionnelle se modifie à l'issue du *burnout*.

Le retour au travail doit être préparé. A cet effet, il est recommandé d'organiser une **visite de pré-reprise avec le médecin du travail**, à l'initiative du patient, du médecin traitant ou du médecin conseil des organismes de sécurité sociale, à tout moment pendant l'arrêt. Celle-ci peut être répétée. Elle est essentielle pour l'accompagnement de la réinsertion socioprofessionnelle, et obligatoire (article R. 4624-20 du Code du travail) pour les salariés en arrêt de travail d'une durée de plus de 3 mois.

A l'issue de la visite de pré-reprise, le médecin du travail peut recommander des aménagements ou adaptations du poste de travail, des pistes de reclassement ou des formations professionnelles qui pourraient être envisagées pour faciliter le reclassement du salarié ou sa réorientation professionnelle.

Lors de cet accompagnement, le **médecin du travail et l'équipe pluridisciplinaire**, par leur connaissance du milieu et des conditions de travail, ont un rôle clé : ils ont un rôle de préparation et d'accompagnement lors de la reprise de l'emploi (suivi régulier indispensable) et participent au maintien dans l'emploi du patient suite au *burnout*, en lien avec les professionnels et médecins spécialistes qui le suivent.

9. Question de la reconnaissance en maladie professionnelle

9.1 Point sur la question de la reconnaissance de l'épuisement professionnel en maladie professionnelle

Les maladies psychiques d'origine professionnelle peuvent être reconnues en maladies professionnelles indemnisables selon la procédure définie par la couverture sociale de chaque sujet (travailleur salarié ou agent de la fonction publique).

Il n'existe pas de tableau de maladie professionnelle mentionnant l'épuisement professionnel. Le *burnout* a été exclu du champ des recommandations concernant la reconnaissance des pathologies psychiques d'origine professionnelle en 2013 du fait du manque de consensus quant à sa définition. En revanche, la réglementation en vigueur permet la reconnaissance d'affections caractérisées telles que l'épisode dépressif majeur, les troubles anxieux généralisés, l'état de stress post-traumatique complexe (90).

Le salarié ou l'agent doit être bien informé sur les modalités et les enjeux de la reconnaissance en maladie professionnelle. La décision de faire une déclaration en maladie professionnelle incombe à lui seul.

Le taux d'incapacité permanente pour les salariés et agents doit être supérieur ou égal à 25 % pour que le dossier soit instruit :

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

Le *burnout* n'étant pas considéré à ce jour comme étant une pathologie, sa reconnaissance en maladie professionnelle résulte toujours d'une décision au cas par cas. Les modalités de contestation des décisions rendues figurent sur les notifications envoyées aux assurés.

Le médecin du travail et les médecins des centres de consultation de pathologie professionnelle peuvent contribuer à l'orientation des salariés dans ces démarches.

9.2 Rapport de la mission d'information relative au syndrome d'épuisement professionnel (ou *burnout*). Février 2017

Afin d'approfondir et de stabiliser les connaissances sur ce champ, ce rapport propose la création d'un centre national de référence consacré à la santé psychique au travail (91).

Il propose également de mettre en place des outils pour améliorer le dépistage et la prise en charge rapide des victimes de *burnout*, avec l'élaboration d'un nouveau questionnaire au service des médecins, le renforcement du maillage territorial de consultations multidisciplinaires et un site internet public à destination de tous et des professionnels.

D'autres propositions visent à placer la santé au travail et la santé psychique en particulier comme éléments clés de la stratégie des entreprises (modèles types de document unique d'évaluation des risques, inscription de la prévention des RPS dans le champ des négociations obligatoires annuelles, etc.).

Ce rapport fait état des difficultés à élaborer un tableau dans lequel serait inscrit le *burnout* et propose en perspective l'expérimentation de l'abaissement du taux d'IP nécessaire à la reconnaissance d'une maladie professionnelle à 10 %, voire à sa suppression (ce rapport ne le propose que pour les seules maladies psychiques, mais n'exclut pas qu'un taux abaissé puisse être applicable à toutes les pathologies). Il anticipe ainsi la surcharge des CRRMP qu'une telle proposition entraînerait en demandant le renforcement de leurs moyens.

10. Version soumise aux parties prenantes

Décembre 2016

Préambule

Cette fiche mémo porte sur la définition du syndrome d'épuisement professionnel, son repérage, sa prise en charge et l'accompagnement de ses victimes lors de leur retour au travail.

Ces recommandations se limitent au volet clinique du thème : l'action sur le milieu et l'organisation du travail est exclue du champ de ces recommandations. Elle est néanmoins indispensable dans une démarche de prévention primaire, secondaire ou tertiaire du *burnout*.

Les cibles professionnelles de ces recommandations sont prioritairement les médecins généralistes et les médecins du travail.

Contexte

Le syndrome d'épuisement professionnel n'est pas considéré comme une maladie dans les classifications de référence, mais comme un « facteur influant sur l'état de santé et les motifs de recours aux services de santé ». Cette entité regroupe des situations non spécifiques telles que la souffrance au travail ou le stress lié au travail.

Définition

- Le syndrome d'épuisement professionnel, équivalent en français du terme anglais *burnout*, se traduit par un « *épuisement physique, émotionnel et mental qui résulte d'un investissement prolongé dans des situations de travail exigeantes sur le plan émotionnel* »¹.
- Les travaux *princeps*, notamment ceux de Christina Maslach, ont permis de concevoir le syndrome d'épuisement professionnel comme un **processus de dégradation du rapport subjectif au travail** à travers trois dimensions :
 - l'épuisement émotionnel (dimension prédominante),
 - le cynisme vis-à-vis du travail,
 - la diminution de l'accomplissement personnel au travail (dimension plus controversée).

1. Schaufeli WB. Psychol Health 2001;16(5):501-10.

Manifestations cliniques

Le *burnout* ne peut pas être considéré comme une maladie caractérisée.

Le syndrome d'épuisement professionnel peut se traduire (liste non exhaustive) par des manifestations plus ou moins importantes et associées, notamment :

- **émotionnelles** (peurs mal définies, tensions nerveuses, humeur triste ou manque d'entrain, irritabilité, hypersensibilité, absence d'émotion) ;
- **cognitives** touchant la mémoire, l'attention et l'exécution ;
- **comportementales ou interpersonnelles** (repli sur soi, isolement social, comportement agressif, parfois violent, diminution de l'empathie, ressentiment et hostilité à l'égard des collaborateurs ; comportements addictifs) ;
- **motivationnelles ou liées à l'attitude** (désengagement progressif, baisse de motivation et du moral, effritement des valeurs associées au travail ; doutes de ses propres compétences, remise en cause professionnelle, dévalorisation) ;
- **physiques** non spécifiques : asthénie, troubles du sommeil, troubles musculo-squelettiques (type lombalgies, cervicalgies, etc.), crampes, céphalées, vertiges, anorexie, troubles gastro-intestinaux.

Le repérage repose sur un faisceau d'arguments qui doit prendre en compte les catégories de symptômes évoqués ci-dessus, ainsi qu'une analyse des conditions de travail.

Concernant l'identification de biomarqueurs, des études complémentaires restent à mener afin d'évaluer leur éventuelle pertinence clinique associée à ce syndrome.

Facteurs de risque

La recherche des facteurs de risque commence par l'analyse des conditions de travail. Elle peut s'appuyer sur différents modèles tels qu'une **méthode d'analyse de l'activité réelle**, ou encore selon **les six catégories de facteurs de risques psychosociaux** suivantes tirées du rapport Gollac² :

- intensité et organisation du travail inadaptées (surcharge de travail, objectifs flous ou irréalistes, etc.) ;
- exigences émotionnelles importantes avec confrontation à la souffrance, à la mort, dissonance émotionnelle ;
- autonomie inadaptée ;
- relations de travail dégradées (manque de soutien du collectif de travail, management délétère, etc.) ;
- conflits de valeurs ;
- insécurité de l'emploi.

L'existence de ressources dans le travail est protectrice.

Le risque de développer un syndrome d'épuisement professionnel est également associé :

- à certains traits de personnalité,
- à des antécédents dépressifs,
- de façon variable selon les études, à l'âge et l'expérience.

Ces facteurs individuels ne peuvent servir qu'à préconiser une prévention renforcée, et ne sauraient bien sûr en aucun cas constituer un élément de sélection des travailleurs.

Repérage

Le **repérage individuel** s'appuie sur un faisceau d'arguments incluant une analyse systémique : manifestations cliniques, conditions de travail et, en complément, éventuels facteurs de susceptibilité individuelle.

Ce repérage peut être réalisé par le médecin traitant, le médecin du travail et l'équipe de santé au travail. Dans l'intérêt du patient et avec son accord, il est indispensable qu'un échange ait lieu entre le médecin du travail et le médecin traitant.

Il est rappelé que tout travailleur peut solliciter une visite auprès du médecin du travail à tout moment, y compris pendant l'arrêt de travail, et sans en informer son employeur si la visite a lieu en dehors des heures de travail.

Le **Maslach Burnout Inventory (MBI)** comme d'autres questionnaires³ permet d'évaluer le syndrome d'épuisement professionnel, mais il n'a pas été construit comme un outil d'évaluation individuelle. Il peut être utilisé comme un outil de médiation pour guider un entretien avec le patient.

Ces explorations sont à réaliser en complément de la recherche des facteurs professionnels, des données de vécu du travail et de santé collectées par ailleurs, des signes cliniques observés et entendus, notamment par le médecin traitant et/ou l'équipe pluridisciplinaire de santé au travail.

Le **repérage collectif** peut être réalisé par le médecin du travail et l'infirmier en santé au travail sur un ensemble de signaux liés au fonctionnement de la structure (absentéisme, *turnover* fréquent, mouvements du personnel, qualité de l'activité et des relations sociales) ou à la santé et à la sécurité des travailleurs (activité du service de santé au travail, accidents du travail, maladies professionnelles, etc.).

3. Tels que le *Copenhagen Burnout Inventory (CBI)*, l'*Oldenburg Burnout Inventory (OLBI)*, le *Shirom-Melamed Burnout Measure (SMBM)*.

Prise en charge et acteurs

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Particularités des soignants

Population à risque historiquement identifiée, les professionnels de santé en activité ou en formation sont particulièrement exposés au risque d'épuisement professionnel, que ce soit pour des causes intrinsèques liées à la nature même de l'activité médicale (confrontation avec la souffrance et la mort, prises en charge impliquant l'entrée dans l'intimité des patients, etc.) ou des causes extrinsèques (charge et organisation du travail, etc.).

Différents facteurs rendent les professionnels de santé vulnérables : demande de performance, image du soignant infaillible, valeurs d'engagement et d'abnégation, injonctions contradictoires, dispositifs de soin complexes et évolutifs, tensions démographiques, insécurité, etc.

La prise en charge de l'épuisement des soignants nécessite un parcours de soins dédié. Elle implique aussi, comme pour tous les patients, le respect de la confidentialité et une réactivité adaptée, d'autant que la demande d'aide peut être retardée.

Accompagnement du retour au travail

Le parcours de reconstruction post-*burnout* se fait en plusieurs étapes, incluant un temps d'arrêt de travail, permettant successivement :

- le repos ;
- la reconstruction identitaire ;
- la réflexion et la renaissance du désir de travailler ;
- le retour au travail ou une reconversion professionnelle après étude de l'organisation et des conditions de travail.

Le médecin du travail et l'équipe pluridisciplinaire, par leur connaissance du milieu et des conditions de travail, ont un rôle clé lors de cette reconstruction : ils ont un rôle de préparation et d'accompagnement lors de la reprise de l'emploi (suivi régulier indispensable) et participent au maintien dans l'emploi du patient suite au *burnout*, en lien avec les professionnels et médecins spécialistes qui le suivent.

En parallèle, l'étude de l'organisation et des conditions de travail par le médecin du travail et l'équipe pluridisciplinaire permettra de formuler les préconisations nécessaires sur celles-ci.



Ressources Internet

- **Liste des consultations spécialisées**
<http://www.souffrance-et-travail.com/infos-utiles/listes/liste-consultations-souffrance-travail/>
- **Association France burnout (AFBO)**
<http://asso-franceburnout.fr/>
- **Association Aide aux professionnels de santé et médecins libéraux**
<http://www.aapml.fr/>
- **Association Soins aux professionnels de santé**
<http://www.asso-sps.fr/>



En savoir plus / Sources

- **Ministère du Travail, Agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail, Institut national de recherche et de sécurité.** Le syndrome d'épuisement professionnel ou *burnout* : mieux comprendre, pour mieux agir. Guide d'aide à la prévention. Paris: Ministère du Travail; 2015.
http://travail-emploi.gouv.fr/IMG/pdf/Exe_Burnout_21-05-2015_version_internet.pdf
- **Académie nationale de médecine.** Le *burnout*. Paris: ANM; 2016.
<http://www.academie-medecine.fr/wp-content/uploads/2016/02/26-fev-2016-RAPPORT-ACADEMIE-Burn-out-V3.pdf>
- Zawieja P. **Le *burnout*.** Que sais-je ?. Paris: PUF; 2015.
- Galam E. **L'erreur médicale, le *burnout* et le soignant.** Paris: Springer 2012.
- **Démarches médico-administratives :**
Groupe de travail de la Commission des pathologies professionnelles du Conseil d'orientation sur les conditions de travail (COCT), Ministère du Travail, de la Solidarité et de la Fonction publique. Pathologies d'origine psychique d'origine professionnelle. Partie 1 : pathologies psychiques. *Références en santé au travail.* 2013(133):75-86.

~

11. Avis des parties prenantes

Les parties prenantes suivantes (citées par ordre alphabétique) ont émis des commentaires :

- Association France burnout (AFBO)
- Association France prévention
- Association française de psychologie du travail et des organisations (AFPTO)
- Agence française pour l'amélioration des conditions de travail (ANACT)
- Association stop burnout
- Association santé de médecine au travail (ASMT)
- Association soins pour les professionnels de santé (ASPS)
- Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS)
- Direction générale de l'offre de soins (DGOS)
- Direction générale de la santé (DGS)
- Direction générale du travail (DGT)
- Fédération française des psychomotriciens (FFP)
- Groupement des infirmiers du travail (GIT)
- Institut national de recherche en santé au travail (INRS)
- Santé publique France
- Société d'ergonomie de langue française (SELF)
- Société française de médecine du travail (SFMT)

COMMENTAIRES SUR LA FORME DU DOCUMENT SOUMIS POUR AVIS		
Parties prenantes	Éléments positifs	Éléments négatifs
Association SMT		La forme mémorandum nous paraît trop contraignante pour être appropriée à des psychopathologies professionnelles qui pourraient parfaitement relever d'une recommandation. On perçoit, à la lecture, les raccourcis de rédaction imposés par la forme et qui, par leur concision, sont réducteurs.
Association stop burnout	La forme du document est pertinente. La lecture est aisée	On peut regretter que tous les tableaux ne soient pas en annexe. Ce qui permettrait une lecture plus fluide. On pourrait attendre qu'une fois la terminologie décidée (page 7), seul le terme d'épuisement professionnel soit utilisé. Ce qui permettrait au travers de la HAS d'éviter un anglicisme.
AFPTO	Clarté	
ANACT	Le format court est très accessible, concis. Les encadrés thématiques permettent un repérage facile des questions abordées	Il manque quelques éléments bibliographiques importants qui permettent d'élargir le regard sur le sujet
FFP	Fiche claire et concise	
GIT	Le petit encart sur les soignants. Vocabulaire simple, cela parle à tout le monde. Possibilité de se projeter dans des situations de repérage.	Pas assez d'insistance sur l'importance de la prévention.

INRS	document facile à lire et didactique	Les cibles « médecins du travail et médecins traitants » sont-elles pertinentes pour une même fiche ? Le document est trop synthétique quelle que soit la cible visée. Cependant, est-ce lié au format « fiche mémo » ?
DGS	Présentation claire, agréable à lire L'intitulé des chapitres est pertinent ainsi que l'enchaînement	C'est un peu dommage que la page 3 soit relativement peu renseignée. Est-ce qu'il ne serait pas possible de renforcer certains chapitres ? ex : développer les « ressources » dans le chapitre « facteurs de risques » ou développer la partie consacrée au repérage.
Santé publique France	Document structuré	Quelques éléments importants absents
SFMT	Fiche claire et concise	Les facteurs de risques devraient être placés avant les manifestations cliniques, ce qui permettrait que le chapitre repérage suive logiquement les manifestations cliniques La fiche n'est finalement pas très pratique, au sens pas directement utilisable, mais c'est sûrement le reflet de toutes les incertitudes qui planent autour de ce concept.
SFMT1	Première tentative de clarification Fiche courte	Clarifier les notions de facteurs de risque, signes cliniques et pathologies cf. commentaires Mettre FR avant manifestations cliniques
SFMT3	La fiche est claire, synthétique	Il est dommage que les aspects liés aux actions de prévention en milieu de travail ne soient pas développés car c'est ce qui est le plus nécessaire, qui pose le plus de difficultés et ce qui est aussi le plus attendu par les médecins du travail. Les facteurs de risques devraient logiquement apparaître après la définition
DGOS		1°) La fiche mémo semble orientée vers les soignants (Rubriques : « Particularités des soignants » + « Ressources / En savoir plus »), mais cet adressage reste incertain à la lecture globale de la fiche. En fonction des objectifs de la fiche, préciser la référence aux soignants dans le titre ?
DGT	Fiche claire et synthétique...	... parfois un peu trop synthétique. Quelques termes pourraient être explicités, précisés. Pas forcément évident d'isoler ce qui relève du médecin du travail/équipe pluridisciplinaire.
CNAMTS	Intérêt général des « fiches mémo » pour un accès rapide à l'information la plus utile	Trop d'encadrés pas forcément utiles ni bien placés : Peu d'intérêt, dans une fiche mémo, de « préambule » et de « contexte » → commencer directement par « définition » ; les éléments de « repérage » pourraient être introduits de manière plus synthétique dans les encarts « manifestations cliniques » ou « facteurs de risques » : L' « accompagnement du retour au travail » pourrait être intégré dans la « prise en charge » ; L'encadré « particularités des soignants » devrait

		être reporté en fin de fiche
COMMENTAIRES « PRÉAMBULE ET CONTEXTE »		
Association SMT	<p>PREAMBULE</p> <p>Il ne paraît pas approprié, dans une recommandation concernant la prévention d'une entité pathologique professionnelle de s'en tenir à la prévention tertiaire, notamment si ces recommandations s'adressent, comme indiqué, aussi aux médecins du travail. Ces derniers ayant pour mission d'éviter toute altération de la santé des travailleurs du fait de leur travail, leur priorité est la prévention primaire.</p> <p>Ne pas traiter ce volet préventif revient à accepter l'inéluctabilité de cette pathologie professionnelle.</p> <p>Nous ne mésestimons pas l'intérêt du diagnostic et de la prise en charge des victimes du travail, que les médecins du travail assurent par ailleurs, mais leur devoir vis-à-vis de chaque travailleur et de la collectivité de travail repose sur des obligations de signalement collectif, en amont, des facteurs de risques, des risques et de leurs effets éventuels. Elles reposent notamment sur la rédaction d'une fiche d'entreprise et le signalement de risques, mais aussi sur des conseils de prévention formalisés dans le cadre de l'article L. 4624-9 (numérotation post-loi Travail) du Code du travail. Ces dispositions déclinent en partie l'article L. 1111-2 du Code de la santé publique qui impose à tout médecin de signaler les risques pour la santé à son patient.</p> <p>Il faut considérer que cette phase d'identification des facteurs de risques et des risques est un préalable clinique étiologique au repérage et la prise en charge de l'épuisement professionnel et peut participer d'un éventuel diagnostic différentiel.</p> <p>CONTEXTE</p> <p>L'épuisement professionnel est une conséquence de ce qu'il est convenu d'appeler la souffrance au travail ou le stress lié au travail. Il ne saurait par conséquent regrouper ces situations par ailleurs assez mal définies. En fait, les pathologies engendrées par l'activité de travail et son organisation ne sont identifiables qu'à travers l'analyse de ces dernières, l'engagement du sujet dans son travail, la façon dont il coopère avec autrui, la dynamique collective dans laquelle il travaille et la spécificité de son collectif de travail et des rapports sociaux qui s'y nouent. On peut identifier notamment des pathologies de surcharge (l'épuisement professionnel en étant un des symptômes), des pathologies post-traumatiques et des pathologies de la solitude.</p> <p>C'est pourquoi nous nous interrogeons sur la qualification même de syndrome (voir nos remarques sur la définition) appliquée à l'épuisement professionnel.</p>	
Association stop burnout	<p>Le préambule mériterait une clarification notamment sur le contexte d'élaboration qui paraît peu clair.</p> <p>L'introduction du mot RPS sans réelle définition avec dans le même chapitre l'introduction de la CM 10 sont confondues.</p> <p>Les objectifs sont clairs.</p>	
AFPTO	OK	
ANACT	<p>PREAMBULE</p> <p>Pour mettre en valeur les deux volets : « accompagnement clinique de la personne » et « action sur le milieu et l'organisation du travail », il serait intéressant d'organiser le préambule de manière plus « convaincante » :</p> <p>« Cette fiche mémo ... »</p> <p>« Les cibles professionnelles ... »</p> <p>Puis enfin : ... « ces recommandations se limitent au volet clinique du thème. Cependant, les actions sur le milieu et l'organisation du travail sont indispensables dans une démarche de prévention. Les médecins généralistes et médecins du travail seront donc invités à faire ces liens entre le diagnostic individuel et les facteurs de risques potentiels inhérents aux situations de travail. »</p> <p>CONTEXTE</p> <p>Quelques compléments/précisions :</p> <p>Rappeler que le <i>burnout</i> n'est pas considéré en France comme une maladie dans les classifications de référence etc.</p> <p>Noter cependant une caractéristique du <i>burnout</i> : il s'exprime dans la sphère du travail</p> <p>Donner quelques chiffres, montrer la montée de cette manifestation</p> <p>Préciser peut-être ici que les études référencées concernent essentiellement les personnels de santé</p>	
FFP	RAS	

GIT	RAS
INRS	<p>- Le contexte d'évolution des conditions de travail ainsi que des organisations dans les entreprises et l'évolution de la prévalence des risques psychosociaux dans la population au travail manquent dans la partie « contexte ». Il en est de même pour les éléments de contexte concernant le débat scientifique, médical, social et politique dont il n'est pas fait mention.</p> <p>- Il serait utile de préciser les classifications de référence : CIM10 et DSM V.</p>
DGS	<p>Préambule : le terme « victimes » qui est utilisé relève du langage courant, mais, dans ce contexte (notamment le sujet de la réparation), il est préférable d'éviter ce terme très fort, même s'il a été employé dans la lettre de la Ministre.</p> <p>Contexte : « Cette entité regroupe... » : qu'est- ce qui est désigné par « cette entité » ? Le <i>burnout</i> lui-même ou le « facteur influant sur l'état de santé et les motifs de recours... » ? Ce n'est pas clair.</p> <p>Il aurait été opportun, dans cette partie sur le contexte, de rappeler pourquoi la Ministre a souhaité cette fiche mémo, qui doit « définir médicalement le <i>burnout</i> et la manière d'en traiter les symptômes ».</p>
Santé publique France	Aucun commentaire
SFMT	Aucun commentaire
SFMT1	Pas de commentaires particuliers
SFMT2	<p>Le préambule est très clair et se suffit à lui-même.</p> <p>Dans le contexte, je rajouterais la locution « par exemple » ou « notamment » entre « des situations non spécifiques telles que... et... la souffrance au travail ou le stress lié au travail ».</p>
SFMT3	Aucun
DGOS	<p>1°) La cible prioritaire annoncée (médecins généralistes et médecins du travail) de la fiche mémo pose question quant au repérage des personnes en situation potentielle d'épuisement professionnel, notamment car :</p> <ul style="list-style-type: none"> - dans les situations les plus aiguës, il y a souvent déni de la part de la personne en <i>burnout</i> qui n'ira pas nécessairement voir le médecin généraliste ; - il y a un déficit chronique et prononcé de médecins du travail, ce qui a progressivement conduit le législateur à assouplir la fréquence des visites médicales obligatoires. <p>Les collègues de la victime restent, probablement, les personnes les plus à même d'alerter sur une situation qu'elles jugent anormale ou préoccupante.</p> <p>La fiche pourrait, peut-être, cibler également cette population ainsi que celle des préventeurs qui peuvent, en interne, former les agents à cette thématique. En tout état de cause, il ne s'agit pas que chacun se transforme en médecin, mais que chacun puisse être sensibilisé à cette problématique et à ses signes précurseurs pour pouvoir alerter, le cas échéant.</p> <p>2°) A la fin du 2^e paragraphe du préambule, renvoyer vers les « Ressources » pour les démarches de prévention.</p> <p>3°) Dans le contexte, tirer les conclusions de l'affirmation que le SEP n'est pas considéré comme une maladie : manifestations multiples, impacts sur la santé et le comportement de la victime, contexte de travail, etc.</p>
DGT	<p>Cette entité regroupe des situations non spécifiques telles que la souffrance au travail ou le stress lié au travail.</p> <p>Que veut-on souligner par « non spécifiques » ?</p> <p>Ajouter mention au DSM 6 et CIM 10.</p> <p>Ajouter une phrase sur l'évolution du monde du travail (intensification du travail, développement des outils numériques d'information et de communication, porosité des frontières spatiales et temporelles du monde du travail, etc.) pouvant être à l'origine de facteurs de RPS et l'apparition de syndrome d'épuisement professionnel. Possibilité de s'appuyer sur des données nationales de grandes enquêtes sur les Conditions de travail menées par la DARES qui montrent l'augmentation de l'exposition aux facteurs de RPS dans la population active française.</p>
CNAMTS	<p>Le syndrome d'épuisement professionnel n'est pas un risque psycho-social. Il est la conséquence sur la santé de l'exposition à des RPS.</p> <p>Peu d'intérêt dans une fiche mémo.</p> <p>Si ce texte est maintenu, préférer au mot « victimes » le terme de « personnes concernées »</p>

(idem pour le mot « cible », à remplacer par « professionnels de santé impliqués »)	
COMMENTAIRES « DÉFINITIONS »	
Association SMT	<p>Nous souhaitons rappeler en préambule la définition du management qu'en donne Frederik Mispelblom, enseignant en sociologie à l'université d'Evry : « Le management peut être défini, comme « une technologie politique » : il s'agit d'un dispositif organisateur de discours qui guide des actes, d'un savoir inscrit dans des techniques verbales et mentales qui produit du pouvoir ». L'organisation managériale a donc comme objectif la prise de pouvoir sur la volonté des individus avec toutes les conséquences prévisibles, dès lors qu'il cherche un contrôle total. Cette tendance est aggravée par la « gouvernance par les nombres », le résultat n'étant plus déterminé que par des chiffres. Pour plus de précision sur ce point, on pourra lire Alain Supiot, <i>La gouvernance par les nombres</i>, cours au Collège de France (2012-2014), chapitre 12 « Un régime de travail réellement humain ».</p> <p>Il y a alors une contradiction majeure entre les aspirations des sujets à la construction de soi au travail et le caractère destructeur de l'organisation pathogène.</p> <p>Un syndrome est un regroupement de symptômes. Or, comme nous le montrons dans nos commentaires sur les manifestations cliniques, l'épuisement professionnel n'est lui-même qu'un symptôme de pathologies liées à l'organisation du travail.</p> <p>La définition ici proposée pour l'épuisement professionnel qui implique « un investissement prolongé dans des situations de travail exigeantes sur le plan émotionnel » réduit la causalité à un paramètre personnel et ne qualifie la situation de travail que par son caractère exigeant, ce qui ne la désigne pas comme pathogène. C'est méconnaître l'inéluctabilité de l'investissement prolongé des salariés (et non d'un seul salarié) dans des organisations construites pour obtenir cet investissement en utilisant notamment l'intensification et l'individualisation du travail et des objectifs. La réification des personnes impliquées peut aussi avoir pour conséquence une dépersonnalisation qui aura un effet dans la survenue de l'épuisement. L'hyperactivité manifestée par le salarié, des processus défensifs cyniques qui lui permettent parfois de trahir ses propres valeurs morales, sont aussi des conséquences de l'organisation du travail pathogène.</p> <p>La référence citée qui implique qu'il s'agirait d'un « processus de dégradation du rapport subjectif au travail » est à la fois pertinente, puisque c'est l'engagement subjectif du sujet dans le travail qui est entravé par l'organisation du travail, mais aussi ne recouvre qu'une facette de la pathogénèse de l'épuisement professionnel.</p> <p>Elle pourrait, par omission, faire supposer qu'il n'y aurait comme hypothèse causale que la subjectivité individuelle dégradée, c'est-à-dire une défaillance de la victime à percevoir ce rapport comme positif. Or, l'épuisement professionnel est la conséquence inévitable, dès lors qu'elles ne sont pas réformées, d'organisations du travail pathogènes qui sont responsables d'états de stress post-traumatiques, d'états anxieux et de dépressions professionnelles (ainsi les trois dimensions citées dans le texte comme manifestations de l'épuisement professionnel peuvent également être symptomatiques de cette dernière pathologie). Nous sommes, par conséquent, extrêmement dubitatifs sur l'intérêt de focaliser la prévention sur ce seul symptôme. C'est pourquoi également nous conseillons de ne plus employer le terme « syndrome », mais bien d'employer le terme de « symptôme » d'épuisement professionnel comme une conséquence parmi d'autres d'organisations du travail délétères.</p> <p>Nous estimons, en outre, que ce concept « valise » d'épuisement professionnel a aussi pour défaut de faire écran à des pathologies qui pourraient donner lieu à des reconnaissances en maladie professionnelle. Ainsi, le mémorandum nie à plusieurs reprises le caractère de maladie de l'épuisement professionnel, ôtant ainsi toute possibilité de réparation.</p>
AFBO	<p>Domage de citer de nouveau cette définition qui évoque <i>l'investissement prolongé</i> (qui sous-entend une pression interne), alors que le <i>burnout</i> est dû à une pression externe, à une exposition prolongée à...</p> <p>... <i>sur le plan émotionnel</i> : l'épuisement émotionnel est une conséquence, les conditions de travail ne sont pas forcément exigeantes sur un plan émotionnel, alors qu'elles le sont toujours sur un plan cognitif (par la profession intellectuel exigeante) ou physique (quand le rythme de vie professionnelle a été modifié durablement).</p>
Association stop burnout	Le <i>job strain</i> mériterait un développement car très utilisé par certaines équipes.
AFPTO	Les auteurs de la fiche nomment la troisième dimension "réduction de l'accomplissement personnel". Mais comme ils font référence à la définition "générale" du <i>burnout</i> frappant l'ensemble des individus au travail et pas seulement des "professionnels impliqués auprès d'autrui", il vaut mieux parler de "réduction de l'efficacité professionnelle". Mais, comme pour la réduction de l'accomplissement personnel au travail, cette dimension est de plus en plus abandonnée.

ANACT	Nous nous retrouvons tout à fait dans les contenus du guide INRS/Anact/DGT
FFP	RAS
GIT	La définition de Schaufeli a été bien choisie, elle est simple et très explicite. Elle date de 2001, y a-t-il une définition plus récente qui aurait accompagné les nouvelles technologies et les nouveaux modes de communication ?
INRS	- Préciser après « cynisme vis-à-vis du travail » : désengagement, désinvestissement, pour expliciter la notion de cynisme.
DGS	Développer succinctement les trois dimensions du <i>burnout</i> selon Maslach : épuisement émotionnel, cynisme vis-à-vis du travail et diminution de l'accomplissement personnel au travail. Dire un mot des controverses qui existent au sujet de cette dernière dimension.
Santé publique France	Aucun commentaire.
SFMT	D'accord avec cette formulation. Il me semble qu'il faudrait indiquer pourquoi la dimension diminution de l'accomplissement personnel au travail est controversée.
SFMT1	Je trouve qu'il y a une contradiction entre le contexte où l'on parle de facteur de risques en qq sorte et non une maladie, et la définition qui est plus une entité. Il faut peut être juste reformuler en mettant en avant l'investissement prolongé dans des situations de travail exigeantes sur le plan émotionnel amenant à une dégradation progressive, etc. Accomplissement : en quoi est-ce controversé ?
SFMT2	La définition est explicite. Cependant, je trouve qu'elle manque de développement s'agissant des trois dimensions du syndrome qui ne me semblent pas suffisamment explicitées. Personnellement, j'apprécie les définitions suivantes, issues de Heim 2008 Forum Med Suisse 2008;8(32):569–573 – l'épuisement, qui décrit un sentiment de manque de force aussi bien sur le plan physique que psychologique, – le cynisme, qui désigne une attitude de distanciation et d'indifférence vis-à-vis du travail, – l'inefficacité, qui décrit le sentiment d'échec professionnel et la perte de confiance en ses propres capacités.
SFMT3	Le commentaire sur la limite concernant la dimension de l'accomplissement personnel au travail n'est pas très clair, alors que c'est une dimension rattachée de façon importante au <i>burnout</i> dans sa conception initiale.
DGOS	1°) Le SEP est l'équivalent du <i>burnout</i> et il est parfois comparé, dans sa forme la plus aiguë, à la notion japonaise de <i>Karoshi</i> , qui est la mort par « surmenage ». 2°) Parmi les trois dimensions du Maslach, le terme « dépersonnalisation » semble plus adapté que « cynisme vis-à-vis du travail », car il inclut également la dimension des rapports humains et des rapports sociaux dans le travail.
DGT	Expliciter le terme « cynisme » au travers d'une parenthèse.
CNAMTS	Les principales références des « travaux <i>princeps</i> » évoqués devraient être mentionnées
COMMENTAIRES « MANIFESTATIONS CLINIQUES »	
Association SMT	Nous notons que les manifestations cliniques qui sont attribuées à l'épuisement professionnel paraphrasent la majorité des critères du DSM 5 utilisés pour qualifier la dépression (référence HAS : note de cadrage recommandation de bonne pratique : Episode dépressif caractérisé de l'adulte : prise en charge en premier recours, annexe 1 : http://www.has-sante.fr/portail/plugins/ModuleXitiKLEE/types/FileDocument/doXiti.jsp?id=c_1739922) en les déclinant dans le secteur professionnel.

	L'épuisement professionnel est donc une des manifestations pathologiques d'une dépression réactionnelle professionnelle. Nous proposons par conséquent que le document soit réformé et traite de la prévention des dépressions réactionnelles professionnelles dont l'épuisement professionnel est un des symptômes ou une des manifestations cliniques, ou, s'il était plus ambitieux, qu'il traite des diverses pathologies liées à des organisations du travail pathogènes.
AFBO	Ce travail collégial a pour but, entre autres, de permettre le repérage du <i>burnout</i> . Je note simplement que la liste de ces manifestations débute par l'émotionnel et s'achève par les signes physiques, alors que ces derniers devraient alerter en tout premier lieu. Les problèmes de concentration interviennent en parallèle ou juste après. Quant aux manifestations comportementales/interpersonnelles/motivationnelles, elles ne sont que la conséquence d'une longue errance et de la non-détection de la pathologie (dans le strict cadre du <i>burnout</i> , bien entendu). En cela, l'analyse des conditions de travail qui suit est indispensable pour comprendre les éléments déclencheurs, préconiser la prise en charge et prévoir le retour à l'emploi.
Association Stop Burnout	Pas de commentaire.
AFPTO	OK
ANACT	Nous nous retrouvons tout à fait dans les contenus du guide INRS/Anact/DGT.
FFP	Propositions de corrections ou ajouts : - Manifestations émotionnelles : (peurs mal définies, tensions nerveuse accompagnées de tensions musculaires diffuses, humeur triste ou manque d'entrain, irritabilité, hypersensibilité, absence d'émotion) ; - Manifestation cognitive touchant la mémoire, l'attention et les fonctions exécutives.
GIT	Pour nous, les termes « comportementales » et « liées à l'attitude » sont très similaires et auraient pu être regroupés.
INRS	- Mentionner la relation causale circulaire qui existerait entre <i>burnout</i> et dépression (cf. page 63 paragraphe 6.5 du rapport d'élaboration). - Proposition de rédaction pour l'avant-dernière phrase : l'identification repose sur un faisceau d'arguments qui doit prendre en compte les catégories de symptômes évoqués ci-dessus, ainsi qu'une analyse des conditions de travail. Cette dernière nécessite de contacter le médecin du travail. - Pour la dernière phrase, il ne nous paraît pas pertinent de faire référence aux biomarqueurs, dans la mesure où ils ne sont pas de pratique courante, mais plutôt réservés à la recherche.
DGS	Il manque des éléments médicaux de diagnostic différentiel, notamment la différence entre le <i>burnout</i> et la dépression.
Santé publique France	Rajouter la notion de manifestations « liées au travail » plus ou moins importantes et associées
SFMT	Je trouve que le fait que le <i>burnout</i> soit une manifestation d'installation progressive n'apparaît pas assez clairement. De plus, comme il n'existe pas à proprement parler de seuil consensuel au-delà duquel on caractérise un <i>burnout</i> , ceci me semble important en termes de dépistage
SFMT1	On voit mal le lien entre les trois dimensions de la définition et les symptômes, de même la progressivité des signes n'apparaît pas. Y a-t-il un nombre minimal de signes (atteintes d'une ou plusieurs dimensions) pour retenir le diagnostic ? J'ai la notion que le syndrome d'épuisement peut se traduire <i>in fine</i> par un syndrome dépressif réactionnel, position notamment soutenue par ceux qui considèrent qu'il ne s'agit pas d'une maladie spécifique, ajouter cela aux signes ?
SFMT2	Je remplacerais la phrase : « le <i>burnout</i> ne peut pas être considéré comme une maladie caractérisée. » par : « le <i>burnout</i> n'est pas actuellement considéré comme une maladie caractérisée. » Je remplacerais la locution « comportement addictifs » par « comportements d'addiction ».
SFMT3	Aucun
DGT	RAS
CNAMTS	Absence d'éléments de diagnostic différentiel, notamment avec troubles anxieux et troubles dépressifs (alors même que l'encadré « prise en charge » limite ensuite la place des antidépresseurs à ces indications) Les questionnaires utiles au repérage devraient être mentionnés à ce niveau.
COMMENTAIRES « FACTEURS DE RISQUE »	
Association	C'est à juste titre que vous évoquez l'analyse de l'activité de travail ou la recherche de

SMT	<p>facteurs de risques psychosociaux comme des pistes d'identification des risques (et non des « facteurs de risques » puisqu'en l'occurrence, s'il y a pathologie, ce ne sont plus des facteurs de risques, mais bien des risques).</p> <p>Vous pourriez également considérer que certaines organisations du travail sont plus pathogènes que d'autres (notamment le <i>lean management</i>) et les désigner comme telles. Ainsi, le rapport d'Antoine Valeyre (« Conditions de travail et santé au travail des salariés de l'Union européenne : des situations contrastées selon les formes d'organisation » / VALEYRE (Antoine). CENTRE D'ETUDES DE L'EMPLOI, 11/2006. - 48 pages http://www.cee-recherche.fr/publications/document-de-travail/conditions-de-travail-et-sante-au-travail-des-salaries-de-lunion-europeenne-des-situations) trace une hiérarchie entre plusieurs formes d'organisations en fonction de leurs effets pathogènes, notamment psychiques.</p> <p>Nous sommes par contre très dubitatifs sur l'association de l'épuisement professionnel à des éléments individuels qui nous paraît marginale au regard de l'influence du travail, et nous sommes désireux que vous nous procuriez les sources de ces constats.</p> <p>Toutefois, nous partageons en partie votre conclusion sur l'inanité dans ce domaine d'une sélection des travailleurs.</p> <p>En tout état de cause, un « travail réellement humain » implique, comme la loi l'impose, « d'adapter le travail à l'Homme ». Le dépistage de supposées susceptibilités individuelles n'est en aucun cas un facteur opératoire de prévention et est contraire aux réglementations qui interdisent toute discrimination en fonction de l'état de santé.</p>
Association stop burnout	Le <i>burnout</i> ou syndrome d'épuisement professionnel est un processus résultant d'un sur-engagement professionnel, excessif, voire pathologique provenant d'une exposition à des situations mentalement exigeantes. Il peut aboutir à un véritable effondrement avec un épuisement protéiforme.
AFPTO	<p>« Autonomie inadaptée » pourrait être remplacé par « autonomie, ou latitude décisionnelle, insuffisante »</p> <p>« ressources dans le travail » demande à être précisé : « soutien social, stabilité du statut, collectif de travail vivant, moyens techniques, matériels et humains suffisants »</p> <p>En ce qui concerne les facteurs individuels, il y a souvent des différences en fonction du genre, les femmes ayant un épuisement émotionnel plus élevé, les hommes ayant un cynisme plus élevé.</p>
ANACT	Nous nous retrouvons tout à fait dans les contenus du guide INRS/Anact/DGT.
FFP	RAS
GIT	<p>On vous propose à la place de la phrase suivante : « Elle peut s'appuyer sur différents modèles tels qu'une méthode d'analyse de l'activité réelle, ... »</p> <p>« Elle peut s'appuyer sur différents modèles tels qu'une méthode d'analyse des écarts entre l'activité réelle et l'activité prescrite, ... »</p> <p>La phrase : « L'existence de ressources dans le travail est protectrice » n'est pas appropriée dans ce chapitre « Facteurs de risques »</p> <p>On pourrait rajouter dans les facteurs de risques « la culture du héros » bien connue et bien présente dans nos sociétés actuelles (courses à la mondialisation, tout va vite et est très éphémère, donc on donne tout et advienne que pourra...)</p>
INRS	<p>- Proposition de rédaction pour la deuxième phrase du premier paragraphe : Elle peut s'appuyer sur l'analyse de l'activité réelle, ou encore la catégorisation des facteurs de risques psychosociaux suivante du rapport Gollac :</p> <ul style="list-style-type: none"> - intensité et temps de travail inadaptés (surcharge de travail, objectifs flous ou irréalistes, etc.) - exigences émotionnelles importantes avec confrontation à la souffrance, à la violence verbale, à la mort, dissonance émotionnelle (notion à préciser) - autonomie insuffisante - relation de travail dégradée (conflits interpersonnels, manque de soutien du collectif de travail, management délétère, etc.) - conflits de valeurs - insécurité de la situation de travail <p>- Préciser ce que l'on entend par « ressources » dans la phrase : l'existence de ressources dans le travail est protectrice.</p> <p>- Proposition de rédaction :</p> <ul style="list-style-type: none"> - remplacer « traits » par « aspects » de personnalité et mentionner entre parenthèses (instabilité émotionnelle, etc.) après personnalité - ajouter ensuite un item supplémentaire : à une forte implication dans le travail
DGS	<p>Expliquer ce qu'est la « méthode d'analyse de l'activité réelle »</p> <p>Les six catégories de risques psychosociaux devraient être expliquées et détaillées. Par exemple, les exigences émotionnelles (la personne est confrontée dans son travail à des situations susceptibles de soulever des émotions très fortes), ou l'autonomie inadaptée (décrire, expliquer).</p>

	<p>Développer aussi les ressources qui seraient protectrices (la fiche doit être plus pragmatique et pratique), ainsi que les autres risques (traits de personnalité : lesquels ?, l'âge et l'expérience : comment ?)</p> <p>Sélection des travailleurs : s'agit-il de la sélection à l'emploi des travailleurs ?</p>
Santé publique France	<p>Ajouter des exemples pour chacune des six catégories de FdRPS.</p> <p>Clarifier « l'existence de ressources dans le travail est protectrice ».</p> <p>Préciser les « traits de personnalité » et « âge et expérience ».</p>
SFMT	<p>Bien que les facteurs organisationnels soient en dehors du champ de la saisine, ils sont très présents dans ce chapitre, ce qui me semble une bonne chose.</p> <p>La prédominance des professionnels de santé dans les victimes de <i>burnout</i> n'apparaît pas, et donc en filigrane la charge émotionnelle de la profession, et un des déterminants fort de cet épuisement.</p> <p>Il faudrait donc intégrer l'encadré « soignants » dans cet encadré.</p> <p>Il me semble manquer, même si c'est très compliqué, une façon d'apprécier objectivement ces facteurs de risques (échelles, questionnaires) ou une indication sur le fait que de tels outils ne sont pas fiables.</p>
SFMT1	<p>N'y a-t-il pas contradiction là encore à citer l'ensemble des FR selon le rapport Gollac, par rapport à la définition donnée plus haut sur l'investissement prolongé dans des situations exigeantes sur le plan émotionnel, situations qui me semblent plus restreintes ?</p> <p>Ajouter des professions plus à risque ?</p>
SFMT2	<p>La notion de « ressources dans le travail » n'est pas suffisamment explicite ; elle nécessite d'être développée avec des exemples concrets.</p> <p>Il en est de même pour la notion de « traits de personnalité », qui devrait être précisée.</p> <p>La fin du paragraphe, j'ajouterais, à la suite de : « constituer un élément de sélection des travailleurs. », la locution suivante : « ... ni exonérer la responsabilité des facteurs de risques présents dans l'environnement de travail ».</p> <p>Dans le paragraphe, j'ajouterais les précisions suivantes qui me semblent essentielles : « l'analyse des conditions de travail ne peut pas reposer uniquement sur les dires des personnes atteintes de <i>burnout</i>. Elle doit reposer sur une démarche structurée conduite par le médecin du travail dans le cadre de ses missions réglementaires. »</p>
SFMT3	<p>Le fait que les facteurs liés au travail soient bien mis en avant et le rattachement aux RPS est une bonne chose.</p> <p>Il conviendrait peut-être d'insister sur le fait que le médecin du travail et l'équipe, notamment les psychologues du travail, peuvent aider à faire l'évaluation de ces facteurs.</p>
DGT	<p>Proposition de reformulation : « Elle s'appuiera sur une analyse de l'activité réelle de travail au regard des six catégories de facteurs de RPS... »</p> <p>Toute évaluation des risques professionnels s'ancre dans le travail réel (le quotidien), et, en matière de RPS, il est préconisé de se calquer sur la classification en six facteurs. Donc l'un (l'analyse de l'activité réelle) n'exclut pas l'autre.</p> <p>Préciser ce qu'on peut entendre par « ressources » (sans précision, on peut entendre ressources humaines, ressources matérielles, etc.).</p> <p>Ajouter, dans les « risques de développer un SEP », une référence à la forte implication dans le travail, le fait que le travail est une composante importante de l'identité de l'individu... (on ne retrouve pas cette idée dans les facteurs de risques tels qu'ils sont listés).</p>
CNAMTS	<p>Quelles sont les ressources évoquées par la phrase : « L'existence de ressources dans le travail est protectrice » ? Comment les mobiliser lors de la prise en charge ?</p> <p>Quels sont les traits de personnalité évoqués comme facteur favorisant ?</p>
COMMENTAIRES « REPÉRAGE »	
Association SMT	<p>Là encore, l'évocation des susceptibilités individuelles nous paraît peu pertinente, alors que les situations à risque pour la santé psychique sont bien identifiées. Nous vous renvoyons à l'étude « Les risques psychosociaux au travail : Un panorama, d'après l'enquête santé et itinéraire professionnel 2010 », Maryline Beque, Dares analyses N°31, disponible sur le site de la DARES.</p> <p>Nous sommes également assez peu convaincus que l'utilisation de questionnaires (dont nous ignorons dans le cas précis la nature) soit un outil de médiation (?) pertinent pour guider un entretien avec le travailleur. Nous préférons baser notre approche clinique sur le dialogue confiant entre le travailleur et son médecin du travail, et nous estimons que l'approche par questionnaire compromet ce dialogue. Participe aussi de cette confiance la publicité institutionnelle donnée aux signalements de risque du médecin du travail.</p> <p>C'est précisément le repérage et le signalement <i>a priori</i> de caractères potentiellement pathogènes de l'organisation du travail qui doivent être mis en place par le médecin du travail, notamment pour éclairer l'employeur, et non seulement (cela ne survient que dans un second</p>

	<p>temps) le repérage des effets collectifs de dysfonctionnement.</p> <p>C'est l'activité clinique quotidienne du médecin du travail qui, dans ce domaine, permet le repérage de pré-symptômes par la mise en œuvre d'une clinique médicale du travail fondée sur l'intercompréhension médecin-patient.</p>
AFBO	<p>Une question : n'est-il pas pertinent d'insister encore plus sur le fait que le MBI n'est pas un outil diagnostique, mais un éventuel outil de médiation ? Le diagnostic étant l'affaire des professionnels de santé</p>
Association stop burnout	<p>Le guide d'aide à la prévention de l'IRSN est un bon document dans lequel je relève une phrase qui m'a parlé :</p> <p>« Cependant, nous devons avouer qu'il est plus aisé de définir le <i>burnout</i> pour ce qu'il n'est pas. »</p> <p>L'Académie de médecine a réclamé, le mardi 16 février dernier, davantage de recherches sur le <i>burnout</i>, un concept flou, non reconnu à ce jour comme une pathologie médicale, alors même qu'il donne lieu à des symptômes désormais bien connus, comme l'épuisement émotionnel ou la dépersonnalisation.</p> <p>Il a été pertinent que les médecins qui ont travaillé sur le rapport de l'Académie de médecine aient interpellé la Ministre de la Santé pour remettre ce dossier aux experts de la HAS, pour avancer dans une définition encore mal définie.</p> <p>Le terme <i>burnout</i> est désormais largement employé, mais reste cependant une notion dont les contours restent à préciser. Cette absence de définition consacrée souligne la difficulté à laquelle est confrontée la communauté scientifique à nommer une réalité qui se trouve au croisement des domaines médical, psychologique et sociologique.</p>
AFPTO	OK
ANACT	<p>Pointer peut-être d'avantage :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Le fait qu'un médecin du travail alerté par des situations individuelles puisse proposer une enquête collective préventive ; - La nécessité indispensable de mise en relation entre médecin traitant et médecin du travail.
FFP	RAS
GIT	RAS
INRS	<ul style="list-style-type: none"> - Ajouter à la fin du premier paragraphe : Une attention particulière doit être portée au risque suicidaire. - Ajouter à la fin du deuxième paragraphe : sous couvert du secret médical partagé. - Déplacer le quatrième paragraphe en position trois et le modifier de la façon suivante : Le MBI est un questionnaire utilisé pour la recherche qui permet d'évaluer le syndrome d'épuisement professionnel au niveau collectif. Il n'a pas été construit comme un outil d'évaluation individuelle. Il peut être utilisé comme un outil pour guider un entretien avec le patient. - Proposition de rédaction du cinquième paragraphe : En complément, doivent être recherchés les facteurs professionnels, les données de vécu du travail et de santé collectées par ailleurs, les signes cliniques observés et entendus, notamment par le médecin du travail et/ou l'équipe pluridisciplinaire de santé au travail. - Proposition de rédaction pour le dernier paragraphe : Le repérage collectif... (absentéisme, <i>turnover</i> fréquent, mouvements du personnel, qualité des services et des produits, qualité des relations sociales) ou à la santé et à la sécurité des travailleurs (accidents du travail, maladies professionnelles, visites médicales spontanées, inaptitudes...).
DGS	<p>A propos du questionnaire MBI : <i>Maslach Burnout Inventory</i> : « il n'a pas été construit comme un outil d'évaluation individuelle » : dans ce cas, à quoi sert-il exactement pour le repérage, et quel outil ou faisceaux d'arguments cliniques recommande la HAS pour l'évaluation individuelle ? En effet, il y a la nécessité d'être plus concret et plus opérationnel pour les médecins généralistes.</p> <p>Cette partie apparaît comme plus adaptée aux médecins du travail, plus expérimentés pour aborder le <i>burnout</i>.</p>
Santé publique France	La « médiation » : est-ce vraiment le terme approprié ?
SFMT	<p>Le terme de médiation devrait être évité par ce qu'il sous-entend de mise en confrontation entre plusieurs parties.</p> <p>Lui préférer approfondissement.</p> <p>Il serait intéressant d'indiquer des seuils d'interprétation du MBI, ou de dire qu'ils n'existent pas, et de préciser si on doit, ou non, prendre en considération les trois composantes pour poser le diagnostic.</p> <p>Il faudrait remplacer « l'infirmier en santé au travail » par « les professionnels de santé de l'équipe de santé au travail ».</p>
SFMT1	Le premier § et celui sur « ces explorations sont à réaliser... » peuvent être reformulés en un seul.

	<p>Préciser l'interprétation du MBI (score ?)</p> <p>Médiation : plutôt comme un outil de base, ou un canevas pour...</p> <p>Le repérage collectif n'apparaît pas comme spécifique de l'épuisement professionnel, peut-être bien préciser ce que l'on recherche (RPS en général, ou certains FR plus spécifiques ?)</p>
SMFT2	<p>Je trouve que la phrase suivante est insuffisamment structurante, car elle renvoie à des éléments différents collectés par des personnes différentes. Je pense qu'il faut distinguer ce qui relève spécifiquement du médecin du travail, de l'équipe de santé au travail, du médecin traitant, ainsi que ce qui peut relever en commun de ces acteurs.</p> <p>Ces explorations sont à réaliser en complément de la recherche des facteurs professionnels, des données de vécu du travail et de santé collectées par ailleurs, des signes cliniques observés et entendus, notamment par le médecin traitant et/ou l'équipe pluridisciplinaire de santé au travail.</p> <p>Je remplacerais : « ensemble de signaux » par « ensemble d'indicateurs ».</p>
SFMT3	<p>Le terme « outil de médiation » peut prêter à confusion.</p> <p>Il manque la place de la psychologue du travail dans l'équipe pluridisciplinaire.</p>
DGOS	<p>1°) En fonction du choix arrêté au final sur la population cible, introduire les collègues et les proches dans les personnes qui jouent un rôle dans le signalement d'une situation anormale. Pour rappel, le Code du travail, dont la quatrième partie « santé et sécurité au travail » s'applique également à la FPH, précise que les salariés ont un rôle à jouer dans leur propre protection et dans la protection de leurs collègues « conformément aux instructions qui lui sont données par l'employeur, dans les conditions prévues au règlement intérieur pour les entreprises tenues d'en élaborer un, il incombe à chaque travailleur de prendre soin, en fonction de sa formation et selon ses possibilités, de sa santé et de sa sécurité ainsi que de celles des autres personnes concernées par ses actes ou ses omissions au travail. » (Article L. 4122-1)</p> <p>2°) Parmi les outils de repérage individuel et collectif orientés soignants : Commission SMART du CFAR : http://cfar.org/sante-au-travail-smart/auto-tests/</p>
DGT	<p>Afin de souligner le caractère indispensable (même si l'idée est reprise dans le 5^e paragraphe) de l'apport du médecin du travail et de l'équipe de santé au travail pour inclure « les conditions de travail » dans l'analyse, et la collaboration médecin traitant - médecin du travail, on pourrait écrire, dans le deuxième paragraphe : « ce repérage est réalisé par médecin traitant, du travail et équipe... ».</p> <p>Mentionner le secret médical dans les relations entre médecins et équipe de santé au travail.</p>
Association SPS	<p>Pour faciliter le repérage individuel, il faut que la personne en souffrance s'auto-déclare ou qu'un soignant expert le repère dans son environnement.</p> <p>Pour cela, deux voies complémentaires sont nécessaires :</p> <ul style="list-style-type: none"> - La plateforme nationale d'appel pour les auto-déclarants ; - La création de personnes dites « sentinelles », issues de la société civile et formées professionnellement au repérage, à l'approche et à l'incitation au soin.
CNAMTS	<p>Peu d'intérêt en soi (cf. plutôt manifestations cliniques et facteurs de risque) : réintroduire quelques éléments synthétiques (tels que les principaux questionnaires utilisables) dans les encadrés précédents.</p>
COMMENTAIRES « PRISE EN CHARGE ET ACTEURS »	
Association SMT	<p>Nous ne nous prononçons pas sur le parcours de soins hors de l'intervention du médecin du travail, toutefois nous recommandons que les thérapeutiques individuelles, notamment psychothérapeutiques, ne soient pas exclusives, au risque de favoriser chez le travailleur un vécu de fragilité psychologique personnelle et de l'éloigner ainsi de la recherche d'une compréhension opératoire de ce qui se joue pour lui au travail et comment agir pour recouvrer sa capacité d'initiative.</p> <p>Notre action, alors que nos signalements préventifs collectifs ont été ignorés, est la mise en œuvre d'une clinique compréhensive centrée sur l'activité réelle de travail individuelle et collective et la subjectivité du travailleur sur son travail, notamment en signalant éventuellement la survenue de troubles chez d'autres salariés. Le but de cette clinique est de permettre au travailleur dont la pensée a été entravée, voire suspendue, de comprendre ce qui se joue pour lui au travail, et comment l'activité et l'organisation du travail ont une responsabilité dans ce qu'il ressent et ce qui le rend malade. Il s'agit de lui permettre de restaurer son pouvoir d'agir, notamment en lien avec d'autres salariés afin qu'ils se donnent les moyens d'agir pour changer l'organisation du travail.</p> <p>En aucun cas, il ne s'agit d'aider le salarié à supporter sans agir des situations</p>

	<p>insupportables, au risque d'enkyster des situations de travail, d'en rendre le patient responsable et de faire obstacle à la restauration de la santé.</p> <p>Nous estimons également que cette clinique implique que nous tracions au minimum dans le dossier médical, souvent par courrier au médecin traitant, voire par certificat médical, ce que nous comprenons de la situation et des liens de la pathologie du salarié avec des déterminants de l'activité ou de l'organisation du travail. Cette traçabilité n'est pas médico-légale, mais a pour objet de donner acte au travailleur et de prévenir ainsi les risques de passage à l'acte liés à la culpabilité ou à l'autodépréciation qui sont un des risques majeurs de ces pathologies.</p> <p>Nous tenions à développer ce point alors que des plaintes d'employeurs au conseil de l'Ordre des médecins met en péril cette pratique clinique et que cette institution ne paraît pas prendre en compte notre argumentaire professionnel.</p> <p>Sur ce chapitre, les N°27 (http://www.a-smt.org/cahiers/cahiers/cahier-27/cahier27.htm) et 28 (http://www.a-smt.org/cahiers/cahiers/cahier-28/cahier28.htm) des « cahiers SMT » traitent précisément de la question de la clinique médicale du travail, des écrits en médecine du travail et particulièrement dans les psychopathologies professionnelles.</p> <p>Nous vous renvoyons également au N°32 des « cahiers SMT » (http://www.a-smt.org/cahiers/cahiers/cahiers.htm) qui traite des « coopérations avec quatre spécialistes médicaux », dont les médecins généralistes et les psychiatres.</p> <p>En ce qui concerne la clinique médicale du travail, une synthèse en est faite par Alain Grossetête : « La clinique médicale du travail », revue Santé et Travail, N°97, Janvier 2017.</p>
AFBO	<p>Excellent rappel du parcours et des intervenants indispensables. C'est la raison pour laquelle je vous propose ce qui suit :</p> <p>Sauf diagnostic clairement posé par un médecin psychiatre (dépression, troubles de l'anxiété), le parcours du patient touché par le syndrome d'épuisement professionnel comporte une prise en charge non médicamenteuse basée sur des interventions psychothérapeutiques sur prescription médicale menées par des professionnels de santé (médecins psychiatres, ainsi que des médecins généralistes et/ou psychologues ayant développé une expertise particulière de la pathologie).</p> <p>Réflexion : puisque je découvre, grâce à la HAS, les bienfaits de la psychomotricité, sans doute le chaînon manquant dans le parcours de soins, pourquoi ne pas citer ces professionnels de santé ?</p> <p>Pas de remarque sur la dernière phrase, au contraire.</p>
Association stop burnout	Pas de commentaires.
AFPTO	<p>Sur la prise en charge psychothérapeutique, on peut préciser que les thérapies cognitivo-comportementales apparaissent les plus efficaces et rapides.</p> <p>Voir : Korczak, D., Wastian, M. & Schneider M. (2012). <i>Therapy of the burnout syndrome</i>. <i>GMS Health Technol Assess</i>, 8. DOI : 10.3205/hta000103</p>
ANACT	Identifier un certain nombre d'acteurs qui peuvent être partie prenante de l'analyse de la situation et être force de proposition pour mettre en place un plan d'action : le CHSCT, les élus du personnel, l'encadrement.
FFP	<p>Propositions de corrections ou ajouts :</p> <p>2^e paragraphe : Cette prise en charge doit être l'occasion d'un bilan psychosomatique visant à rechercher une pathologie organique associée qui aurait pu se manifester par certains des symptômes cités précédemment. Ce bilan peut être assorti d'un bilan psychomoteur qui aura pour objectif d'évaluer les perturbations cognitives, les difficultés d'adaptation et d'organisation, et les répercussions des manifestations émotionnelles au niveau psychosomatique</p> <p>6^e paragraphe Le parcours patient, effectué sur prescription médicale, peut comporter une prise en charge non médicamenteuse basée sur des interventions psychothérapeutiques ou psychocorporelles effectuées par un professionnel de santé ou un psychologue.</p> <p>7^e paragraphe La combinaison d'interventions centrées sur la personne (dont la relaxation psychosomatique et les techniques psychocorporelles) d'une part, et d'ordre organisationnel d'autre part, montre une meilleure efficacité.</p>
GIT	RAS
INRS	<ul style="list-style-type: none"> - Déplacer le troisième paragraphe après le cinquième paragraphe et y supprimer le mot « psychologiques » - Dans le quatrième paragraphe, ajouter après ... la dégradation de l'état de santé, au contexte professionnel, et devra... - Dans le cinquième paragraphe, deuxième item, proposition de rédaction : L'orientation vers un psychiatre peut être proposée...

	<ul style="list-style-type: none"> - Dans le cinquième paragraphe, troisième item, remplacer visite de pré-reprise par visite occasionnelle à sa demande. - Supprimer le septième paragraphe : la combinaison... - Ajouter un dernier paragraphe : l'un des objectifs de cette prise en charge sera d'aider le patient-salarié à comprendre ce qui s'est passé dans cet épisode professionnel et personnel pour se reconstruire une identité professionnelle mise à mal.
DGS	<p>Premier paragraphe : peut-on parler « d'affection » au sujet du risque suicidaire ? Mieux vaut parler de troubles psychiques. Au sujet du risque suicidaire, qui va inquiéter les médecins, comment l'évaluer ? Quelle est la fréquence de son association avec le <i>burnout</i> ?</p> <p>S'agissant de la prise en charge : les psychologues devraient être mentionnés.</p> <p>Sur les interventions :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Approfondir le sujet du recours aux antidépresseurs et anxiolytiques : controverses, preuves, recommandations. - Dans le dossier figure l'analyse de la méditation de pleine conscience, qui est de plus en plus évoquée et évaluée dans de nombreux troubles. Il conviendrait d'aborder ce sujet. - Les médecins généralistes savent-ils ce que recouvrent les techniques psychocorporelles ? - La combinaison d'interventions : citer le lieu de travail.
Santé publique France	<p>Donner plus d'importance à la recherche et l'évaluation du risque suicidaire.</p> <p>Traiter le cas des travailleurs indépendants n'ayant pas de MT : les orienter vers les CPP ? Préciser le rôle du MG dans le suivi de son patient lors de la période d'arrêt de travail.</p> <p>Ajouter le médecin conseil de l'assurance maladie.</p> <p>Ajouter le rôle du MG dans l'information de son patient sur :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Le rôle du médecin conseil de l'assurance maladie (contrôle, maintien en emploi /invalidité) ; - La procédure de reconnaissance en CRRMP.
SFMT	<p>Le terme organisationnel devrait être défini, puisqu'il est précisé que l'organisation du travail est exclue du champ de cette recommandation.</p> <p>La méditation pleine conscience n'apparaît pas, alors qu'elle est développée dans le rapport, qui l'évalue positivement.</p>
SFMT1	<p>Il n'est pas clair si les affections mentionnées le sont à titre systématique, ou comme résultantes du syndrome d'épuisement. Dans le second cas, cela doit être ajouté aux signes cliniques comme, par exemple, une évolution ou complication du SEP.</p>
SFMT2	<p>Je remplacerais : « syndrome post-traumatique chronique » par « syndrome de stress post-traumatique ».</p> <p>Je supprimerais les... à la fin de la première phrase, et j'ajouterais au début de cette phrase « notamment ».</p> <p>Je remplacerais : « La prise en charge des aspects médico-socioprofessionnels et psychologiques » par : « La prise en charge globale des aspects médico-socioprofessionnels et psychologiques ».</p> <p>Je remplacerais : « pour alerter et avoir un éclairage sur le lieu de travail » par : « pour l'alerter et recueillir des informations sur les facteurs de risques présents dans l'environnement de travail ».</p> <p>Je remplacerais : « une adaptation thérapeutique » par : « une adaptation de la thérapeutique médicamenteuse ».</p> <p>Je remplacerais : « pour l'aider à ce stade à mieux comprendre la dégradation de la situation au travail. » par : « pour l'aider à identifier les facteurs de risques psychosociaux dans l'environnement de travail »</p> <p>Je remplacerais : « La combinaison d'interventions centrées sur la personne (dont la relaxation et les techniques psychocorporelles) d'une part, et d'ordre organisationnel d'autre part, montre une meilleure efficacité. » par : « La combinaison d'interventions centrées sur la personne atteinte de <i>burnout</i> (dont la relaxation et les techniques psychocorporelles) d'une part, et d'ordre organisationnel (sur son environnement de travail) d'autre part, montre une meilleure efficacité. »</p>
SFMT3	<p>Le paragraphe sur le fait qu'il faut une combinaison d'interventions n'est pas suffisamment précis sur le fait que cela concerne le travail et que c'est essentiel si on veut une efficacité réelle.</p>
DGOS	<p>1°) En fonction de la gravité des symptômes et comme étape de la prise en charge, figure la</p>

	<p>possibilité de faire reconnaître le <i>burnout</i> comme maladie professionnelle (étape de reconnaissance facilitée par l'article 27 de la loi n°2015-994 du 17 août 2015 relative au dialogue social et à l'emploi et le décret d'application n°2016-756 du 7 juin 2016 relatif à l'amélioration de la reconnaissance des pathologies psychiques comme maladies professionnelles et du fonctionnement des comités régionaux de reconnaissance des maladies professionnelles).</p> <p>Proposition de faire référence à cette possibilité, puisque les médecins (généralistes et du travail) participent, par leurs écrits et leurs constatations, à la constitution du dossier de reconnaissance.</p>
DGT	<p>Importance de souligner l'intérêt de la visite de pré-reprise qui prend tout son sens en cas de <i>burnout</i>, notamment en vue de proposer des aménagements et adaptations du poste de travail. Au-delà de la compréhension de la dégradation de la situation au travail, il sera important, le cas échéant, de reconfigurer le poste de travail. Et la visite de pré-reprise constituera un premier échange entre le travailleur et le médecin du travail.</p> <p>Au-delà de la visite de pré-reprise, on peut souligner la possibilité pour le travailleur de solliciter une « visite à la demande » auprès du médecin du travail.</p> <p>La dernière phrase n'est pas forcément limpide. De quelles indications parle-t-on ? Le traitement antidépresseur est-il à circonscrire aux troubles anxieux et dépressifs ?</p>
CNAMTS	<p>Aucune précision concernant le contenu de bilan somatique à prévoir.</p> <p>S'il est nécessaire (conditions de cette nécessité à préciser), la nature de l'interruption de travail (congrés ; IL) et le risque concerné (maladie ; AT-MP) doivent être précisés.</p> <p>Les services AT-MP des CPAM et des DRSM pourraient être identifiés comme référents en la matière.</p> <p>Relaxation et techniques psychocorporelles : quels acteurs ?</p> <p>Meilleure efficacité que quoi ? (interventions psychothérapeutiques ?)</p> <p>Parcours de soins insuffisamment explicité.</p> <p>La place des antidépresseurs aurait nécessité des éléments de diagnostic différentiel.</p>
COMMENTAIRES « PARTICULARITÉS DES SOIGNANTS »	
Association SMT	<p>On ne peut qu'acquiescer devant ce qui est présenté concernant les soignants, et nous sommes bien informés des spécificités de la situation puisqu'un certain nombre d'entre nous sont leurs médecins du travail. Nous-mêmes ainsi que les personnels de santé confrontés aux contradictions et surcharges de nos services nous compatissons, pour les vivre aussi, aux difficultés qu'ils rencontrent.</p> <p>Toutefois, nous voyons dans cette situation une incarnation des difficultés que nous observons pour les autres travailleurs.</p> <p>Notamment la question du travail bien fait, l'utilité sociale du travail, l'intensification du travail, l'individualisation du résultat, l'absence de reconnaissance, les injonctions contradictoires, l'insécurité de l'emploi sont communs dans nombre de situations de travail.</p> <p>Nous suggérons que ces questions que vous évoquez pour les soignants ne soient pas limitées à ces seuls travailleurs et que, comme nous l'avons déjà proposé, la question du caractère pathogène de certaines organisations de travail responsables notamment de l'épuisement professionnel soit envisagée dans votre mémorandum comme piste d'action préventive prioritaire.</p>
Association stop burnout	Pas de commentaires.
AFPTO	<p>Dire que les soignants sont particulièrement atteints est très arbitraire... Historiquement, les métiers de la sécurité et de l'éducation avaient aussi été identifiés à risque de <i>burnout</i>. Depuis de nombreuses années, il est admis que toutes les professions peuvent être concernées.</p>
ANACT	<p>Sur les facteurs de risque, il serait peut-être utile de mentionner également des éléments relatifs à l'organisation du travail :</p> <ul style="list-style-type: none"> - la charge mentale, cognitive, psychique et physique ; - le travail en équipe, qui est constructeur de sens, de repères collectifs. Mais cette nécessité impérative, incontournable de travailler en coopération peut être aussi une source de tensions, de difficultés (d'où le besoin d'espaces de discussion pour réguler).
FFP	RAS
GIT	RAS
INRS	- A la troisième ligne, remplacer « médicale » par « de soins ».
DGS	Préciser ce que recouvre le « parcours de soins dédié », et expliquer pourquoi il serait nécessaire.

Santé publique France	<p>Encadré mal compris</p> <p>Ne faudrait-il pas plutôt ajouter, dans l'encadré « facteurs de risques », un point sur les catégories socioprofessionnelles/secteurs d'activités, dans lequel serait mentionné que les professions de soins sont particulièrement exposées ?</p> <p>Si l'encadré « particularités des soignants » est maintenu, ne faudrait-il pas mettre l'accent sur la difficulté des MG en <i>burnout</i> à prendre en charge objectivement leurs patients en <i>burnout</i> ? Faut-il recommander une disposition particulière ?</p>
SFMT	A intégrer dans le chapitre facteurs de risques.
SFMT1	Cf. remarques sur populations à risque.
SFMT2	<p>Je remplacerais : « que ce soit pour des causes intrinsèques liées à la nature même de l'activité médicale (confrontation avec la souffrance et la mort, prises en charge impliquant l'entrée dans l'intimité des patients, etc.) ou des causes extrinsèques (charge et organisation du travail, etc.). »</p> <p>Par :</p> <p>« que ce soit pour des causes intrinsèques liées à la nature même de l'activité médicale de soins (confrontation avec la souffrance et la mort, prises en charge impliquant l'entrée dans l'intimité des patients, etc.) ou des causes extrinsèques circonstancielles (charge et organisation du travail, etc.).</p> <p>S'agissant de la confidentialité, j'ajouterais, de façon plus explicite :</p> <p>« la prise en charge des soignants pose des contraintes particulières pour le respect du secret médical, qui peut difficilement être garanti s'ils sont pris en charge à proximité ou sur le lieu de leur travail et par leurs collègues habituels. »</p>
SFMT3	<p>On ne comprend pas pourquoi ce paragraphe arrive à cet endroit, il devrait être rattaché aux facteurs de risques, ou alors être mis en forme de façon différente.</p> <p>Il manque le contexte de restructuration du secteur de soins avec la perte de sens, les conflits de valeurs qui sont des facteurs très importants.</p> <p>Dans le paragraphe mentionnant la demande d'aide retardée, préciser que cela concerne notamment les médecins qui se mettent peu en arrêt, se soignent tardivement et hésitent à solliciter l'aide en particulier de leurs confrères et des médecins du travail, d'où la nécessité d'une prise en charge spécifique et adaptée.</p>
DGT	RAS
Association SPS	<p>L'entourage d'un soignant n'a pas idée de la charge psychologique qui s'accumule quotidiennement.</p> <p>Au fur et à mesure, cette situation peut créer avec l'entourage privé une incompréhension et des tensions qui paraissent démesurées. Le soignant recherche dans sa famille un soutien social qu'il ne trouve pas toujours.</p> <p>Ainsi, il se sent particulièrement isolé puisqu'il n'a aucun interlocuteur familial qui pourrait l'aider à externaliser sa souffrance. Pour externaliser la charge et protéger la famille, l'apparition d'acteurs professionnels extérieurs permettrait de répondre à ce besoin d'expression de sa souffrance et du soutien social recherché.</p> <p>Les différents moyens doivent être mis à disposition pour pouvoir s'exprimer : les plateformes d'appels, les sentinelles, les cellules d'accueil physique, les cellules de crise.</p> <p>Mais il faudrait aussi expliquer et former les familles aux particularités du travail de leur conjoint soignant.</p>
CNAMTS	<p>A reporter en fin de fiche</p> <p>Quel parcours dédié ? Préciser les dispositifs existants ou souhaités.</p>
COMMENTAIRES « ACCOMPAGNEMENT DU RETOUR AU TRAVAIL »	
Association SMT	<p>Il serait approprié de commencer ici par conseiller, comme conditions de retour à l'emploi, une action de préconisations de réforme de l'organisation du travail pathogène par le médecin du travail. Nous ne mésestimons pas la difficulté actuelle de réformer une organisation du travail pathogène tant ces pathologies lui sont consubstantielles. Toutefois, la mise en visibilité des dysfonctionnements collectifs dans l'espace public de l'entreprise (via le CHSCT, par exemple) peut par contrecoup avoir une efficacité dans le cadre de la reprise de travail du salarié concerné. Outre que cette action participe de la déculpabilisation du salarié et lui permet de reconstruire un rapport au travail, l'organisation mise en cause considérera souvent que traiter la réinsertion professionnelle individuelle du salarié servira de coupe-feu à</p>

	<p>une réforme fondamentale de ses pratiques. Il appartiendra au médecin du travail de persévérer afin que l'employeur comprenne l'intérêt d'en faire la prévention.</p> <p>Un suivi régulier est bien évidemment une précaution indispensable. Il doit aussi s'étendre aux travailleurs de l'entité professionnelle à laquelle appartient le salarié, car ils pourraient d'une part être aussi victimes de mêmes éléments pathogènes, et d'autre part participer de la réussite de la reprise de travail. C'est le suivi régulier de ce collectif « sentinelle » qui renforcera le diagnostic différentiel et affinera les causalités professionnelles collectives.</p>
AFBO	<p>A mon sens, il manque une indication importante : la prise en compte des souhaits et objectifs du travailleur. Certains souhaitent une reconversion, d'autres veulent exercer le même métier dans une autre entreprise, d'autres souhaitent passer en retraite anticipée selon leur âge</p> <p>A ce titre, il est tout aussi important d'évoquer le soutien juridique éventuel pour la connaissance des droits, car telle ou telle solution médico-administrative peut avoir un impact non négligeable sur la carrière et l'avenir professionnel, surtout s'il y a eu conflit avec l'employeur.</p>
Association stop burnout	Pas de commentaires.
AFPTO	OK
ANACT	<p>Il est bien entendu indispensable d'anticiper sur le retour de la personne, mais également de considérer l'équipe :</p> <ul style="list-style-type: none"> - en quoi elle peut faire ressource dans ce retour (nouvelle organisation, nouvelle répartition des tâches, dispositif spécifique, etc.) ; - mais aussi accompagner l'équipe : les autres membres peuvent être exposés aux mêmes facteurs de risques et craindre qu'à leur tour, ils puissent « céder » sous trop de pression.
FFP	RAS
GIT	<p>... participent au maintien dans l'emploi du patient suite au <i>burnout</i>.</p> <p>Le terme « patient » nous choque, car on dit dès le début de la fiche mémo que le syndrome d'épuisement professionnel n'est pas considéré comme une maladie...</p> <p>Et on parle de « victimes » en préambule.</p> <p>Il ne nous semble pas correspondre à une personne qui reprend son travail suite à un épuisement professionnel.</p> <p>Pour la réussite de la réinsertion ou du maintien dans l'emploi, ce terme de patient ne lui est pas approprié.</p>
INRS	<p>Ajouter un premier paragraphe : Il est important d'élaborer une stratégie de retour au travail associant, dans une collaboration étroite, le médecin traitant, le médecin du travail et le médecin conseil de l'organisme de sécurité sociale (visite de pré-reprise, temps partiel thérapeutique, adaptation du poste de travail, etc.).</p> <p>Proposition de rédaction pour le dernier paragraphe : En parallèle, l'étude de l'organisation et des conditions de travail par le médecin du travail et l'équipe pluridisciplinaire, en lien avec l'employeur et les représentants du personnel, permettra de formuler des préconisations nécessaires et favorables non seulement au retour du patient, mais également au collectif de travail.</p>
DGS	RAS
Santé publique France	Aucun commentaire.
SFMT	Préciser que le repos passe par un arrêt de travail prolongé, et insister sur la prise en charge psychologique
SFMT1	La phase de retour doit être accompagnée sur le plan psychologique (cf. prise en charge)
SFMT2	<p>Je remplacerais : « Le parcours de reconstruction post-<i>burnout</i> se fait en plusieurs étapes, incluant un temps d'arrêt de travail, permettant successivement »</p> <p>par : « Le parcours de reconstruction post-<i>burnout</i> se fait en plusieurs étapes et associe plusieurs composantes, incluant un temps d'arrêt de travail, permettant successivement »</p> <p>Je ne suis pas très à l'aise avec la formulation des énoncés suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> - le repos ; - la reconstruction identitaire ; - la réflexion et la renaissance du désir de travailler ; <p>Est-il possible (ou pas ?) de les remplacer par des éléments de vocabulaire plus spécifiques, et par ailleurs plus faciles en termes d'évaluation clinique pour les médecins auxquels ces recommandations sont destinées ?</p> <p>La fin du paragraphe, je remplacerais : « sur celles-ci » par : « à la nécessaire prévention des récurrences et des autres cas. »</p>
SFMT3	Il y a des professionnels, notamment les libéraux (IDE, médecins, etc., commerçants indépendant ou artisans) qui n'ont pas de médecin du travail. Peut-être mentionner à

	nouveau le fait que les consultations de Pathologie Professionnelle des CHU sont accessibles à tout travailleur, quel que soit son statut.
DGT	RAS
CNAMTS	A remonter dans la prise en charge. Préciser la nécessité (critères ?), la nature (IJ ? Congés ?) et la durée souhaitable des arrêts. Parcours insuffisamment explicité
AUTRES COMMENTAIRES	
Association SMT	<p>En conclusion : nos remarques portent sur la forme et la rédaction de ce mémorandum :</p> <p>Le sujet lui-même ne nous paraît pas opportun :</p> <p>Le concept d'épuisement professionnel qualifié de syndrome, ce qui n'est pas exact, constitue en fait un symptôme de pathologie de surcharge, et notamment de la dépression réactionnelle professionnelle.</p> <p>Il comporte un risque de dérive vers une personnalisation trop importante de la victime dans la genèse de la pathologie du fait de l'importance donnée aux susceptibilités personnelles qui sont mineures au regard d'organisations du travail particulièrement pathogènes</p> <p>Le mémorandum manque de pertinence :</p> <p>Il méconnaît l'importance du dépistage <i>a priori</i> du caractère pathogène de certaines organisations du travail, de leur signalement par le médecin du travail dans le cadre de la prévention primaire, condition indispensable du repérage et de la prise en charge des psychopathologies professionnelles. L'abord médical de ces questions doit privilégier la question du travail et de l'engagement subjectif du travailleur dans celui-ci, son « travailler », et ne doit pas privilégier les caractéristiques personnelles des victimes ou une prévention de surface (gestion du stress, etc.)</p> <p>Il ne signale pas l'importance d'une clinique médicale adaptée en médecine du travail pour repérer et prendre en charge les salariés victimes de psychopathologies professionnelles et son rôle de facilitateur de compréhension du patient de ce qui se joue pour lui au travail, lui permettant ainsi de restaurer sa capacité de penser et d'agir. Il ignore l'importance d'un suivi individuel du groupe de travail de ce salarié « sentinelle » tant pour dépister et prendre en charge d'autres pathologies de même nature que comme élément facilitateur de la reprise de travail en luttant contre l'isolement lié aux méthodes de l'organisation du travail.</p> <p>Enfin et surtout, il ne donne pas la place nécessaire à la responsabilité prépondérante dans la genèse de psychopathologies professionnelles des organisations du travail pathogènes, et à une critique constructive de forme ou de méthodes de ces organisations qui sont maintenant bien individualisées.</p> <p>Outre la prise en compte de nos remarques, nous conseillons donc que ce document soit élargi à « la prévention, le dépistage et la prise en charge clinique des psychopathologies professionnelles », non sous forme de mémorandum, mais de recommandations.</p> <p>Pour illustrer notre propos, nous vous indiquons, par ordre chronologique, les publications de notre association consacrées aux organisations du travail pathogènes et leurs effets (http://www.a-smt.org/cahiers/cahiers/cahiers.htm) :</p> <p>Mai 1996 cahiers SMT N°9 : Les dérives de l'organisation du travail : quelles pratiques pour les médecins du travail</p> <p>Juin 2002 cahiers SMT N°17 : Organisation du travail, santé mentale</p> <p>Novembre 2007 cahiers SMT N°22 : Maltraitements organisationnelles : quelles pratiques cliniques</p> <p>Mai 2011 cahiers SMTN°27 : Prise en charge du salarié en souffrance professionnelle</p> <p>Enfin, nous vous conseillons de consulter la dernière livraison de la revue « Santé et Travail » N°97, Janvier 2017, consacrée aux « maladies psychiques au travail » et qui consiste en une exploration tout à fait pertinente de ces pathologies (dont l'épuisement professionnel) et est un instrument efficace d'information non seulement à destination du public, mais des professionnels de santé.</p> <p>Notre association est bien entendu à la disposition de la HAS pour échanger sur ces sujets ou toute autre question relevant de nos compétences.</p>
AFBO	Je suis un peu surprise de lire les publications de certains membres, puisque nous sommes présents dans un but non lucratif. Ou alors, dans ce cas, pourquoi ne pas citer les ouvrages du Dr Baumann ?
Association stop burnout	<p>Nous rajouterons que le <i>burnout</i> est envisagé en France comme un risque psychosocial ou une forme de dépression chronique, sans tenir compte de ses spécificités propres, comme c'est le cas dans certains pays nordiques où le syndrome d'épuisement surrénal est cliniquement reconnaissable, après une longue période (3 à 5 mois) d'une surcharge excessive des différents facteurs de stress.</p> <p>Dans les pays du nord de l'Europe, ce syndrome est cliniquement reconnu comme</p>

	<p>insuffisance surrénale chronique, dont les cas les plus légers sont appelées « surmenage ».</p> <p>Cette forme d'insuffisance surrénalienne peut se manifester par une fatigue chronique, une sensation de faiblesse, un état d'abattement, une anxiété, un dérèglement pondéral, des nausées, des douleurs abdominales, diarrhées ou constipations, et une hypotension orthostatique accompagnée d'étourdissements, voire d'épisodes de syncope ; autrement dit, les glandes surrénales sont les batteries du corps.</p> <p>Certains professionnels déplorent le fait de, malheureusement, rencontrer trop souvent des patients atteints de <i>burnout</i> sous neuroleptiques, lesquels ont des effets néfastes par l'action même de leur molécule sur les glandes surrénales, provoquant l'épuisement accru du corps et aggravant en conséquence l'état psychique du patient.</p> <p>Les solutions à un tel problème de santé publique imposent d'agir à la fois à l'échelle des individus menacés dans leurs conditions de vie physique et psychique, et au sein des collectifs de travail en prenant appui sur la médecine du Travail et les CHSCT.</p> <p>Cependant, les démarches de prévention engagées dans les entreprises doivent être étayées et renforcées par des politiques publiques dans ce domaine. Certains pays européens, tels que la Hollande, la Belgique et le Danemark, sont précurseurs dans la prévention et le traitement du <i>burnout</i>.</p> <p>En cela, il devient essentiel que les instances médicales et politiques représentatives s'accaparent du problème de santé publique que constitue le <i>burnout</i>, aux fins, d'une part, qu'il soit reconnu comme maladie professionnelle, et d'améliorer ainsi d'autre part la prise en charge et la prévention de ces pathologies psychiques principalement liées au travail.</p>
AFPTO	<p>Pour les sources et ressources, deux ouvrages devraient apparaître absolument en plus de ceux cités :</p> <p>Truchot, D. (2004/2017). Epuisement professionnel et <i>burnout</i>. Paris : Dunod. (Nouvelle édition mise à jour)</p> <p>Maslask, C. & Leiter, M. (2016). <i>Burnout</i>. Solutions pour se préserver et pour agir. Paris : Les Arènes.</p>
ANACT	<p>Elargir dans la partie « ressources » avec quelques autres bibliographies (cf. les documents ciblés dans le guide Anact/INRS/DGT) :</p> <p>le rapport Gollac, dont les travaux sont évoqués dans le travail d'investigation de la HAS Maslach 2011 sur le <i>burnout</i></p> <p>Philippe Davezies sur « charge de travail et enjeux de santé ».</p>
FFP	RAS
GIT	<p>Ce phénomène n'est hélas pas nouveau, mais ENFIN on en parle.</p> <p>Il faut que les managers de nos entreprises, nos ressources humaines et tous les travailleurs en règle générale soient en capacité de repérer un collègue en situation d'épuisement professionnel pour donner l'alerte le plus rapidement possible.</p> <p>Des formations existent sur le sujet.</p> <p>Plus on détecte rapidement ces situations, plus on a de chance de ne pas arriver à des situations de non-retour.</p> <p>VASTE SUJET...</p>
INRS	<p>Ajouter à la rubrique « en savoir plus / sources »</p> <p>- Décret n° 2016-756 du 7 juin 2016 relatif à l'amélioration de la reconnaissance des pathologies psychiques comme maladies professionnelles et du fonctionnement des comités régionaux de reconnaissance des maladies professionnelles (CRRMP). Références en santé au travail. 2016(147):8-12.</p>
DGS	<p>Cette fiche mémo permet de compléter le document de l'ANACT (mieux comprendre pour mieux agir) en ce qui concerne la prise en charge du <i>burnout</i>, mais cependant apparaît peu adaptée aux médecins généralistes. Il faudrait être plus précis et plus opérationnel à l'intention des médecins généralistes qui ont besoin de recommandations concrètes, de réponses à leurs interrogations sur ce qu'est le <i>burnout</i> et ce qu'il n'est pas (repérage), et sur sa prise en charge médicale (même s'il s'agit d'un syndrome et pas d'une maladie).</p> <p>Dans les ressources, il existe plusieurs numéros d'appel, notamment spécifiques des soignants : l'association « soins aux professionnels de santé », et aussi aapml : numéros vert d'appel 24h/24 pour les soignants en souffrance spécifiquement. Ces ressources pourraient</p>

	être mentionnées.
Santé publique France	<p>I - Propositions de reformulation : Préambule, page 7 Texte du rapport : « Les risques psychosociaux (RPS) regroupent plusieurs concepts, dont le syndrome d'épuisement professionnel, le stress au travail, les harcèlements et les violences internes ou externes au travail. »</p> <p>Remarque : Il nous paraît préférable d'utiliser la définition qui fait référence en France, issue du rapport du Collège d'expertise sur le suivi des risques psychosociaux au travail (Gollac, 2011).</p> <p>Proposition de reformulation : « Les risques psychosociaux seront définis comme les risques pour la santé mentale, physique et sociale, engendrés par les conditions d'emploi et les facteurs organisationnels et relationnels susceptibles d'interagir avec le fonctionnement mental. »</p> <p>Définition de la souffrance psychique au travail, page 9 : Texte du rapport : « Pour le rapport issu du recueil des maladies à caractère professionnel sont placés sous le terme de souffrance psychique en lien avec le travail l'ensemble des pathologies psychiques dont l'origine est attribuée au travail, mais également des diagnostics non spécifiques rapportés par les médecins du travail tels que la souffrance au travail, le stress lié au travail ou des symptômes isolés d'anxiété ou de dépression (irritabilité, nervosité). »</p> <p>Proposition de reformulation : « Dans l'article produit à partir du Programme de surveillance des maladies à caractère professionnel (MCP) piloté par Santé publique France (anciennement InVS), le terme de souffrance psychique en lien avec le travail regroupe, d'une part, les pathologies psychiques du chapitre V « Troubles mentaux et du comportement » de la Classification internationale des maladies-10^e révision, et, d'autre part, d'autres troubles de la sphère de la santé mentale qui ne sont pas considérés comme des maladies dans les classifications de référence. Il en est ainsi du <i>burnout</i>, du stress lié au travail ou des symptômes isolés d'anxiété ou de dépression (irritabilité, nervosité, etc.). Ces symptômes ou maladies doivent être causés ou aggravés par le travail selon l'expertise médicale des médecins du travail. »</p> <p>Données épidémiologiques françaises sur la souffrance psychique (2.1), page 11 : Texte du rapport : « Après les affections de l'appareil locomoteur, la souffrance psychique causée ou aggravée par le travail est le deuxième groupe pathologique le plus souvent signalé parmi la population salariée active dans le programme de surveillance des maladies à caractère professionnel (MCP) mis en place par l'InVS en collaboration avec l'inspection médicale du travail depuis 2003. A partir des données de ce programme de surveillance, des taux annuels de prévalence ont été calculés pour la période 2007 à 2012 : il était deux fois plus élevé chez les femmes que chez les hommes, quelle que soit l'année (3,1 % chez les femmes contre 1,4 % chez les hommes en 2012). Ce taux a augmenté sur la période 2007-2012, aussi bien chez les femmes (passant de 2,3 % à 3,1 %) que chez les hommes (de 1,1 % à 1,4 %). L'âge et la catégorie sociale sont fortement associés à la souffrance psychique : la probabilité de signalement d'une souffrance psychique en lien avec le travail augmente avec l'âge chez les hommes (celle-ci est sept fois plus élevée pour les hommes âgés de 45 à 54 ans par rapport aux hommes de moins de 25 ans) comme chez les femmes. Cette probabilité augmente également avec la catégorie sociale (gradient social des ouvriers vers les cadres). »</p> <p>Proposition de reformulation : « Après les affections de l'appareil locomoteur, la souffrance psychique causée ou aggravée par le travail est le deuxième groupe pathologique le plus souvent signalé parmi la population salariée active dans le programme de surveillance des maladies à caractère professionnel (MCP) de Santé publique France, mené en collaboration avec l'inspection médicale du travail depuis 2003. A partir des données de ce programme, des taux annuels de prévalence ont été calculés pour la période 2007 à 2012 : ils étaient deux fois plus élevés chez les femmes que chez les hommes, quelle que soit l'année (3,1 % chez les femmes contre 1,4 % chez les hommes en 2012). Ce taux a augmenté sur cette période, aussi bien chez les femmes (passant de 2,3 % à 3,1 %) que chez les hommes (de 1,1 % à 1,4 %), avec une augmentation significative uniquement chez les hommes. L'âge et la catégorie sociale étaient fortement associés à la souffrance psychique : la probabilité de signalement d'une souffrance psychique en lien avec le travail augmentait avec l'âge chez les hommes (celle-ci était sept fois plus élevée pour les hommes âgés de 45 à 54 ans par rapport aux hommes de moins de 25 ans) comme chez les femmes. Cette probabilité augmentait également avec la catégorie sociale (gradient social des ouvriers vers les cadres). »</p>

	<p>Données épidémiologiques françaises sur le <i>burnout</i> (2.2), page 12 : Texte du rapport : « L'InVS estimait récemment que la part de <i>burnout</i> représentait environ 7 % des 480 000 salariés en souffrance psychologique au travail, soit environ 30 000 cas. »</p> <p>Proposition de reformulation : « Dans l'article sur la souffrance psychique en lien avec le travail portant sur les données du Programme MCP, Santé publique France a décrit la répartition des différents troubles relevant de la souffrance psychique en lien avec le travail. Celle-ci montrait que la part du <i>burnout</i> représentait, en 2012, 7 % des troubles psychiques rapportés par les médecins du travail. Si une extrapolation est faite sur les 480 000 salariés potentiellement concernés par la souffrance psychique en lien avec le travail en France, cela représenterait environ 30 000 cas. Cependant, le diagnostic différentiel difficile entre <i>burnout</i> et autres troubles dépressifs causés ou aggravés par le travail suggère que ce chiffre est probablement sous-estimé. »</p> <p>II - Remarque complémentaire : Chapitre Données épidémiologiques françaises sur la souffrance psychique (2.1), page 12 : Dans le rapport, vous mentionnez qu' « une enquête plus ancienne (Sumer 2003) avait permis une évaluation des expositions des salariés aux principaux risques professionnels en France, notamment des contraintes psychosociales pour la région des Pays de la Loire : les trois dimensions psychosociales du modèle de Karasek (demande psychologique, latitude décisionnelle et soutien social) ont été évaluées à l'aide de la version française du « <i>Job Content Questionnaire</i> » (JCQ). L'étude montrait que les phénomènes de souffrance psychique au travail touchaient toutes les catégories socioprofessionnelles. »</p> <p>Nous vous précisons que : - Le questionnaire de Karasek renseigne sur l'existence d'expositions professionnelles psychosociales particulières (concernant la demande psychologique, la latitude décisionnelle et le soutien social) qui peuvent être considérées comme « une cause », et non sur une souffrance psychique au travail qui peut être considérée comme « une conséquence » - L'enquête Sumer est nationale, il serait préférable de donner des résultats nationaux plutôt que régionaux ; une référence qui peut être citée : Niedhammer I, Chastang JF, Gendrey L, David S, Degioanni S. « Propriétés psychométriques de la version française des échelles de la demande psychologique, de la latitude décisionnelle et du soutien social du « <i>Job Content Questionnaire</i> » de Karasek : résultats de l'enquête nationale SUMER ». Santé publique 2006;18(3):413-27.</p>
SFMT	<p>Je ne pense pas qu'une référence vers « Que sais-je » ait sa place dans un document de la HAS.</p> <p>Il me semble que les relations bilatérales erreur médicale – <i>burnout</i> – erreur médicale auraient mérité un développement.</p>
SFMT1	La référence « Que sais-je » est-elle nécessaire ?
SFMT2	<p>Ajouter, dans les références, le récent rapport de l'IGAS "Etablissements de santé Risques psychosociaux des personnels médicaux : recommandations pour une meilleure prise en charge - Mise en responsabilité médicale : recommandations pour une amélioration des pratiques" - Décembre 2016</p> <p>http://affairesjuridiques.aphp.fr/textes/rapport-igas-etablissements-de-sante-risques-psychosociaux-des-personnels-medicaux-recommandations-pour-une-meilleure-prise-en-charge-mise-en-responsabilite-medicale-recommandations-pour-une-a/</p>
SFMT3	<p>La fiche ne mentionne nulle part la possibilité de reconnaissance en accident du travail ou maladie professionnelle. C'est pourtant une question souvent posée aux médecins traitants ou médecins du travail. Peut-être, sans développer, le mentionner quelque part ?</p> <p>Merci en tout cas aux rédacteurs pour ce bel effort de synthèse.</p>
Association France prévention ²	<p>1 – L'accueil par le soignant se présente sous un risque absolu de suicide de son malade quelles que soient les justifications de ce dernier. Que le patient soit optimiste ou pessimiste, s'il se présente, c'est qu'il a eu très souvent le choix entre le suicide et la prise en charge médicale (organisée par qui ?). S'il a tout de même choisi le docteur, c'est <i>via</i> un effort ultime, foudroyant de douleur. Sa réflexion et son énergie ont été ses dernières forces, et il est parfaitement incohérent à cet instant même, s'il se montre logique. Épuisé signifie carences,</p>

² L'association France prévention a adressé un ensemble de témoignages, non repris dans ce rapport d'élaboration.

et il faut réorganiser la vitalité. Le moindre défaut, dont la valeur n'est que celle du patient, lui sera fatal. Il peut repartir et se dire qu'il va bien, qu'il va mieux. 2 – Quelle prise en charge ? A - En structure de ville ou chez le médecin généraliste, la complication est l'ordonnance et son application par le malade. Les repères sont l'attitude du patient. Son physique dégradé, atone, hyperactif, etc. Tout ce qui est excès en moins et/ou en plus, surtout si le malade est connu du soignant/accueillant. B - Comment faire passer un message autoritaire et décisionnel alors que le patient y est majoritairement opposé ? Parfois, il faut une méthode verbale douce ; d'autres fois, le silence et la fermeté sont efficaces, et d'autres fois encore, on fait appel à un verbe à poigne. Est-ce alternatif ? Oui, cela peut l'être. C - Voici ce qui peut se faire : le soignant ou l'accueillant seront neutres dans la posture physique comme dans le langage, neutres positifs, ce qui est une neutralité exemplaire. Le positif ne devant pas se sentir, mais se vivre (hypersusceptibilité du sujet). Le verbe devra dire : « Je vous comprends et vous avez raison », mais surtout : « Je vous comprends et je vous garde », et ici, sans mot direct, c'est l'objectif du médecin. D - Si l'hospitalisation est envisagée, le mot hôpital fera l'objet d'un refus possible. Alors, comment installer la zone ambulatoire ? En présentant cela comme une obligation pour le médecin. Le patient dira quasi-systématiquement « qu'il n'a pas été hospitalisé au cours de sa vie et que cette étape ne lui plaît pas car il subit la situation ! ». Les réponses standards seront de comprendre que les règles (et non lois) sont là et que, lui, le patient, il aidera son docteur en ne le mettant pas en défaut envers sa hiérarchie. Et normalement, le malade comprend, puisqu'il tente lui-même de sortir d'un conflit de même type, même si l'épuisement n'est pas lié à une relation toxique. 3 – Quelles méthodes pour amener les soins ? A - Le soignant reste soignant et technique, sans que cela se repère. La condition étant d'être dans l'option naturelle, logique, normale, l'épuisé se justifiant victime, à tort ou à raison – là n'est pas le sujet immédiat. B - Comment cela se pratique-t-il ? L'acte médical est réservé au docteur, seul lui sait, et il s'impose sûrement et calmement. La négociation sera pour le psychiatre et le psychologue « qui sont mieux placés pour ça ». Le mot psychiatre étant apparenté à un jugement de folie, même (et surtout ?) chez les plus éduqués, le risque de cette interprétation ne peut pas être couru. Il fait sortir le malade de sa prise en charge et de la continuité des soins à venir. L'objectif, ici, est la sauvegarde du patient, pas son éducation. Pour poser la spécialisation psychiatrique refusée tacitement ou pas, il suffit de préciser que le mot n'est pas une sanction et que l'on pense à le changer car il n'est pas totalement adapté... C'est juste une astuce et avec les épuisés, il en faut. C'est une des clés dans la relation de soin d'approche immédiate et future.

C – Une ouverture sur l'avenir fait partie des astuces. Le patient devrait entendre quelque chose d'approchant : « Il y a du soleil dehors et c'est pour tout le monde ». Surtout, ne pas lui annoncer à son encontre, car il n'y croit plus. C'est pour ses enfants, son chien, son bateau... Tout ce qui est encore à lui. Surtout pas le travail (ou sa solitude ou sa vie...) qui l'a tué, car le patient est ankylosé par la relation dégradée, elle l'hypnotise. Le « on verra plus tard » n'est pas inutile, mais en quantité très limitée, car il développerait l'idée de corvées qui l'attendent. Il est cynique, voire dépressif, ce patient. Que fait-on devant un consultant silencieux ? Il faut l'observer un peu et le « décaler » par un détail du genre : « On dirait que vous êtes mouillé, pleut-il aujourd'hui ? », ou l'inverse. Des phrases dans cet esprit donnent au sujet l'impression qu'il n'est pas malade, c'est essentiel, astucieux, gai. Pas de sujets intimistes puisqu'il a perdu le fil de son identité et celui de ses interlocuteurs étrangers. Celui des siens est encore là. Est-il important de le faire parler ? Oui, il est en état de choc. Mais ce n'est pas toujours possible par le vouloir du patient, et cela risque de prendre du temps, s'il veut s'expliquer. Ici, il n'est pas question de dire que la salle d'attente est pleine, même si c'est vrai. Une autre idée doit s'imposer, elle sera conjoncturelle, comme la plupart. Son sens est le suivant : « Nous avons beaucoup de chance car nous allons pouvoir nous rencontrer encore à l'avenir ». C'est toujours essentiel, astucieux et gai. Avec évidence, le docteur, le secouriste, le RH sont souvent occupés, mais ils ne le disent pas ce jour-là. D – Le terme est d'appivoiser le patient. Peut-on ? Non et oui par ce biais : « J'aime bien ce que vous avez dit... ». Dans les quelques mots qu'il a lâchés, il faut reprendre les meilleurs (pas facile du tout) et lui donner à entendre. Il se remettra un tout petit peu en phase, très légèrement, car ce sont ses vérités. Mais très vite, il repart sur ce que l'on peut qualifier comme incohérent ou inadapté et, à cet endroit, le soignant/accueillant doit être imperturbable de nouveau. Les silences du soignant/accueillant sont interprétés, ses mots, ses postures... interprétés et retenus ! Les mots doivent être lents et tranquilles, mais fermes. L'option soin doit être posée avec la notion d'avenir de nouveau : « Je vais prendre soin de vous avec toute mon équipe. Vous voyez (participation active), on est là. Vos enfants, votre chien, votre bateau, etc., vous attendent... ». Présentation de l'avenir, en conjuguant au présent, pour que le patient accepte immédiatement. Les soins sont effectués en simultanés, naturellement. Est-ce que le soignant, l'accueillant peut ne pas savoir ou reporter ? Dans l'idéal, pas vraiment, il est préférable de donner encore cette vision d'un avenir facilement atteignable. L'idée que les choses progressent et qu'elles se valident rapidement donne aux patients un présent heureux et l'adrénaline remonte. L'effet est donc court, car ils ont peu de ressources physiques, dans leur épuisement. Quels sont les arguments possibles ? « Vous allez ressentir un soulagement

	<p>», « Vous êtes écouté et compris » (les deux), « Nous nous sommes concertés et nous sommes de plus en plus nombreux, ça avance vite maintenant sur la connaissance du sujet », « Votre force est admirable, parmi mes autres patients, vous êtes un des plus costauds »... Chacun peut compléter dans ce sens de bienveillance, même si le patient est agité, ce qui est important, c'est ce qui s'imprime dans sa nouvelle mémoire immédiate. Il faut éluder un maximum les questions concernant la longueur des soins, la réussite, les médicaments durant la prise en charge, même si c'est la seconde. A ce moment-là, rien n'est logique, tout est souffrance. L'invitation sera sur un autre objectif : « Oui, je comprends toutes vos questions, elles sont légitimes ; par contre, à cette heure, on va dîner. C'est un exemple, mais il ne faut surtout pas un : « Je sors et je dois vous quitter ». Si le docteur est pressé, le malade se dit que personne ne veut qu'il vive ! C'est une zone ultra-sensible.</p> <p>E - Comment résoudre le sujet du temps pour le praticien ? Installer la notion de temps vers un épuisé est peine perdue. L'épuisement déstructure l'espace temporel, on le constate sur les navigateurs. Pour inviter le patient à se mettre en route, il est préférable de poser le sujet sur un autre point, comme cela est décrit plus haut. En lui offrant une passerelle sur la possibilité de revenir, il y aura le barrage du rdv à justifier, sans interdit. Il choisit, ce patient. 4 – Médicaments ou pas médicaments ? Le conflit avec le médicament est une fixation de la rébellion, chez le patient, et rien d'autre. Il dit, par ce biais, qu'on ne s'est pas occupé de lui, lui qui veut mourir depuis très longtemps pour échapper à sa souffrance, et il refuse l'antidépresseur pour se rebeller : « Tu ne m'as pas soigné avant ! ». C'est illogique, mais c'est sa vérité. Le stress physique, neuronal, nerveux, parfois hormonal, etc., et l'absence de soin du corps ont l'obligation de retrouver un équilibre <i>via</i> une thérapie médicale efficace. Elle a pour objectif d'être sans rechute, pour un maximum de cas. La notion de dépression pré-SE n'est pas totalement dans le choix. Elle ne se pose qu'en cas d'antécédents. Pour le SE et son épuisé, l'antidépresseur a pour effet de lui redonner « une sensation de soulagement, de douceur, de repos, de force et de prise en charge par... ». C'est un traitement d'attaque, comme on fait une transfusion de sang dans certains cas d'hémorragie. Le malade se relâche par un soin avec, en plus, un effet caché : il avale un médicament et il accepte de reprendre un geste de protection de sa vie. L'antidépresseur est le moyen conçu à ce jour, son efficacité majoritaire est prouvée par son action positive sur la fragilité nerveuse, et il réamorce la résistance physique, après cette atteinte d'épuisement. Il recharge les piles, comme le disent les Anglo-Saxons à ce sujet. Lorsque le malade épuisé vient en consultation, il est fébrile et la médication immédiate fera effet de lutte contre sa morbidité de haut niveau, même ou surtout s'il se dit volontaire dans sa démarche. C'est un état atteint qui ne recule pas sans une aide concrète sur le stress. Le médicament endigue la crise et accompagne la guérison. Qu'il soit remplacé après le recul de la crise, cela est du ressort du soin, nommé traitement de fond. Ici, le savoir-faire des médecins a fait toutes ses preuves. Contre-indication : Le soignant ou l'accueillant, en cours de SE, ne peut pas caler les informations délivrées dans ce protocole, car il pourrait s'en servir pour déjouer son processus et prendre une posture d'évitement, entraînant un état de santé gravement altéré, pour lui-même.</p>
DGOS	<p>1°) Rubrique « Ressources » :</p> <p>La page internet RPS des soignants du ministère chargé de la Santé va être prochainement actualisée, avec la mise en ligne du guide « Prévention, repérage et prise en charge des RPS des internes, chefs de cliniques et assistants ». Le lien sera communiqué ultérieurement.</p> <p>L'échelle MBI en ligne : http://www.masef.com/scores/burnoutsyndromeéchellembi.htm Sur l'usage des questionnaires dans la démarche de prévention du stress au travail (document INRS) : http://www.inrs.fr/dms/inrs/CataloguePapier/DMT/TI-TC-134/tc134.pdf Outil de détection précoce du <i>burnout</i> (Belgique) : http://doc.hubsante.org/doc_num.php?explnum_id=18625 Que faire en cas de <i>burnout</i> pour vous ou pour l'un de vos proches (Référence Technologia. A voir si ça ne pose pas de problème de citer les publications d'un cabinet privé) : http://www.technologia.fr/blog/wp-content/uploads/2014/09/4pagesBurnOutOK.pdf</p>
SELF	<p>1. Le niveau de développement actuel de la fiche mémo et/ou sa structuration ne permettent pas d'identifier clairement le champ d'action de chacun des protagonistes de la sphère médicale : médecin traitant et médecin du travail. Il nous aurait paru utile de développer deux parties distinctes selon les acteurs, et surtout exposer plus clairement leurs modalités d'action selon les différents niveaux de prévention concernés (en particulier le niveau de prévention tertiaire qui constitue l'objet central de la fiche mémo, mais également en articulation avec les deux premiers niveaux de prévention).</p> <p>2. L'approche évoquée dans le paragraphe « Facteurs de risques » avec l'existence de facteurs générés par le travail et par l'organisation du travail nécessitant une analyse des</p>

	<p>conditions de travail et une analyse de l'activité réelle (par une méthode d'analyse de l'activité) mérite grandement d'être connue par des médecins généralistes, elle l'est plus souvent pour des médecins du travail. C'est un élément d'information de la fiche mémo à destination des médecins généralistes qui nous semble primordial.</p> <p>3. La prise en charge du patient souffrant de <i>burnout</i> (§ « prise en charge et acteurs ») et son retour au travail (§ « accompagnement du retour au travail ») ne peuvent se penser sans intégrer des actions à initier dans l'environnement professionnel avec les acteurs des SST et les personnes concernées au sein de l'entreprise, service RH, prévention, ainsi que les acteurs sociaux que sont les CHSCT ou les délégués du personnel.</p>
CNAMTS	<p>Bien que la date de parution de ce rapport se situe au-delà de la borne supérieure de la recherche documentaire menée par la HAS (octobre 2016), il nous semble intéressant de mentionner le rapport IGAS 2016-083R de décembre 2016 concernant les établissements de santé : « Risques psychosociaux des personnels médicaux : recommandations pour une meilleure prise en charge ».</p> <p>La Ministre des Affaires sociales et de la Santé avait saisi l'IGAS à la suite du décès du Pr Mégnien de l'HEGP en décembre 2015. Un premier rapport, consacré uniquement aux circonstances qui ont entouré ce suicide, a été rendu en septembre 2016 (non publié). Le rapport de décembre aborde plus généralement les risques psycho-sociaux des personnels médicaux, en insistant sur les aspects de management.</p>

12. Validation

Adoption par le Collège de la HAS

Cette fiche mémo a été adoptée par le Collège de la HAS lors de sa délibération du 22 mars 2017.

Annexe 1. Recherche documentaire

► Méthode de recherche documentaire

La recherche a porté sur les sujets et les types d'études définis en phase de cadrage, et a été limitée aux publications en langue anglaise, française, espagnole et italienne.

Concernant la période couverte par la recherche, celle-ci ne comporte pas de borne inférieure ; la borne supérieure est octobre 2016.

Sources

Les sources suivantes ont été interrogées :

- pour la littérature internationale : Medline, PsycInfo, Social SciSearch, Cairn.info ;
- pour la littérature francophone : Pascal, Banque de données en santé publique (BDSP), base SantéPsy ;
- Cochrane Library ;
- les sites Internet publiant des recommandations, des rapports d'évaluation technologique ou économique ;
- les sites Internet des sociétés savantes compétentes dans le domaine étudié.

Bases de données bibliographiques

La stratégie de recherche dans les bases de données bibliographiques est construite en utilisant, pour chaque sujet, soit des termes issus de thésaurus (descripteurs), soit des termes libres (du titre ou du résumé). Ils sont combinés avec les termes décrivant les types d'études.

Le tableau suivant présente la stratégie de recherche dans les bases de données Medline, Pascal, PsycInfo, Social SciSearch. Dans ce tableau, des références doublons peuvent être présentes entre les différents thèmes et/ou types d'études.

Cette recherche a été complétée par la bibliographie des experts et les références citées dans les documents analysés.

Type d'étude / Sujet		Période de recherche	Nombre de références trouvées
	Termes utilisés		
BURN OUT			
Recommandations, Conférences de consensus - France		sans limite oct. 2016	5
Etape 1	(burn out OR burnout)/ti,ab OR (epuisement professionnel)/ti,ab OR ((work OR workplace OR professionnel* OR occupational OR travail OR professionnel*) AND (health OR sante OR quality of life OR qualite de vie OR suffering OR souffrance OR psychosocial risk* OR risque* psychosocia* OR stress OR harassment OR harcèlement))/ti OR (Burnout, Professional OR Occupational Stress)/de		
AND			
Etape 2	(consensus OR guideline* OR position paper OR recommandation* OR recommandation* OR statement* OR guidance*)/ti OR health planning guidelines/de OR consensus development conference/type OR consensus development conference, NIH/type OR guideline/type OR practice guideline/type		
AND			
Etape 3	(français* OR France)/affiliation OR France/de OR (français* OR France OR french*)/ti,ab		

Recommandations, Conférences de consensus – Autres pays		sans limite oct. 2016	156
Etape 1 AND Etape 2			
NOT			
Etape 3			
Méta-analyses, Revues systématiques - France		sans limite oct. 2016	13
Etape 1			
AND			
Etape 4	(meta analys* OR metaanalys*)/ti,ab OR meta-analysis/type OR (systematic review OR systematic overview OR systematic search OR systematic research)/ti,ab OR (cochrane database syst rev OR Health Technol Assess)/revue		
AND			
Etape 3			
Méta-analyses, Revues systématiques - Autres pays		sans limite oct. 2016	377
Etape 1 AND Etape 4			
NOT			
Etape 3			
BURN OUT – PRESCRIPTION D'ANTIDEPRESSEURS			
Recommandations, Conférences de consensus		sans limite oct. 2016	2
Etape 1			
AND			
Etape 5	(anti depressant OR antidepressant OR anti depressive OR anti-depressive OR anti depresseur* OR antidepresseur*)/ti,ab OR (Antidepressant Drugs OR Antidepressive Agents)/de		
AND			
Etape 2			
Méta-analyses, Revues systématiques		sans limite oct. 2016	2
Etape 1 AND Etape 5 AND Etape 4			
Essais cliniques		sans limite oct. 2016	13
Etape 1 AND Etape 5			
AND			
Etape 6	random*/ti,ab OR Random Allocation/de OR randomized controlled trial/type OR single blind/ti,ab OR Single-Blind Method/de OR double blind/ti,ab OR Double-Blind Method/de OR clinical trial/ti,ab OR Clinical Trial/type OR Controlled Clinical Trial/type OR multicenter stud*/ti,ab OR multicentre stud*/ti,ab OR multicenter study/type OR cross over stud*/ti,ab OR Cross-Over Studies/de OR versus/ti OR comparative stud*/ti,ab OR Comparative Study/type		
Cohortes		sans limite oct. 2016	5
Etape 1 AND Etape 5			
AND			
Etape 7	Cohort Studies/de OR cohort/ti OR follow up stud/ti OR Follow-Up Studies/de OR prospective stud/ti OR Prospective Studies/de OR longitudinal stud/ti OR Longitudinal Studies/de		
Autres types d'études		sans limite oct. 2016	75

Etape 1 AND Etape 5			
NOT			
Etape 8	Etape 2 OR Etape 4 OR Etape 6 OR Etape 7		
BURN OUT – PRESCRIPTION D'ANXIOLYTIQUES			
Recommandations, Conférences de consensus		sans limite oct. 2016	1
Etape 1			
AND			
Etape 9	(anti-anxiety OR antianxiety OR anxiolytic OR tranquilizing OR tranquilizer OR anxiolytique* OR tranquilisant* OR calmant*)/ti,ab OR (Tranquilizing Drugs OR Anti-Anxiety Agents)/de		
AND			
Etape 2			
Méta-analyses, Revues systématiques		sans limite oct. 2016	1
Etape 1 AND Etape 9 AND Etape 4			
Essais cliniques		sans limite oct. 2016	4
Etape 1 AND Etape 9 AND Etape 6			
Cohortes		sans limite oct. 2016	
Etape 1 AND Etape 9 AND Etape 7			
Autres types d'études		sans limite oct. 2016	19
Etape 1 AND Etape 9			
NOT			
Etape 10	Etape 2 OR Etape 4 OR Etape 6 OR Etape 7		

Sites Internet

Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux (ANAP)

www.anap.fr

Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ)

www.ahrq.gov

Association France burnout

<http://asso-franceburnout.fr/>

Australian Clinical Practice Guidelines Portal

<https://www.clinicalguidelines.gov.au/>

Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE)

<http://kce.fgov.be/fr>

Bibliothèque Médicale Lemanissier

www.bmlweb.org

BMJ Clinical Evidence

<http://clinicalevidence.bmj.com>

British Occupational Health Research Foundation

<http://www.bohrf.org.uk/>

Catalogue et index des sites médicaux francophones (CISMeF)

www.chu-rouen.fr/cismef/

Centre d'expertise et de référence en santé publique

<https://www.inspq.qc.ca/>

Centre for Effective Practice

<https://effectivepractice.org>

Centre for Reviews and Dissemination (CRD)

www.york.ac.uk/inst/crd

Cohortes pour la surveillance épidémiologique en lien avec le travail

<http://www.coset.fr/>

Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail

<http://www.cnesst.gouv.qc.ca/>

Diffusion des REcommandations Francophones En Consultation de Médecine Générale

<http://drefc.sfmq.org/>

Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES)

www.drees.sante.gouv.fr

German Institute for Medical center and Information (DIMDI)

www.dimdi.de

Guidelines in Practice

<https://www.guidelines.co.uk/>

Guidelines International Network

<http://www.g-i-n.net/>

Haute Autorité de Santé (HAS)

<http://www.has-sante.fr>

Health Evidence Network (HEN)

<http://www.euro.who.int/en/data-and-evidence/evidence-informed-policy-making/health-evidence-network-hen>

Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et en sécurité du travail (IRSST)

<http://www.irsst.qc.ca/>

Institut de veille sanitaire (InVS)

<http://invs.santepubliquefrance.fr/>

Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS)

<https://www.inesss.qc.ca>

Institut national de la santé et de la recherche médicale – Expertises Collectives

<http://www.inserm.fr/thematiques/sante-publique/expertises-collectives>

Institut national de recherche et de sécurité (INRS)

<http://www.inrs.fr/>

Institut national de santé publique du Québec (INSPQ)

<https://www.inspq.qc.ca>

Institut national prévention éducation santé (INPES)

<http://inpes.santepubliquefrance.fr/>

Institute of Health Economics

www.ihe.ca

International Labour Organization

<http://www.ilo.org/>

La documentation française

<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/>

Ministère du Travail

<http://travail-emploi.gouv.fr/>

National Center for Biotechnology Information NCBI bookshelf

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books>

National Guidelines Clearinghouse

<https://www.guidelines.gov/>

National Institute for Health and Care Excellence (NICE)

<https://www.nice.org.uk/>

National Institute for Health Research (NIHR)

www.nihr.ac.uk/

NHS Employers

<http://www.nhsemployers.org/>

Organisation mondiale de la santé - Occupational health

http://www.who.int/occupational_health/en/

Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN)

www.sign.ac.uk

Service public fédéral emploi, travail et concertation sociale

<http://www.emploi.belgique.be/>

Sistema nazionale linee guida

www.snlg-iss.it

Société française de médecine générale (SFMG)

www.sfmq.org

Souffrance et travail

<http://www.souffrance-et-travail.com/>

Trip database

<https://www.tripdatabase.com/>

U.S. Preventive Services Task Force (USPSTF)

<https://www.uspreventiveservicestaskforce.org/>

Vidal recos

<http://www.vidal.fr/recommandations/index/>

Veille

Une veille concernant le thème de la souffrance au travail a été assurée jusqu'au terme de la rédaction de ce rapport sur les bases de données bibliographiques et les sites Internet interrogés lors de la recherche initiale.

► Critères de sélection des articles

Les recommandations, revues systématiques de la littérature et méta-analyses sélectionnées conformément à la méthode d'élaboration d'une fiche mémo abordent le *burnout* sous plusieurs aspects (définition, manifestations cliniques, interventions, etc.). De par la stratégie d'interrogation utilisée pour les bases de données bibliographiques, la recherche a porté également sur des études concernant plus largement le stress lié au travail (« *occupational stress* »), la tension au travail (« *job strain* », cf. § Définitions), voire des facteurs de risques psychosociaux en lien avec le travail, car ces facteurs peuvent contribuer à la survenue d'un syndrome d'épuisement professionnel. Ces études ont également été retenues.

Ont été incluses, dans la revue systématique de la littérature, les publications suivantes, en français ou anglais :

- recommandations de bonne pratique (revue systématique + avis d'experts pluridisciplinaires + avis de représentants d'usagers) publiées depuis octobre 2016 ;
- revues systématiques, avec ou sans méta-analyse, publiées en français ou anglais depuis octobre 2016.

Ponctuellement, des recherches complémentaires ont été réalisées sur des aspects spécifiques (notamment antidépresseurs et anxiolytiques), sur l'existence d'essais contrôlés randomisés ou non, voire d'études de cohorte ou d'études comparatives.

► Résultats

Nombre références identifiées : 984

Nombres de références analysées : 196

Nombre de références retenues : 91

Annexe 2. Analyse de la méthode d'élaboration des recommandations citées**Tableau 15. Méthode d'élaboration des recommandations françaises ou étrangères citées**

Auteur, année, référence, pays	Titre - Méthode	Recherche systématique de la littérature	Gradation	Groupe d'experts pluridisciplinaire	Relecture (R) – Validation externe (V)
ANACT, INRS, DGT 2015 (28) France	Le syndrome d'épuisement professionnel ou <i>burnout</i> : mieux comprendre pour mieux agir	Non	Non	Oui	Non
Académie nationale de médecine 2016 (20) France	Le <i>burnout</i>	Non	Non	Oui, auditionnés	Non
OMS 1995 (21)	<i>Guidelines for the primary prevention of mental, neurological and psychosocial disorders – staff burnout</i>	Non	Non	Oui	Oui
German agency for HTA 2009 (62)	<i>Differential diagnostic of the burnout syndrome</i>	Oui 2004-2009 Multibases	Qualité méthodologique évaluée (*)	NP	NP
Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE) 2011 (31)	Le <i>burnout</i> des médecins généralistes : prévention et prise en charge	Oui, sans restriction sur la date de publication	Qualité méthodologique évaluée (**)	Oui	Oui (étude Delphi)

Repérage et prise en charge cliniques du syndrome d'épuisement professionnel ou *burnout*

Auteur, année, référence, pays	Titre - Méthode	Recherche systématique de la littérature	Gradation	Groupe d'experts pluridisciplinaire	Relecture (R) – Validation externe (V)
Expertise INSERM 2011 (29)	Stress au travail – situation chez les indépendants	Oui	Non	Oui	Oui
Universités de Liège et de Gand, ARISTA, CITES 2012-13 (57)	Recherche sur le <i>burnout</i> en Belgique	Oui (actualisation du travail de 2009-10)	Non	Oui	Oui

(*) Selon l'*Oxford centre of evidence-based Medicine, Levels of Evidence (2006) (levels 1A, 1B, 2A, 2B, 2C, 3A, 4 and 5)*, et selon la *checklist German scientific working group Technology Assessment for Health care*.

(**) Selon les grilles d'évaluation de la *Dutch Cochrane Library*. Seules les publications d'une qualité suffisante (score supérieur ou égal à 5) ont été retenues.

NP : non précisé

Annexe 3. Associations (liste non exhaustive par ordre alphabétique)

Noms des associations	Coordonnées / site
Associations de représentants d'usagers	
Association France burnout (AFBO)	http://asso-franceburnout.fr/
Association France prévention (AFP)	http://www.associationfranceprevention.org/
Association Stop burnout (ASBO)	http://assostopburnout.wixsite.com/asbo
Association d'aide aux victimes et aux organisations, confrontées aux suicides et dépressions professionnels (ASD-pro)	http://asdpro.fr/
Fédération nationale des accidentés du travail et des handicapés (FNATH)	http://www.fnath.org/
Associations destinés aux professionnels de santé	
Association d'aide aux professionnels de santé et médecins libéraux (AAPML)	N° Indigo : 0826 004 580 http://www.aapml.fr/
Association pour les soins aux soignants (APSS)	http://www.apss-sante.org/
Collège français d'anesthésie-réanimation (CFAR)	N° Vert : 0800 00 69 62 http://cfar.org/sante-au-travail-smart/
Médecin organisation travail santé (MOTS)	N°: 0608 282 589 http://www.association-mots.org/
Soins aux professionnels de santé (SPS)	N° Vert : 0805 23 23 36 http://www.asso-sps.fr

Annexe 4. Liste des consultations de pathologies professionnelles (février 2017)

Amiens

Consultation de Pathologie Professionnelle CHRU-Hôpital Sud
Avenue René-Laënnec-Salouel
80054 Amiens Cedex 1
Tél. 00 333 22 45 56 92

Angers

Centre de Pathologie Professionnelle CHU d'Angers
Service de Médecine E
4 rue Larrey
49933 Angers Cedex 9
Tél. 00 332 41 35 34 85

Bobigny

Centre de Consultation de pathologie professionnelle – Unité de pathologies professionnelles et environnementales Hôpital Avicenne
125 rue de Stalingrad
93009 Bobigny Cedex
Tél. 00 331 48 95 51 36

Bordeaux

Consultation de Pathologie Professionnelle, Service de médecine du travail et de pathologie professionnelle
Groupe hospitalier Pellegrin, CHU de Bordeaux
Place Amélie Raba Léon
33076 Bordeaux Cedex
Tél. 00 335 56 79 61 65

Brest

Centre de Consultation de pathologies professionnelles et environnementales
CHU Morvan
5 avenue Foch
29609 Brest Cedex
Tél. 00 332 98 22 35 09

Caen

Service de Pathologie Professionnelle et médecine du Travail
CHU de Caen Niveau 1
Avenue de la Côte de Nacre
14033 Caen Cedex 09
Tél. 00 332 31 06 45 49 / 53 39

Cherbourg Octeville

Consultation de Pathologie Professionnelle
Centre Hospitalier public du Cotentin Louis Pasteur
3^e étage, Accès 1 – BP 208
50102 Cherbourg Octeville
Tél. 00 332 33 20 77 27

Clermont-Ferrand

Consultation de Pathologie Professionnelle
CHU-Faculté de Médecine
28 place Henri-Dunant BP 38
63001 Clermont-Ferrand Cedex
Tél. 00 334 73 17 82 69

Créteil

Unité de pathologie professionnelle, Service de pneumologie et pathologie professionnelle
Centre hospitalier intercommunal
40 avenue de Verdun
94010 Créteil Cedex
Tél. 00 331 57 02 20 90 / 91

Dijon

Centre de Consultation de pathologie professionnelle
Hôpital Bocage – Faculté de médecine
7 boulevard Jeanne D'Arc
21079 Dijon
Tél. 00 333 80 67 37 48

Garches

Unité de pathologie professionnelle de santé au travail et d'insertion
Hôpital Raymond Poincaré
104 boulevard Raymond Poincaré
92380 Garches
Tél. 00 331 47 10 77 54

Grenoble

Service de Consultation de Pathologie Professionnelle, Centre Hospitalier Universitaire de Grenoble
BP 217
38043 Grenoble Cedex 09
Tél. 00 334 76 76 54 42

Le Havre

Consultation de Pathologie Professionnelle
CHU Hôpital J. Monod
BP 24
76083 Le Havre Cedex
Tél. 00 332 32 73 32 08

Lille

Service de médecine du travail - Pathologie professionnelle et environnement
CHRU de Lille
1 avenue Oscar Lambret
59037 Lille Cedex
Tél. 00333 20 44 57 94

Limoges

Consultation de Pathologie Professionnelle – Département de santé au travail
Hôpital du Cluzeau
23 avenue Dominique Larrey
87042 Limoges Cedex
Tél. 00 335 55 05 63 62

Lyon

Service des maladies professionnelles et de médecine du travail, Pavillon 5F
Centre Hospitalier Lyon-Sud
69495 Pierre Bénite Cedex
Tél. 00 334 78 86 12 05

Centre Léon Bérard (Cancers professionnels et facteurs environnementaux)
28 rue Laënnec
69008 Lyon
Tél. 00 334 26 65 67 16

Marseille

Consultation de Pathologie Professionnelle, Faculté de la Timone
27 boulevard Jean Moulin
13385 Marseille Cedex 5
Tél. 00334 91 38 50 90

Montpellier

Consultation de Pathologie Professionnelle
Hôpital La Colombière
1146 avenue du Père Soulas
34295 Montpellier Cedex 05
Tél. 00334 67 33 88 41

Centre de Consultation de Pathologie Professionnelle CHRU La Peyronnie
371 avenue du Doyen Gaston Giraud
34295 Montpellier Cedex 5
Tél. 00334 67 33 88 41

Nancy

Centre de Consultation de Pathologie Professionnelle de Nancy, CHU Nancy
Bâtiment des spécialités médicales Philippe Canton
Rue du Morvan
54511 Vandœuvre-lès-Nancy Cedex
Tél. 00333 83 85 24 43 ; 00 333 83 15 71 68 / 69

Nantes

Centre de Consultation de Pathologie Professionnelle – CHU de Nantes
Immeuble Tourville – 5 rue du Professeur Boquien
44093 Nantes 01
Tél. 00 332 40 08 36 35

Paris

Centre de Consultation de Pathologie Professionnelle – Hôpital Fernand Widal
200 rue du Faubourg Saint-Denis
75475 Paris 10
Tél. 00 331 40 05 41 92

Service de pathologie professionnelle – Groupe hospitalier Cochin
27 rue du Faubourg Saint-Jacques
75679 Paris 14
Tél. 00331 58 41 22 61

Service de pathologie professionnelle – Hôpital Hôtel Dieu
1 place du Parvis de Notre-Dame
75181 Paris Cedex 04
Tél. 00331 42 34 82 43

Poitiers

Unité de consultation de pathologies professionnelles et environnementales – Département de Prévention, CHU Poitiers
2, aile D – 2 rue de la Milétrie – BP 577
86021 Poitiers Cedex
Tél. 00335 49 44 30 34

Reims

Centre de Consultation de Pathologie Professionnelle de Reims, Hôpital Sébastopol
48 rue de Sébastopol
51100 Reims
Tél. 00 333 26 78 89 34

Rennes

Consultation de Pathologie Professionnelle, Hôtel Dieu
2 rue de l'Hôtel Dieu
35000 Rennes

Tél. 00332 99 87 35 17

Rouen

Centre de Consultation de Pathologie Professionnelle et Environnementale CHU de Rouen
Hôpital Charles Nicolle
Pôle médecine
1 rue de Germont
76031 Rouen Cedex
Tél. 02.32.88.82.69 / 86. 59

Saint-Étienne

CHU de Saint-Etienne
Hôpital Nord
Service de Santé au Travail
42055 Saint-Etienne Cedex 02
Tél secrétariat : 04 77 82 73 81

Strasbourg

Service de pathologie professionnelle et médecine du travail, Hôpitaux Universitaires de Strasbourg
1 place de l'Hôpital
67091 Strasbourg
Tél. 00 333 88 11 64 66 / 00 333 88 11 50 35 / 00 333 88 11 63 96

Toulouse

Consultation de Consultation de Pathologie Professionnelle – Service des maladies professionnelles et environnementales, CHU de Toulouse,
Hôpital Purpan
Pavillon J. Turiat, Place du Dr Baylac – TSA 4003
31059 Toulouse Cedex 9
Tél. 00335 61 77 75 30 / 21 90

Tours

Consultation de Pathologie Professionnelle – Consultations externes B1a, CHRU Bretonneau
2 boulevard Tonnelé
37044 Tours Cedex 9
Tél. 00332 47 47 85 40

Références

1. Collège d'expertise sur le suivi des risques psychosociaux au travail, Gollac M. Mesurer les facteurs psychosociaux de risque au travail pour les maîtriser. Rapport du collège d'expertise sur le suivi des RPS au travail réuni à la demande du ministre du Travail et des Affaires sociales, Paris, 2011. Paris; 2011.
http://travail-emploi.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_SRPST_definitif_rectifie_11_05_10.pdf
2. Paulhan I. Le concept de coping. *L'année psychologique* 1992;92(4):545-57.
3. Karasek RA. Job demands, job decision latitude, and mental strain: implications for job redesign. *Administrative Science Quarterly* 1979;24(2):285-308.
4. Khireddine I, Lemaître A, Homère J, Plaine J, Garras L, Riol MC, *et al.* La souffrance psychique en lien avec le travail chez les salariés actifs en France entre 2007 et 2012, à partir du programme MCP. *Bull Epidemiol Hebdo* 2015;(23):431-8.
5. Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés. Rapport de gestion 2014 de l'Assurance maladie Risques Professionnels. Paris: CNAMTS; 2015.
6. Institut national de la santé et de la recherche médicale, Agence régionale de santé Nord-Pas-de-Calais Picardie, Sorbonne universités, Sentinelles. Résultats de l'étude Héraclès. Surveillance par les médecins généralistes de la souffrance psychique liée au travail en région Nord-Pas-de-Calais. Lille: F2RSM; 2016.
7. Direction de l'animation de la recherche des études et des statistiques. Les risques psychosociaux au travail. Un panorama d'après l'enquête Santé et itinéraire professionnel 2010. *Dares Analyses* 2014;(31):1-11.
8. Réseau national de vigilance et de prévention des pathologies professionnelles, Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation de l'environnement et du travail. Réseau national de vigilance et de prévention des pathologies professionnelles. Rapport scientifique. Maisons-Alfort: ANSES; 2011.
<https://www.anses.fr/fr/system/files/RNV3P-Ra-Septembre2011.pdf>
9. Niedhammer I, Chastang JF, Gendrey L, David S, Degioanni S. Propriétés psychométriques de la version française des échelles de la demande psychologique, de la latitude décisionnelle et du soutien social du « Job Content Questionnaire » de Karasek : résultats de l'enquête nationale SUMER. *Santé Publique* 2006;18(3):413.
10. François A, Ha C, Waltisperger D, François S, Fanello S, Roquelaure Y. Exposition aux contraintes psychosociales en milieu de travail : résultats de l'enquête SUMER 2003 dans les Pays-de-la-Loire. *Arch Mal Prof Environ* 2011;72(4):333-40.
11. Molina-Canales G, Le Barbier M, Brunel S, Lasfargues G. Épuisement professionnel : étude descriptive de cas recensés dans le Réseau national de vigilance et de prévention des pathologies professionnelles. 34e Congrès National de Médecine et Santé au Travail. *Archives des Maladies Professionnelles et de l'Environnement* 2016;77(3):440.
12. Dusmesnil H, Saliba Serre B, Régi J-C, Leopold Y, Verger P. Épuisement professionnel chez les médecins généralistes de ville : prévalence et déterminants. *Santé Publique* 2009;21(4):355-64.
13. Cathébras P, Begon A, Laporte S, Bois C, Truchot D. Épuisement professionnel chez les médecins généralistes. *Presse Med* 2004;33(22):1569-74.
14. Union régionale des médecins libéraux d'Ile-de-France. L'épuisement professionnel des médecins libéraux franciliens :

témoignages, analyses et perspectives. Paris: URML; 2007.

http://www.urml-idf.org/upload/etudes/etude_070723.pdf

15. Galam E, Komly V, Le Tourneur A, Jund J. Burnout among French GPs in training: a cross-sectional study. *Br J Gen Pract* 2013;63(608):e217-24.

16. European General Practice Research Network, Soler JK, Yaman H, Esteva M, Dobbs F, Asenova RS, *et al.* Burnout in European family doctors: the EGPRN study. *Fam Pract* 2008;25(4):245-65.

17. Estryn-Behar M, Doppia MA, Guetarni K, Fry C, Machet G, Pelloux P, *et al.* Emergency physicians accumulate more stress factors than other physicians-results from the French SESMAT study. *Emerg Med J* 2011;28(5):397-410.

18. Estryn-Behar M, Ben-Brik E, Le Nézet O, Affre A, Arbieu P, Bedel M, *et al.* La situation des soignants des établissements publics et privés en France en 2002. Analyse des résultats de la première partie de l'étude PRESST-NEXT. *Arch Mal Prof* 2004;65(5):413-37.

19. Schaufeli WB, Greenglass ER. Introduction to special issue on burnout and health. *Psychol Health* 2001;16(5):501-10.

20. Académie nationale de médecine. Le burn-out. Paris: ANM; 2016.

<http://www.academie-medecine.fr/wp-content/uploads/2016/02/26-fev-2016-RAPPORT-ACADEMIE-Burn-out-V3.pdf>

21. World Health Organization. Guidelines for the primary prevention of mental, neurological and psychosocial disorders. 5. Staff Burnout. Geneva: WHO; 1994.

http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/60992/1/WHO_MNH_MND_94.21.pdf

22. Danhof-Pont MB, van Veen T, Zitman FG. Biomarkers in burnout: a systematic review. *Journal of psychosomatic research* 2011;70(6):505-24.

23. Nakata A. Psychosocial job stress and immunity: a systematic review. *Methods in molecular biology* 2012;934:39-75.

24. Johnson TV, Abbasi A, Master VA. Systematic review of the evidence of a relationship between chronic psychosocial stress and C-reactive protein. *Molecular diagnosis & therapy* 2013;17(3):147-64.

25. Bakusic J, Schaufeli W, Claes S, Godderis L. Stress, burnout and depression: A systematic review on DNA methylation mechanisms. *Journal of Psychosomatic Research* 2017;92:34-44.

26. Lang J, Ochsmann E, Kraus T, Lang JWB. Psychosocial work stressors as antecedents of musculoskeletal problems: A systematic review and meta-analysis of stability-adjusted longitudinal studies. *Social Science & Medicine* 2012;75(7):1163-74.

27. Deligkaris P, Panagopoulou E, Montgomery AJ, Masoura E. Job burnout and cognitive functioning: A systematic review. *Work & Stress* 2014;28(2):107-23.

28. Ministère du Travail, Agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail, Institut national de recherche et de sécurité. Le syndrome d'épuisement professionnel ou burn-out: mieux comprendre, pour mieux agir. Guide d'aide à la prévention. Paris: Ministère du Travail; 2015.

http://travail-emploi.gouv.fr/IMG/pdf/Exe_Burnout_21-05-2015_version_internet.pdf

29. Institut national de la santé et de la recherche médicale. Stress au travail et santé. Situation chez les indépendants. Paris: Inserm; 2011.

30. Inspection générale des affaires sociales, Desailly-Chanson M-A, Siahmed H. Etablissements de santé. Risques psychosociaux des personnels médicaux : recommandations pour une meilleure prise en charge. Paris: IGAS; 2016.

http://www.igas.gouv.fr/spip.php?article567&utm_content=buffer9325e&utm_medium=social&utm_source=linkedin.com&utm_campaign=buffer

31. Centre fédéral d'expertise des soins de santé. Le Burnout des médecins généralistes: prévention et prise en charge. KCE Reports 165B. Bruxelles: KCE; 2011.
https://kce.fgov.be/sites/default/files/page_documents/kce_165b_burnout_des_medecins%20generalistes.pdf
32. Brewer EW, Shapard L. Employee burnout: A meta-analysis of the relationship between age or years of experience. *Human Resource Development Review* 2004;3(2):102-23.
33. Alarcon G, Eschleman KJ, Bowling NA. Relationships between personality variables and burnout: A meta-analysis. *Work & Stress* 2009;23(3):244-63.
34. Purvanova RK, Muros JP. Gender differences in burnout: A meta-analysis. *Journal of Vocational Behavior* 2010;77(2):168-85.
35. Clark MA, Michel JS, Zhdanova L, Pui SY, Baltés BB. All work and no play? A meta-analytic examination of the correlates and outcomes of workaholism. *Journal of Management* 2014.
36. You X, Huang J, Wang Y, Bao X. Relationships between individual-level factors and burnout: A meta-analysis of Chinese participants. *Personality and Individual Differences* 2015;74:139-45.
37. Shoji K, Cieslak R, Smoktunowicz E, Rogala A, Benight CC, Luszczynska A. Associations between job burnout and self-efficacy: a meta-analysis. *Anxiety, stress, and coping* 2016;29(4):367-86.
38. Alarcon GM. A meta-analysis of burnout with job demands, resources, and attitudes. *Journal of Vocational Behavior* 2011;79(2):549-62.
39. Nahrgang JD, Morgeson FP, Hofmann DA. Safety at work: a meta-analytic investigation of the link between job demands, job resources, burnout, engagement, and safety outcomes. *The Journal of applied psychology* 2011;96(1):71-94.
40. Kenworthy J, Fay C, Frame M, Petree R. A meta-analytic review of the relationship between emotional dissonance and emotional exhaustion. *Journal of Applied Social Psychology* 2014;44(2):94-105.
41. West AL. Associations among attachment style, burnout, and compassion fatigue in health and human service workers: A systematic review. *Journal of Human Behavior in the Social Environment* 2015;25(6):571-90.
42. Bria M, Băban A, Dumitrașcu DL. Systematic review of burnout risk factors among European healthcare professionals. *Cognition, Brain, Behavior: An Interdisciplinary Journal* 2012;16(3):423-52.
43. Roberts DL, Cannon KJ, Wellik KE, Wu Q, Budavari AI. Burnout in inpatient-based versus outpatient-based physicians: a systematic review and meta-analysis. *Journal of Hospital Medicine* 2013;8(11):653-64.
44. Toh SG, Ang E, Devi MK. Systematic review on the relationship between the nursing shortage and job satisfaction, stress and burnout levels among nurses in oncology/haematology settings. *International Journal of Evidence-Based Healthcare* 2012;10(2):126-41.
45. Khamisa N, Peltzer K, Oldenburg B. Burnout in relation to specific contributing factors and health outcomes among nurses: a systematic review. *International journal of environmental research and public health* 2013;10(6):2214-40.
46. Vargas C, Cañadas GA, Aguayo R, Fernández R, de la Fuente EI. Which occupational risk factors are associated with burnout in nursing? A meta-analytic study. *International Journal of Clinical and Health Psychology* 2014;14(1):28-38.
47. Adriaenssens J, De Gucht V, Maes S. Determinants and prevalence of burnout in emergency nurses: a systematic review of 25 years of research. *International journal of nursing studies* 2015;52(2):649-61.

48. Gómez-Urquiza JL, Aneas-López AB, Fuente-Solana EI, Albendín-García L, Díaz-Rodríguez L, Fuente GA. Prevalence, risk factors, and levels of burnout among oncology nurses: A systematic review. *Oncology nursing forum* 2016;43(3):E104-20.
49. Lim N, Kim EK, Kim H, Yang E, Lee SM. Individual and work-related factors influencing burnout of mental health professionals: A meta-analysis. *Journal of Employment Counseling* 2010;47(2):86-96.
50. Cieslak R, Shoji K, Douglas A, Melville E, Luszczynska A, Benight CC. A meta-analysis of the relationship between job burnout and secondary traumatic stress among workers with indirect exposure to trauma. *Psychological services* 2014;11(1):75-86.
51. Brown CG. A systematic review of the relationship between self-efficacy and burnout in teachers. *Educational and Child Psychology* 2012;29(4):47-63.
52. Aloe AM, Amo LC, Shanahan ME. Classroom management self-efficacy and burnout: A multivariate meta-analysis. *Educational Psychology Review* 2014;26(1):101-26.
53. Maslach C, Jackson SE. The measurement of experienced burnout. *Journal of Organizational Behavior* 1981;2(2):99-113.
54. Kristensen TS, Borritz M, Villadsen E, Christensen KB. The Copenhagen Burnout Inventory: A new tool for the assessment of burnout. *Work & Stress* 2005;19(3):192-207.
55. Pines A, Aronson E. *Career Burnout : Causes and Cures*. New York: Free Press; 1981.
56. Demerouti E, Bakker AB, Vardakou I, Kantas A. The convergent validity of two burnout instruments: A multitrait-multimethod analysis. *European Journal of Psychological Assessment* 2003;18:296-307.
57. Université de Liège, Universiteit Gent, CITES Clinique du Stress, Arista. Recherche sur le burn-out en Belgique. Bruxelles: SETC; 2013.
<http://www.valorh.ulg.ac.be/uploads/files/Projets%20de%20recherche/Recherche%20sur%20le%20Burnout%20en%20Belgique.pdf>
58. Aguayo R, Vargas C, de la Fuente EI, Lozano LM. A meta-analytic reliability generalization study of the Maslach Burnout Inventory. *International Journal of Clinical and Health Psychology* 2011;11(2):343-61.
59. Wheeler DL, Vassar M, Worley JA, Barnes LL. A reliability generalization meta-analysis of coefficient alpha for the Maslach Burnout Inventory. *Educational and Psychological Measurement* 2011;71(1):231-44.
60. Worley JA, Vassar M, Wheeler DL, Barnes LL. Factor structure of scores from the Maslach Burnout Inventory: A review and meta-analysis of 45 exploratory and confirmatory factor-analytic studies. *Educational and Psychological Measurement* 2008;68(5):797-823.
61. Sabariego C, Murid Al-Kudwah H, Cieza A. Content comparison of patient-reported outcome instruments used to measure burnout. *European Journal of Psychological Assessment* 2015;31(2):91-9.
62. Korczak D, Huber B, Kister C. Differential diagnostic of the burnout syndrome. *GMS health technology assessment* 2010;6:Doc09.
63. Bianchi R, Schonfeld IS, Laurent E. Burnout-depression overlap: A review. *Clinical Psychology Review* 2015;36:28-41.
64. Bianchi R, Schonfeld IS, Laurent E. Is burnout separable from depression in cluster analysis? A longitudinal study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 2015;50(6):1005-11.
65. Korczak D, Wastian M, Schneider M. Therapy of the burnout syndrome. *GMS health technology assessment* 2012;8:Doc05.
66. Maricuțoiu LP, Sava FA, Butta O. The effectiveness of controlled interventions on employees' burnout: A meta-analysis. *Journal*

- of Occupational and Organizational Psychology 2016;89(1):1-27.
67. Ruotsalainen JH, Verbeek JH, Mariné A, Serra C. Preventing occupational stress in healthcare workers. *Cochrane Database Syst Rev* 2015;4:CD002892.
68. Barbosa A, Sousa L, Nolan M, Figueiredo D. Effects of person-centered care approaches to dementia care on staff: A systematic review. *American Journal of Alzheimer's Disease and Other Dementias* 2015;30(8):713-22.
69. Westermann C, Kozak A, Harling M, Nienhaus A. Burnout intervention studies for inpatient elderly care nursing staff: systematic literature review. *International Journal of Nursing Studies* 2014;51(1):63-71.
70. Ruotsalainen J, Serra C, Marine A, Verbeek J. Systematic review of interventions for reducing occupational stress in health care workers. *Scand J Work Environ Health* 2008;34(3):169-78.
71. Richardson KM, Rothstein HR. Effects of occupational stress management intervention programs: a meta-analysis. *Journal of Occupational Health Psychology* 2008;13(1):69-93.
72. Luken M, Sammons A. Systematic review of mindfulness practice for reducing job burnout. *The American Journal of Occupational Therapy* 2016;70(2):1-10.
73. Lamothe M, Rondeau É, Malboeuf-Hurtubise C, Duval M, Sultan S. Outcomes of MBSR or MBSR-based interventions in health care providers: A systematic review with a focus on empathy and emotional competencies. *Complementary therapies in medicine* 2016;24:19-28.
74. Dharmawardene M, Givens J, Wachholtz A, Makowski S, Tjia J. A systematic review and meta-analysis of meditative interventions for informal caregivers and health professionals. *BMJ supportive & palliative care* 2016;6(2):160-9.
75. Khoury B, Sharma M, Rush SE, Fournier C. Mindfulness-based stress reduction for healthy individuals: A meta-analysis. *Journal of psychosomatic research* 2015;78(6):519-28.
76. Stewart W, Terry L. Reducing burnout in nurses and care workers in secure settings. *Nursing standard* 2014;28(34):37-45.
77. Gilbody S, Cahill J, Barkham M, Richards D, Bee P, Glanville J. Can we improve the morale of staff working in psychiatric units? A systematic review. *Journal of Mental Health* 2006;15(1):7-17.
78. Hill RC, Dempster M, Donnelly M, McCorry NK. Improving the wellbeing of staff who work in palliative care settings: A systematic review of psychosocial interventions. *Palliative medicine* 2016.
79. Lee H-F, Kuo C-C, Chien T-W, Wang Y-R. A meta-analysis of the effects of coping strategies on reducing nurse burnout. *Applied nursing research : ANR* 2016;31:100-10.
80. Cocker F, Joss N. Compassion fatigue among healthcare, emergency and community service workers: a systematic review. *International Journal of Environmental Research and Public Health* 2016;13(6).
81. McCray LW, Cronholm PF, Bogner HR, Gallo JJ, Neill RA. Resident physician burnout: is there hope? *Family Medicine* 2008;40(9):626-32.
82. Shiralkar MT, Harris TB, Eddins-Folensbee FF, Coverdale JH. A systematic review of stress-management programs for medical students. *Academic Psychiatry* 2013;37(3):158-64.
83. West CP, Dyrbye LN, Erwin PJ, Shanafelt TD. Interventions to prevent and reduce physician burnout: a systematic review and meta-analysis. *Lancet* 2016;388(10057):2272-81.
84. Regehr C, Glancy D, Pitts A, LeBlanc VR. Interventions to reduce the consequences of stress in physicians: a review and meta-analysis. *The Journal of nervous and mental disease* 2014;202(5):353-9.

85. Awa WL, Plaumann M, Walter U. Burnout prevention: a review of intervention programs. Patient education and counseling 2010;78(2):184-90.

86. Dreison KC, Luther L, Bonfils KA, Sliter MT, McGrew JH, Salyers MP. Job burnout in mental health providers: a meta-analysis of 35 years of intervention research. Journal of occupational health psychology 2016.

87. Ahola K, Honkonen T, Virtanen M, Kivimäki M, Isometsä E, Aromaa A, *et al.* Interventions in relation to occupational burnout: The population-based health 2000 study. Journal of Occupational and Environmental Medicine 2007;49(9):943-52.

88. Madsen I, Lange T, Borritz M, Rugulies R. Burnout as a risk factor for antidepressant treatment. A repeated measures time-to-event analysis of 2936 Danish human service

workers. Journal of Psychiatric Research 2015;65:47-52.

89. Bataille S. La reconstruction professionnelle après un burnout. Références en Santé au Travail 2014;(137):59-71.

90. Guide pour les comités régionaux de reconnaissance des maladies professionnelles institués par la loi n° 93-121 du 27 janvier 1993 (version consolidée 2013). Références en santé au travail 2014;(137):91-120.

91. Sebaoun G, Censi Y, Commission des affaires sociales. Rapport de la mission d'information relative au syndrome d'épuisement professionnel (ou burnout). Paris: Assemblée Nationale; 2017.

<http://www.assemblee-nationale.fr/14/pdf/rap-info/i4487.pdf>

Ouvrages en lien avec le thème

Baumann F. Burn out. Quand le travail rend malade. Paris: Josette Lyon-Trédaniel; 2013.

Baumann F. Le guide anti-burn out. Paris: Josette Lyon-Trédaniel; 2014.

Baumann F. L'après Burn-out. Paris: Josette Lyon-Trédaniel; 2015.

Galam E. L'erreur médicale, le burnout et le soignant. Paris: Springer; 2012.

Maslach C, Leiter MP. Burn-out. Le syndrome d'épuisement professionnel. Paris: Les Arènes; 2011.

Truchot D. Épuisement professionnel et burnout. Concepts, modèles, interventions. Malakoff: Dunod; 2004.

Zawieja P, Guarnieri F. Épuisement professionnel. Approches innovantes et pluridisciplinaires. Malakoff: Armand Colin; 2013.

Zawieja P. Le burn out. Que sais-je ? Paris: Puf; 2015.

Participants

Les organismes professionnels et association de patients et d'usagers suivants ont été sollicités pour proposer des experts conviés à titre individuel dans le groupe de travail.

Sociétés savantes et organisations professionnelles

Association France *Burnout* (AFBO)*

Collège national professionnel d'Endocrinologie, Diabétologie et Maladies Métaboliques (CNPEDMM)

Collège national de Psychiatrie

Collège national de Rhumatologie

Collège national pour la qualité des soins en psychiatrie (CNQSP)*

Collège de médecine générale*

Fédération nationale des accidentés de la vie (FNATH)

Société française de médecine du travail (SFMT)*

Société française de psychologie (SFP)*

(*) Cet organisme a proposé un ou plusieurs experts pour participer au groupe de travail.

► Groupe de travail

Dr Boulanger Mathilde, médecin du travail,
Caen – chargée de projet

Dr Baumann François, médecin généraliste,
Paris

Pr Bergeret Alain, médecin du travail, Lyon

Pr Choudat Dominique, médecin du travail,
Paris

Dr Durand-Moreau Quentin, médecin du
travail, Brest

Pr Galam Eric, médecin généraliste, Paris

Dr Gallet Bruno, psychiatre, Cholet

Pr Hardy Patrick, psychiatre, Le Kremlin-
Bicêtre

M. Hermant Gérard, psychomotricien,
Boulogne

M. Petitjean Cyrille, psychologue du travail,
Montpellier

Mme Ringot Nathalie, représentante usagers,
Chelles

Mme Riposa Léa, représentante associative*,
Paris

Pr Sobaszek Annie, médecin du travail, Lille

Dr Vauray Pascal, psychiatre, Clermont-
Ferrand

M Zawieja Philippe, docteur en sciences et
génie des activités à risques, MINES
ParisTech, Paris

► Parties prenantes

Les parties prenantes suivantes ont été consultées pour avis :

- Association d'aide aux victimes et aux organisations confrontés aux suicides et dépressions professionnels (ASD-Pro)
- Association française de psychologie et des organisations (AFPTO)*
- Association France burnout (AFBO)*
- Association France prévention*
- Association santé et médecine du travail (ASMT)
- Association soins pour les professionnels de santé (SPS)*
- Association Stop burnout*
- Collège de médecine générale
- Collège national pour la qualité de soins en psychiatrie (CNQSP)
- Conseil national de l'ordre des médecins
- Fédération française de psychiatrie
- Fédération française des psychomotriciens (FFP)*
- Fédération nationale des accidentés du travail et des handicapés (FNATH)
- Groupement des infirmiers du travail (GIT)*
- Société d'ergonomie de langue française (SELF)*
- Société française de médecine du travail (SFMT)*
- Société française de psychologie (SFP)

(*) Cette partie prenante a rendu un avis officiel sur la fiche mémo.

► Les organismes institutionnels

Les organismes institutionnels suivants ont été sollicités pour avis.

- Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail (Anses)
- Agence pour l'amélioration des conditions de travail (Anact)*
- Caisse centrale de mutualité sociale agricole (CCMSA)
- Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS)*
- Direction de la sécurité sociale (DSS)
- Direction générale de l'offre de soins (DGOS)*
- Direction générale de la santé (DGS)*
- Direction générale du travail (DGT)*
- Institut national de recherche en santé au travail (INRS)*
- Régime sociale des indépendants (RSI)
- Santé publique France*

* Cet organisme a rendu un avis officiel sur la fiche mémo.

Fiche descriptive

Titre	TITRE de la fiche mémo à compléter
Méthode de travail	Fiche mémo
Objectif(s)	<ul style="list-style-type: none"> • Définir le syndrome d'épuisement professionnel ou <i>burnout</i>. • Améliorer son repérage et sa prise en charge, ainsi que l'accompagnement de ses victimes lors de leur retour au travail. <p>Ces recommandations se limitent au volet sanitaire du thème : toute action sur l'organisation du travail dans une démarche de prévention du <i>burnout</i> est exclue du champ de ces recommandations.</p>
Patients ou usagers concernés	Tout travailleur pour lequel un syndrome d'épuisement professionnel est suspecté.
Professionnel(s) concerné(s)	Prioritairement les médecins du travail et médecins généralistes, et autres professionnels de santé.
Demandeur	DGS
Promoteur	Haute Autorité de Santé (HAS), service des bonnes pratiques professionnelles.
Financement	Fonds publics.
Pilotage du projet	<p>Coordination : Karine Petitprez, chef de projet, service des bonnes pratiques professionnelles de la HAS (chef de service : Dr Michel Laurence).</p> <p>Secrétariat : Mme Laetitia Cavalière.</p>
Recherche documentaire	<p>Jusqu'en octobre 2016 sans borne inférieure (cf. stratégie de recherche documentaire décrite en annexe 1).</p> <p>Réalisée par Mireille Cecchin, avec l'aide de Yasmine Lombry (chef du service Documentation – Veille : Mme Frédérique Pagès).</p>
Auteurs du rapport d'élaboration	<p>Karine Petitprez, chef de projet de la HAS.</p> <p>Mathilde Boulanger, médecin du travail, Caen.</p>
Participants	Organismes professionnels et associations de patients et d'usagers, groupe de travail, parties prenantes consultées : cf. liste des participants.
Conflits d'intérêts	<p>Les membres du groupe de travail ont communiqué leurs déclarations publiques d'intérêts à la HAS, consultables sur www.has-sante.fr. Elles ont été analysées selon la grille d'analyse du guide des déclarations d'intérêts et de gestion des conflits d'intérêts de la HAS. Les intérêts déclarés par les membres du groupe de travail ont été considérés comme étant compatibles avec leur participation à ce travail.</p>
Validation	Adoption par le Collège de la HAS en mars 2017
Actualisation	L'actualisation de cette fiche mémo sera envisagée en fonction des données publiées dans la littérature scientifique ou des modifications de pratique significatives survenues depuis sa publication.
Autres formats	Rapport d'élaboration et fiche mémo de la recommandation de bonne pratique, téléchargeables sur www.has-sante.fr

~



Toutes les publications de la HAS sont téléchargeables sur
www.has-sante.fr