



Reçu le :
23 octobre 2015
Accepté le :
22 janvier 2016



Le *burnout* : historique, mesures et controverses

Burnout: History, measurement and controversies

V. Kovess-Masfety^{a,*}, L. Saunder^b

^a IFAS, EA 4057 Paris Descartes, EHESP, 20, avenue George-Sand, 93210 La-Plaine-St-Denis, France

^b IFAS, 22, rue Marignan, 75008 Paris, France

Disponible en ligne sur

ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Summary

In the context of the recognition of burnout as a disorder, an international literature review was conducted to summarize the history of the concept and the current discussions in Europe on the very notion of burnout. Measurement methods were reviewed, including the Maslach Burnout Inventory used in most of published studies, to conclude on potential consequences of burnout as a specific disorder.

© 2016 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

Keywords: Burnout, Measurement, Work health, Mental health

Résumé

Dans le contexte de la reconnaissance du *burnout* comme un diagnostic, les auteurs, à partir d'une revue de littérature internationale, refont l'historique du concept et reprennent les débats sur la notion même du *burnout* dans d'autres pays européens. Elles revoient en détail les méthodes de mesure, en particulier le Maslach Burnout Inventory utilisé dans la très grande majorité des travaux publiés internationalement. Elles décrivent les conséquences de l'adoption du *burnout* en tant que diagnostic et ses critiques.

© 2016 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Mots clés : Burnout, Mesure, Santé au travail, Santé mentale

Récemment il a été proposé de considérer en France le *burnout* comme une maladie professionnelle. Le texte décrivait le *burnout* comme « tout symptôme médicalement constaté lié au surmenage d'origine professionnelle, notamment en cas de pression excessive sur les délais de réalisation des objectifs, ou au harcèlement dont le salarié peut être victime dans le cadre de ses relations de travail ». Cette inscription à cette liste aurait ainsi dû contraindre les entreprises à prendre en charge les frais médicaux engendrés par la maladie.

La proposition a été refusée sur l'argument que le *burnout* n'était pas suffisamment défini et mesurable et qu'en conséquence cette proposition n'était pas facilement applicable et

pouvait amener à de nombreux conflits. Cependant, il a été retenu que des pathologies psychiques pourraient être reconnues comme maladies d'origine professionnelle sans référence spécifique au *burnout*.

Dans ce contexte, cet article se propose de :

- reprendre les définitions du *burnout* depuis son origine ;
- décrire et comparer les méthodes de mesure du *burnout* ;
- positionner le *burnout* par rapport aux diagnostics psychiatriques et aux entités médicales.

L'article est construit à partir d'une revue de littérature et des bases de données PubMed, MEDLINE, psy INFO sur les mots clés « Burn-out » « épuisement professionnel » avec ensuite un focus sur les mesures (*measurement, assessment*) en langue anglaise et française ; de plus une recherche spécifique a été faite sur le site de BMC Public Health où plusieurs articles sur le *burnout* ont été publiés.

* Auteur correspondant.

8, rue Maria-Helena-Vieira-Da-Silva, pavillon Leriche, porte 11, 5^e étage, 75014 Paris, France.
e-mail : viviane.kovess@ehesp.fr (V. Kovess-Masfety), ls@ifas.net (L. Saunder).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.admp.2016.01.007> Archives des Maladies Professionnelles et de l'Environnement 2017;78:16-23
1775-8785X/© 2016 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

L'historique

Un article relativement récent [1] relate « 35 années » de recherche sur le *burnout*. Cet article, signé par Schaufeli et Maslach, auteurs qui ont beaucoup publié sur le *burnout* et sa mesure, retrace en quelque sorte la carrière du concept en la reliant aux changements sociétaux qui ont lieu aux États-Unis au cours de ces années. Ces auteurs font remonter aux années 70 l'émergence du concept de *burnout*.

Ce tableau nous est rapporté par T. Friberg [2] à partir de la description princeps de Freudenberger (1974), un psychanalyste new-yorkais qui, le premier, publie, dans un journal en sciences sociales, une description d'une expérience qu'il a vécue personnellement. Dans le contexte déjà décrit plus haut d'une « croisade contre la pauvreté », il s'est engagé dans une des cliniques gratuites de l'East Village pour venir en aide à des personnes très défavorisées, prenant en charge de jeunes drogués sans abri et des populations en grande difficulté sociale pour lesquels les améliorations sont difficiles à obtenir et à maintenir dans le temps. Cette activité étant bienveillante, il a continué par ailleurs à voir ses patients comme il le faisait auparavant, se retrouvant à faire en quelque sorte une double journée de travail dont une partie se déroulait la nuit. Beaucoup de membres du personnel de la clinique se sont trouvés dans la même situation. Au bout d'un certain temps, après avoir maintenu que tout allait bien malgré une fatigue constante, une irritabilité et des infections chroniques, il craque, ne peut plus se lever et dort plusieurs jours. Impressionné lui-même par cette expérience, partagée avec d'autres collaborateurs, il publie une description de son vécu : être épuisé, lessivé par des demandes excessives d'énergie et de ressources à fournir. Après avoir colligé par écrit ses émotions et s'être reposé, il publiera un autre article décrivant des symptômes physiques (perte de poids de sommeil, se sentir épuisé, avoir des douleurs gastriques, le souffle coupé, une mauvaise résistance aux infections), comportementaux (colère, irritation, intolérance aux frustrations) et psychologiques (épuisement, ennui, ressentiment, désenchantement, découragement et confusion et dépression). Freudenberger décrit aussi les phases de son expérience qu'il modélise en douze étapes :

- besoin de se prouver à soi-même amenant à une ambition excessive ;
- travailler plus ;
- négliger ses propres besoins ;
- déplacer les conflits et les besoins ;
- plus de temps pour s'occuper des besoins non reliés au travail ;
- déni du problème et rigidification de la pensée ;
- retrait et cynisme ;
- changements de comportement ;
- dépersonnalisation, perte de contact avec soi-même et ses propres besoins ;

- vide intérieur, anxiété et comportement addictif ;
- impression grandissante de perte de sens et perte d'intérêt ;
- épuisement physique qui peut être mortel.

À partir de cette description, il propose de considérer que cet état est causé par un déséquilibre entre le désir d'aider les autres et ce que cela apporte à la personne qui aide. Il oppose ainsi le *burnout* à la réalisation de soi. Il reconnaît que le besoin d'aider les autres peut provenir d'un sentiment de culpabilité et que, dans ce cas, on ne sait plus se limiter à ce qu'on peut donner : le *burnout* est en quelque sorte le résultat de ce déséquilibre car on donne beaucoup sans recevoir en retour. Si cette description princeps est intéressante et bien décrite, elle n'ancre pas pour autant le phénomène dans la science d'autant qu'il s'agit ici d'un contexte assez particulier, en référence aux difficultés du bénévolat, de la clientèle très difficile à laquelle il s'adresse et du désenchantement qu'il peut en résulter. Nous sommes donc loin du monde du travail tel que le vivent la plupart des personnes.

Toujours pour cet auteur, la seconde étape est celle de la transformation de cette description autobiographique clinique en un objet mesurable et c'est l'apport de Maslach et de sa collègue Jackson (1976). À partir de 200 interviews non directifs auprès de personnes qui travaillent avec des populations en grande détresse (travailleurs sociaux, avocats commis d'office, infirmières psychiatriques, psychiatres et psychologues), Maslach et Jackson décrivent leur vécu qu'elles classifient en trois catégories à partir d'une analyse factorielle des réponses à ces questions : « l'épuisement émotionnel », la « dépersonnalisation » qui est une attitude négative et cynique vis-à-vis des clients et enfin le sentiment de « perte d'accomplissement de soi » qui fait qu'on s'évalue négativement dans son travail. Le phénomène, dit de *burnout*, est retrouvé dans les professions d'aide qui lui donnaient jusque-là différentes dénominations. Elles soulignent alors l'importance pour ces professions de bien cerner leurs motivations et d'être plus ouvertes et réceptives à leurs propres sentiments pour éviter le « syndrome de John Wayne » : toujours prêt à se battre, même avec une flèche dans le cœur... Les premières descriptions du phénomène ainsi mesuré sont publiées dans des journaux grand public et semblent anecdotiques mais la publication en 1981 de son livre sur la mesure du *burnout* est un virage très important dans la légitimation du phénomène car il s'accompagne d'une méthode de mesure : le Maslach Burnout Inventory (MBI) expérimenté sur un échantillon de 605 personnes œuvrant dans les services (police et prisons) et les institutions de santé.

À la suite de cette description, faite dans le contexte des professions d'aide dans les années 70, le concept s'est étendu aux professions en relation avec une clientèle, puis plus généralement aux professions nécessitant de la créativité, de la résolution de problèmes ou encore de l'enseignement ou de l'encadrement [1].

Schaufeli et Maslach retracent le parcours du *burnout* et des populations auxquelles il s'est appliqué au fur et à mesure de l'évolution de la société aux États-Unis : l'ayant d'abord décrit pour les professions d'aide, ils rapportent la croisade contre la pauvreté initiée aux États-Unis dans les années 60 et l'attrait vers des professions d'aide de jeunes Américains motivés et idéalistes qui se sont ensuite confrontés aux dures réalités des populations auxquelles ils venaient en aide. Le *burnout* n'est pas l'épuisement qui, en soi, peut advenir dans beaucoup de circonstances, mais la perte de sens des buts poursuivis qui, en retour, altère l'identité de la personne qui adhère à ces buts. C'est le passage d'une action idéaliste à la bureaucratisation des services sociaux qui aurait en quelque sorte produit ce désenchantement et le phénomène de *burnout*. Ils donnent pour contre-exemple les monastères et centres de soins tenus par des religieux ou encore les écoles expérimentales type Montessori où l'idéologie et la cohésion qu'ils suscitent auraient évité le *burnout*.

À ceci s'ajoutent les effets de la révolution culturelle des années 60 à la suite de laquelle les professions aidantes perdent leur prestige tandis que les personnes aidées sont de plus en plus exigeantes. Les années 70 coïncident avec une sorte de destruction des communautés sociales, familiales et religieuses et l'apparition d'un individualisme qui fait qu'en l'absence du support donné par la société, les individus déterminent par eux-mêmes les définitions de leurs rôles sociaux. On voit ainsi apparaître une culture « narcissique » dans laquelle les individus cherchent d'immédiates gratifications et sont tournés vers leurs propres besoins tout en étant constamment insatisfaits. En parallèle, on est passé d'une société industrielle à une société de services qui s'accompagne de pressions psychologiques plus élevées. Les auteurs vont jusqu'à décrire deux étapes mettant en parallèle des changements sociétaux et des descriptions de malaise dans le travail : le changement technologique qui s'est accompagné de la description de la neurasthénie et le changement dans les relations sociales qui s'est accompagné du *burnout*.

Cependant, ils remarquent qu'on ne peut plus rattacher aujourd'hui le *burnout* tel qu'il a été attribué au départ à la perte d'idéologie de jeunes gens naïfs car les jeunes d'aujourd'hui sont lucides sur la société et le monde du travail ; ils se tournent donc vers d'autres facteurs pour expliquer le *burnout*. Deux types de facteurs sont alors proposés :

- la présence de demandes qui dépassent les ressources dans un contexte où les personnes n'arrivent pas à récupérer ;
- l'absence de motivation et les conflits de valeur.

Dans un contexte où les employés sont critiques, voire septiques, sur les sociétés qui les emploient, sur les valeurs et méthodes de leurs dirigeants, ils ne voient pas pourquoi ils devraient faire des sacrifices personnels pour la vie de leur entreprise.

Le phénomène de *burnout* s'est ainsi globalisé au fur et à mesure que les sociétés changeaient. Après les États-Unis, il a été décrit dans les pays d'Europe, au Royaume-Uni, en Hollande et en Belgique et dans les pays nordiques et s'étend maintenant en Afrique, en Chine et particulièrement dans le continent indien où les changements de société sont très rapides.

Au final, ce concept décrit essentiellement une expérience en relation avec le travail dans laquelle les personnes se sont reconnues et se reconnaissent encore aujourd'hui. Des États-Unis où le concept est né, il s'est répandu dans presque toutes les sociétés et est devenu un sujet d'étude faisant l'objet de très nombreuses publications, ateliers et congrès et Schaufeli et Maslach estiment que cette description a stimulé les recherches sur le stress au travail, a permis la mise en place de très nombreuses interventions pour le prévenir et le traiter au point que dans certains pays (Suède et Hollande cf. infra), le *burnout* est une maladie reconnue permettant l'attribution de prestations et le remboursement des traitements.

Leur papier se termine sur le futur du *burnout*. Les auteurs estiment que l'influence actuelle de la psychologie positiviste amène à se poser la question des aspects positifs de l'engagement professionnel, le *burnout* étant le continuum négatif tandis que la partie positive est constituée par la motivation, l'initiative et la créativité au travail. On peut ainsi considérer le *burnout* comme une érosion de l'engagement dans le travail et étudier les processus qui font que les personnes s'engagent ou se désengagent de leur travail, sachant que les entreprises ont besoin de personnes autonomes, qui sont à même de résoudre les problèmes et sur lesquelles elles peuvent compter.

La mesure du *burnout*

De fait, si certains en France ont cherché à définir autrement le *burnout*, notre revue de littérature internationale montre à quel point le MBI (Maslach Burnout Inventory) occupe une position prédominante et de très loin : plus de 90 % des très nombreux articles parus sur le *burnout* utilisent cet instrument y compris les articles les plus récents. Nous nous concentrerons donc sur cet outil de mesure (le MBI).

La version originale, dite version pour les personnes engagées dans les services d'aide aux personnes, comporte 22 questions :

- 9 questions sur l'épuisement émotionnel ;
- 5 questions sur la dépersonnalisation ;
- 8 questions sur le sentiment de perte d'accomplissement personnel.

Chaque item fait l'objet d'une réponse sur une échelle de Likert à 7 degrés, graduée de jamais (cotée 0) à chaque jour (cotée 6)¹.

¹ <http://www.atousante.com/risques-professionnels/sante-mentale/stress-professionnel/test-inventaire-burn-out-maslach-diagnostiquer-epuisement-professionnel/>.

Les scores de chacune des dimensions sont additionnés pour produire trois scores.

La traduction française est présentée par Lourel [3] comme réalisée par Delmas [4] qu'il estime équivalente à celle de Dion [5] au Québec. Cet auteur estime que les propriétés psychométriques ont été largement étudiées [6] tant pour la validité convergente que divergente. La structure factorielle initialement validée par Maslach et Jackson [7] a été retrouvée dans de nombreux pays [8] et la validité interne de chacune des dimensions est satisfaisante pour chacune des trois sous-échelles excepté dans une étude espagnole dans laquelle la validité de la dépersonnalisation est faible [9].

L'utilisation de ces échelles permet de comparer les effets de certains prédicteurs, par exemple des éléments de l'organisation du travail sur chacun de ces scores.

Plus délicate et controversée est la création de seuils au-delà desquels la personne est en *burnout* : c'est le passage d'une mesure qui évalue un état à un moment donné au précurseur d'un diagnostic ou d'un état considéré comme anormal.

Des normes ont été élaborées, quoique très difficiles à se procurer. P. Zawieja [10] dans son « Que sais-je » sur le *Burnout* produit un tableau présentant les valeurs originales et les valeurs françaises que nous reproduisons dans le [tableau I](#).

Il prévient qu'il existe des différences de normes entre la version originale et la version française car cette dernière est québécoise et par conséquent n'est peut-être pas adaptée à la France. Curieusement pour l'une des normes, il existe une légère différence² entre la norme française citée [11] et ce qui est publié par l'auteur mais cela ne change rien dans la mesure où les seuils « élevés » sont identiques. Par contre, il est quasi impossible de savoir d'où proviennent ces normes dites « françaises » ou québécoises.

Du Québec, nous avons trouvé plusieurs publications : la première concerne la traduction de l'échelle et la validation de la structure factorielle [5]. Sont ensuite comparés les points de césure d'une étude de Maslach et Jackson sur 11 067 sujets et ceux d'un échantillon de 1104 professions médicales, pour lesquelles les points de césure sont différents. L'étude québécoise, beaucoup plus modeste, porte sur 258 éducatrices et 123 infirmières. Les points de césure américains et québécois diffèrent essentiellement pour la dépersonnalisation moins fréquente dans la population québécoise. Les auteurs ne précisent pas leur méthode de calcul des césures mais mentionnent les distributions et posent la question d'établir des points de césure par profession ou pour une population générale à laquelle les professions seraient comparées.

L'autre étude est celle de Dionne-Proulx [12] sur des enseignants du collège qui énonce que Maslach et Jackson ont établi des seuils élevés moyen et bas sur la base de plus de trois points de plus que la distribution normale pour le score élevé, trois points de moins pour le score bas, le reste étant

² Le seuil dépersonnalisation faible/modéré est de 4 au lieu de 5 dans la version dite Galam.

Tableau I

Valeur-seuils du MBI pour chacune des trois échelles (Maslach et Jackson, 1986 ; Galam, 2012). Le *Burn out*. Que sais-je. PUF.

Dimension du <i>burn out</i>		Faible	Modéré	Élevé
Épuisement émotionnel	Original	≤ 16	17–26	≥ 27
	France	≤ 17	18–29	≥ 30
Dépersonnalisation	Original	≤ 6	7–12	≥ 13
	France	≤ 4	5–11	≥ 12
Accomplissement personnel	Original	≤ 37	31–36	≥ 30
	France	≤ 40	34–39	≥ 33

moyen. Un score élevé à une échelle signifie un *burnout* léger, deux sur trois un *burnout* moyen et trois, un *burnout* sévère. On trouve néanmoins sur Internet des versions françaises et des propositions de seuils, certains utilisant les seuils américains, d'autres des seuils français identiques à ceux proposés par Zawieja citant les seuils utilisés dans l'étude de Galam sur les étudiants en médecine [11].

Pourtant la nécessité de normes nationales est soulignée par Schaufeli [13] qui a traduit le MBI en hollandais, puis l'a légèrement transformé pour en faire le UBOS Utrecht Burnout Scales en retirant deux items sur 22 qui ne collaient pas bien dans l'analyse factorielle.

Par ailleurs, le MBI original a été décliné en deux autres versions : une version destinée aux éducateurs et aux enseignants semblable à la version originale mais où les termes patients/clients sont remplacés par élèves et que nous avons nous-mêmes utilisés en France [14] et une version dite « générale » réduite à 16 items : 5 items sur l'épuisement professionnel, 5 items sur le cynisme et 6 sur l'efficacité professionnelle pouvant s'appliquer à toutes les professions. Enfin il existe une version en 25 items pour laquelle trois items ont été ajoutés : « Je me sens semblable à mes patients/clients en beaucoup d'aspects ; Je m'implique personnellement dans les problèmes de mes patients/clients ; Je ne suis pas à l'aise avec la façon dont j'ai traité certains de mes patients/clients » [15].

Pour certains, l'échelle ne peut être utilisée en calculant un score global alors que pour d'autres [16] (Bianchi citant Ahola 2005), cela dépend des objectifs poursuivis et une mesure unique peut être recherchée si on conçoit le *burnout* comme un tout.

Un autre débat concerne l'échelle de perte de l'accomplissement de soi dont les propriétés psychométriques seraient moins bonnes et qui, en fait, ne devrait pas être considérée comme faisant partie du *burnout* [17]. Enfin, dans le cas d'une utilisation en score global, la pondération des échelles est aussi proposée : Bianchi, par exemple, pondère l'épuisement émotionnel par 0,6 alors que la dépersonnalisation est pondérée 0,4 sur l'argument que l'épuisement émotionnel est la dimension la plus importante du *burnout* en se référant à des travaux de Maslach et d'Ahola [16]. Le seuil de cet indicateur

« unique » est aussi discuté ; Bianchi le propose à cinq sur six car il correspond à des symptômes expérimentés plusieurs fois par semaine. Il argumente cette position sur le fait que des travaux précédents, ayant utilisé un seuil plus bas 3,5 sur 6, font entrer dans le *burnout* des personnes qui souffrent de ces symptômes une fois par mois ou une fois par semaine et ne souffriraient pas d'un *burnout* « pathologique » mais d'un stress professionnel entrant ainsi dans la catégorie des réactions normales.

On voit donc que même si le MBI est l'instrument de référence, de nombreux problèmes persistent quant aux seuils, à la validité de la traduction française et aux différentes versions. En Hollande où Schaufeli a développé UBOS, on ne trouve pas moins de trois versions différentes avec des systèmes d'exploitation divers.

Une autre méthode pour déterminer un seuil à partir duquel une personne souffrirait de *burnout* est d'utiliser un seuil dit « statistique » basé sur la distribution du ou des scores dans une population et de proposer que les 10 à 5 % les plus élevés, voire le tiers comme cela a été proposé par Maslach, soient considérés comme souffrant de *burnout*.

Une autre possibilité est d'évaluer « cliniquement » les personnes souffrant de *burnout* et de comparer leurs résultats à leurs scores au MBI. C'est ce qui a été fait en Hollande par Schaufeli qui a utilisé le diagnostic de neurasthénie en y ajoutant deux critères « dû au travail » et nécessitant un traitement par un professionnel [13]. Pour les personnes présentant cette définition clinique, il détermine des seuils du MBI et un type de combinaison pour définir le *burnout* « maladie ».

L'approche diagnostique et la reconnaissance en tant que maladie

La catégorisation des personnes dans deux catégories « souffrant de *burnout* » versus « n'en souffrant pas », est un élément clef du passage à la « médicalisation » du *burnout*. En effet si on est capable de définir précisément le « cas », on peut avancer sur l'intégration en tant que « maladie » et ses corollaires : prise en charge clinique et financière et le *burnout* devient une maladie au même titre que le diabète ou l'hypertension.

Or, de nombreux courants ont discuté la définition même du *burnout*. Une des discussions majeures concerne les dimensions : il a été avancé que seul l'épuisement professionnel appartenait au *burnout* et que les dimensions de dépersonnalisation et de manque de réalisation de soi au travail étaient secondaires et n'étaient pas nécessaires pour définir le *burnout*. Partant de là et si le *burnout* est un état d'épuisement chronique, il n'y a aucune raison de penser que ce soit uniquement dû au travail. De fait, Bianchi [18] soutient, avec l'appui de plusieurs autres auteurs, que l'épuisement, tel que décrit dans le *burnout*, peut se produire dans des contextes divers et ne se

résume pas au domaine du travail : les mêmes symptômes peuvent se retrouver dans différentes circonstances de la vie personnelle : maladies sévères, charge des enfants ou d'une personne handicapée à la maison ou encore en tant qu'étudiant, et même des retraités ou des chômeurs pourraient souffrir de ces symptômes d'épuisement de ce type ; de plus, l'apparition du cynisme et l'impression d'échec peuvent se produire dans toutes ces situations. Finalement, l'épuisement face à des stress chroniques concernerait toutes les situations qui font sens pour la personne et sont déterminantes dans sa vie.

En psychiatrie plus qu'ailleurs, la différence entre un état normal ou passager et une maladie est complexe. Vis-à-vis des symptômes psychiatriques même les plus inhabituels comme les idées délirantes, on peut décrire, sans forcément les opposer, deux approches : une vision plutôt psychosociale qui considère que les symptômes sont sur un continuum et une vision plus médicale en « présence vs absence » du diagnostic, cherchant à décrire les maladies avec le souci de ne soigner que les personnes en ayant besoin. Cette vision médicale définissant des diagnostics et des seuils sert de base à la prise en charge de ces problèmes par les assurances-maladies qui, dans la plupart des pays, ne prennent en charge que des « maladies ». Ces critères diagnostiques se doivent donc d'être suffisamment précis pour pouvoir amener à des décisions, pouvant elles-mêmes être contestées. S'ajoute au contexte des assurances-maladies la question des maladies dites professionnelles dont les causes sont les conditions de travail et dont les modalités de prise en charge diffèrent des maladies contractées hors de ce contexte.

Il existe deux classifications des maladies prenant en compte les maladies mentales : la classification des maladies de l'OMS actuellement dans sa 10^e version (la version 11 est en préparation) dont le chapitre 5 est consacré aux maladies mentales et le Diagnostic Statistical Manual (DSM) qui est une classification de l'association américaine de psychiatrie.

Le *burnout* ne figure ni dans la classification de l'OMS ni dans le DSM qui sont d'ailleurs des classifications relativement proches ; le DSM étant « critérisé » tandis que la version dite « clinique » de la CIM 10 ne l'est pas³. Les deux classifications essayent de tenir compte du contexte dans lequel les maladies se développent. Un des points importants de la récente révision du DSM a été d'isoler les maladies du stress dont le stress post-traumatique et les troubles d'adaptation, dans une catégorie spéciale.

Une des difficultés est de faire la différence entre des symptômes qui sont présents chez la plupart des personnes, parfois plus accentués quand elles vivent une situation difficile, et les maladies qui nécessitent une prise en charge médicale qui a des conséquences financières.

Les enquêtes en population générale démontrent la fréquence avec laquelle les personnes rapportent des symptômes d'anxiété et de dépression, la plupart du temps

³Sauf dans sa version recherche, en fait, peu utilisée.

passagers et peu intenses leur permettant de mener une vie normale. Les critères de diagnostics reposent donc à la fois sur des durées – par exemple deux semaines pour les troubles dépressifs majeurs – sur l'intensité des symptômes – être présents tous les jours et toute la journée – et sur la coexistence d'un certain nombre de symptômes survenant dans la même période. Pour la dépression, au moins cinq symptômes concomitants sont nécessaires en plus du sentiment dépressif, parmi les suivants : la perte de plaisir, les troubles de concentration, la perte du sommeil, de l'appétit, la dévalorisation, le sentiment intense de culpabilité, la pensée de mort, le ralentissement. Le retentissement sur la vie est aussi un critère essentiel en ce qu'il empêche la personne de travailler, d'avoir une vie sociale et d'une façon générale, d'exercer ses activités. Dans toutes les enquêtes de population, y compris françaises, environ 20 % de la population souffre de détresse psychologique plus connue sous le vocable « mal-être » évalué en général sur le mois précédent par des échelles⁴. En France, le trouble dépressif majeur, l'année passée, était évalué à 6 % dans une étude ancienne conduite en 2001 [19] et plus récemment à 7,5 % dont 2,8 % d'épisodes sévères [20].

Ce contexte est important à rappeler dans la mesure où une des raisons invoquées pour ne pas inclure le *burnout* comme un diagnostic spécifique, est que d'une part, ce trouble n'est pas assez bien défini, que ses critères sont flous et que d'autre part, le recoupement avec deux diagnostics existants – le trouble dépressif et le trouble de l'adaptation – est tellement important qu'il n'est pas nécessaire d'ajouter un diagnostic spécifique.

Pour étayer ce point, R. Bianchi et E. Laurent de l'université de Franche-Comté ont tout d'abord comparé la symptomatologie de personnes souffrant de *burnout* à celle de personnes souffrant de troubles dépressifs majeurs pour conclure que leurs similarités ne justifiaient pas la création d'une entité « *burnout* » [21]. Ils ont ensuite étudié 5575 enseignants et établi que 90 % des personnes identifiées « *burnout* » suivant les critères décrits plus haut, souffrent de dépression majeure suivant les critères DSM-V dont 62 % d'une forme particulière dite « atypique » représentant donc tous les symptômes de la dépression majeure mais auraient un profil particulier, d'où cette dénomination. Chez ces déprimés dits « atypiques », on remarque que l'apparition d'éléments positifs entraînent des réactions positives : c'est ce qu'ils appellent la « réactivité de l'humeur » (critère obligatoire). Est aussi nécessaire à ce diagnostic la présence d'au moins deux des quatre symptômes suivants : augmentation de l'appétit ou une prise de poids, hypersomnie, impression de sentir ses membres lourds et une sensibilité extrême au rejet dans les relations interpersonnelles [16].

Ces mêmes auteurs ont aussi conduit une impressionnante revue de littérature sur les différences entre le *burnout* et la dépression [22] qu'ils concluent en questionnant la validité de

la description même du *burnout* et en soulignant l'absence de données cliniques précises permettant de le distinguer de la dépression et ce, d'autant qu'il existe de nombreuses formes cliniques de troubles dépressifs et que ces dernières ne sont pas précisées dans les recherches menées sur le *burnout* et la dépression.

Il a aussi été proposé de considérer le *burnout* dans le cadre du diagnostic « troubles de l'adaptation » (F43.2) [15] qui implique une réaction de type dépressive, anxieuse ou mixte dans les trois mois suivant un stressor clairement identifié à condition :

- que la détresse soit disproportionnée à la situation et entraîne une gêne significative dans plusieurs domaines de la vie ;
- que l'état ne doit pas persister plus de six mois après cessation de la situation ;
- et que la personne ne doit pas présenter un autre diagnostic [13].

Une autre possibilité est d'utiliser la « neurasthénie » F48.0 qui est un diagnostic abandonné aux États-Unis et en Australie mais qui reste utilisé en Europe. En France, il a été défini par J. Garrabé dans la CIM 9 (Neurasthénie 300.5) avec la définition suivante : « Troubles névrotiques caractérisés par la fatigue, l'irritabilité, la céphalée, la dépression, l'insomnie, la difficulté de concentration et l'absence de capacité de plaisir (« anhédonie »). Ce trouble peut accompagner ou faire suite à une infection ou un surmenage ou résulter d'une tension émotionnelle permanente ». Une définition plus précise peut être trouvée dans le référentiel des médecins anglais⁵ :

- symptôme d'épuisement après un effort mineur, intellectuel ou physique, persistant et engendrant une détresse ;
- accompagné d'un ou plus symptômes, tels que douleurs musculaires, vertiges, maux de tête, problèmes de sommeil, impossibilité de se détendre ou irritabilité ;
- absence de récupération après repos, relaxation ou expériences agréables ;
- durant plus de trois mois ;
- en l'absence d'un diagnostic de problèmes physiques ou mentaux.

Les classifications médicales déjà citées cherchent aussi à repérer le contexte dans lequel les maladies se déroulent qui sont des informations importantes à prendre en compte même si elles ne constituent pas un diagnostic. Ainsi, le DSM dans sa version précédente (IV) comportait-il un axe 4 décrivant les stressors psychosociaux ou environnementaux ; les patients ; qui consultaient uniquement pour ces raisons n'étant pas considérés comme des malades, n'étaient pas éligibles à la prise en charge de leur traitement et ses cotations restaient

⁴ http://www.ec.europa.eu/health/archive/ph_projects/2001/monitoring/fp_monitoring_2001_frep_o6_en.pdf.

⁵ http://www.psychnet-uk.com/x_new_site/DSM_IV/neurasthenia.html.

donc dans leur dossier et n'étaient pas communiquées aux assurances. Le DSM-V a supprimé cet axe et il a été suggéré d'écrire plutôt des notes dans les dossiers et, si on souhaitait les codifier, d'utiliser les codes de contexte toujours présents dans la CIM 10.

Le système français, dit PMSI⁶, qui est utilisé dans le codage des activités hospitalières et ambulatoires utilise la CIM 10 et propose ces différentes cotations dont la neurasthénie citée plus haut, dans lesquelles on peut relever des éléments correspondant au *burnout*, même si le travail n'y est pas nommé cité dans le code : « Z 73 Difficultés liées à l'orientation de son mode de vie » où on trouve : « Z73.0 Surmenage : état d'épuisement ; 1 Difficulté(s) de(s) liées à épuisement (état de) ; 2 Difficulté(s) de(s) liées à surmenage ; 3 État (de) épuisement ; 4 Surmenage sans précision ». Il existe aussi le code « Z 56 Difficultés liées à l'emploi et au chômage » dans lequel sont décrits notamment : « Z56.3 Rythme de travail pénible ; Z56.4 Désaccord avec le supérieur et les collègues ; Z56.5 Mauvaise adaptation au travail ; Z56.6 Autres difficultés physiques et mentales liées à l'emploi ». Il existe aussi un code « Z57 Exposition professionnelle à des facteurs de risque ». Si ces précisions peuvent potentiellement être utiles à condition d'être codées systématiquement et de refléter des conditions identiques, elles pourraient alors évaluer les relations entre les conditions de travail et les différentes pathologies mais elles ne mesurent pas le *burnout* en tant que tel.

En Suède, l'introduction du *burnout* s'est faite en 1997 lors de la traduction en suédois de la CIM 10 quand le code Z73.0 « Surmenage : état d'épuisement » a été considéré comme un véritable diagnostic donnant droit à un traitement et une prise en charge médicale. Cette décision est interprétée par Friberg [2] comme une réponse à l'insécurité émotionnelle causée par les bouleversements sociétaux dans ce pays. Ceci a permis de classer des comportements jusqu'alors inconnus et des expériences plutôt vagues en relation avec ces problèmes, dans une catégorie « médicale » qui en constituait en quelques sortes une réponse.

Ce faisant, le *burnout* est devenu en Suède un des cinq diagnostics les plus fréquents et y est qualifié de maladie nationale dont le coût est très élevé à cause des arrêts de travail de longue durée qu'il entraîne. De ce fait, la sécurité sociale suédoise a remis en cause un tel diagnostic quand il est porté par ces médecins généralistes arguant que les critères en sont trop vagues et exige actuellement, pour sa prise en charge, sa reconnaissance par un psychiatre pour le prendre en compte. D'un autre côté dans ce pays, le *burnout* est vu par tous les partis politiques comme un problème qu'il faut stopper quelles que soient les méthodes évoquées : diminuer le nombre d'heures de travail, augmenter la participation des travailleurs aux décisions de l'entreprise, augmenter le temps de loisir, améliorer la compatibilité avec la vie familiale.

⁶ Programme médicalisé des systèmes d'information : <http://www.atih.sante.fr/psy/presentation?secteur=PSY>.

Parallèlement de nombreuses recherches ont été entreprises sur les méthodes de traitement du *burnout* afin de pouvoir remettre les personnes au travail le plus rapidement possible. Une revue de littérature récente internationale citée dans un rapport fait pour le Gouvernement suédois⁷ montre à quel point on manque de travaux de recherche ayant de bonnes qualités scientifiques sur le *burnout* et sur l'efficacité des méthodes pour le combattre et le soigner. De ce fait, le Gouvernement suédois a mis en place des subventions de recherche très importantes pour faire avancer les connaissances sur ce sujet, ceci alors même que l'existence même du *burnout* continue à être débattue dans le pays et que, pour Friberg, [2], il n'existe en Suède pas plus qu'ailleurs d'arguments médicaux objectifs démontrant que la vie professionnelle soit devenue plus difficile et justifie l'accent actuel mis sur ce « diagnostic ». La différence essentielle avec les périodes précédentes serait plutôt que les gens aujourd'hui plus que ceux d'hier attendent des satisfactions individuelles dans leur vie professionnelle et sont frustrés de ne pas les trouver. De plus, les nouvelles organisations du travail amènent les personnes à se sentir plus fréquemment seules, donc vulnérables. La création du *burnout* serait en quelque sorte une médicalisation d'une situation difficile à vivre.

Cette position est partagée par Kaschka [15] qui se félicite que l'Allemagne n'ait pas suivi les exemples de la Hollande et de la Suède en ne reconnaissant pas le *burnout* comme un diagnostic. Cet auteur estime que les études concernant le *burnout* manquent, qu'il n'existe aucun instrument standardisé et validé accepté internationalement, pas plus que d'études épidémiologiques et médico-économiques sur le *burnout*. L'absence de connaissances approfondies sur l'étiologie et le processus de ce phénomène, y compris ses mécanismes neurobiologiques, le manque d'études sur l'efficacité des traitements fait que le terme de *burnout* ne saurait actuellement être utilisé ni comme un diagnostic médical ni comme une base pour prendre des décisions sur l'incapacité au travail ou tout autre type de décision ayant des implications économiques.

Conclusion

Si en introduction, nous faisons référence sur la reconnaissance du *burnout* comme une maladie professionnelle, il nous semble important et intéressant de préciser que tout le débat sur ledit *burnout* répond à trois enjeux ou logiques différentes.

Le premier enjeu faisant l'objet de notre recherche est celui de l'enjeu clinique. Le *burnout* correspond-il à un nouveau critère diagnostic non pris en compte par les pathologies mentales déjà recensées. Et si oui, comment peut-on le diagnostiquer, le

⁷ 2003 Sjukskrivning—orsaker, konsekvenser och praxis: en systematisk litteraturoversikt. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering.

mesurer et mettre en place des politiques de prévention en entreprise.

Le deuxième enjeu et non des moindres est économique. Qui va payer ? Est-ce le Régime général ou professionnel ? Compte tenu de l'état des comptes de la sécurité sociale, et au regard de l'expérience de la Suède décrite ci-dessus, l'État a tout intérêt à rester prudent et c'est la position qui a pour l'instant prévalu en France.

Le troisième enjeu est politique et médiatique. En France, dès qu'on aborde le sujet de la souffrance au travail, le sujet attire l'attention, les médias et devient un bon moyen d'influence. Agiter le chiffon rouge sans rigueur scientifique ne fait cependant pas avancer les connaissances sur les effets du travail et de son organisation sur la santé mentale qui, in fine, est la préoccupation de tous.

Pour conclure, et au regard de cette revue de littérature et analyse, il ne nous semble pas pertinent d'ajouter un nouveau concept permettant un diagnostic supplémentaire. Le trouble dépressif suivant les critères DSM-V recouvrant 90 % des personnes identifiées « *burnout* », et en complément, le trouble de l'adaptation nous paraissent suffisants.

Les entreprises ont un rôle essentiel dans la bienveillance de leurs employés et se doivent de proposer un cadre favorisant une bonne santé mentale en combattant autant que faire se peut les sources de mauvaise santé mentale ; elles doivent aussi lutter contre la stigmatisation des maladies mentales qui sont présentes chez leurs employés bien plus fréquemment qu'on ne l'identifie, car ces derniers les cachent de ce fait. Le respect de ces recommandations permettrait déjà une amélioration du malaise au travail, qu'il soit ou non adéquatement défini par le terme de *burnout*.

Nous appelons aussi à la mise en place d'un tissu scientifique indépendant et multidisciplinaire à même d'entreprendre des recherches de qualité sur la santé mentale au travail, doté de moyens adéquats et intégrés dans un cadre scientifique international.

Déclaration de liens d'intérêts

Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

Références

- [1] Schaufeli WB, Leiter MP, Maslach C. Burnout: 35 years of research and practice. *Career Dev Int* 2009;14(3):204–20.
- [2] Friberg T. Burnout: from popular culture to psychiatric diagnosis in Sweden. *Cult Med Psychiatry* 2009;33(4):538–58.
- [3] Lourel M, Gana K, Prud'homme V, et al. Burn-out among personnel of prisons: Karasek's job demand-control model. *Encephale* 2004;30(6):557–63.
- [4] Delmas P. Influence de la hardiesse comme trait de personnalité sur la perception des stressseurs et sur le niveau de burn-out des infirmières en soins intensifs. ENSP; 1997 [Mémoire de recherche pour l'obtention du diplôme de cadre de santé].
- [5] Dion GTR. Validation de la traduction de l'Inventaire d'épuisement professionnel de Maslach et Jackson. *Revue canadienne des sciences du comportement* 1994;26(2):210–27.
- [6] Lourel M, Gueguen N. A meta-analysis of job burnout using the MBI scale. *Encephale* 2007;33(6):947–53.
- [7] Maslach CJS. The measurement of experienced burnout. *J Occup Behav* 1981;2:99–113.
- [8] Poghosyan L, Aiken LH, Sloane DM. Factor structure of the Maslach Burnout Inventory: an analysis of data from large scale cross-sectional surveys of nurses from eight countries. *Int J Nurs Stud* 2009;46(7):894–902.
- [9] Gil-Monte PR. Factorial validity of the Maslach Burnout Inventory (MBI-HSS) among Spanish professionals. *Rev Saude Publica* 2005;39(1):1–8.
- [10] Zawieja P. *Le Burn out*. Paris, France: PUF; 2015 [126 p].
- [11] Galam E, Komly V, Tourneur AL, et al. Burnout among French GPs in training: a cross-sectional study. *Br J Gen Pract* 2013; 63(608):e217–24.
- [12] Dionne-Proulx JAM. L'épuisement professionnel des enseignants du réseau collégial au Québec. *Nouveaux chiers de la recherche en éducation* 2000;7(2):229–46.
- [13] Schaufeli WB, Bakker AB, Hoogduin K, et al. On the clinical validity of the maslach burnout inventory and the burnout measure. *Psychol Health* 2001;16(5):565–82.
- [14] Vercambre MN, Brosselin P, Gilbert F, et al. Individual and contextual covariates of burnout: a cross-sectional nationwide study of French teachers. *BMC Public Health* 2009;9:333.
- [15] Kaschka WP, Korczak D, Broich K. Burnout: a fashionable diagnosis. *Dtsch Arztebl Int* 2011;108(46):781–7.
- [16] Bianchi R, Schonfeld IS, Laurent E. Is burnout a depressive disorder? A reexamination with special focus on atypical depression. *Int J Stress Manage* 2014;21(4):307–24.
- [17] Hakanen JJBAB, Schaufeli WB. Burnout and work engagement among teachers. *J Sch Psychol* 2006;43:495–513.
- [18] Bianchi R, Truchot D, Laurent E, et al. Is burnout solely job-related? A critical comment. *Scand J Psychol* 2014;55(4):357–61.
- [19] Lepine JP, Gasquet I, Kovess V, et al. Prevalence and comorbidity of psychiatric disorders in the French general population. *Encephale* 2005;31(2):182–94.
- [20] Beck FGR. La dépression en France (2005–2010) : prévalence, recours au soin et sentiment d'information de la population. *La santé de l'homme* 2012;42:1:43–5.
- [21] Bianchi R, Boffy C, Hingray C, et al. Comparative symptomatology of burnout and depression. *J Health Psychol* 2013;18(6): 782–7.
- [22] Bianchi R, Schonfeld IS, Laurent E. Burnout–depression overlap: a review. *Clin Psychol Rev* 2015;36:28–41.