

Le burn-out est-il une entité nosographique distincte ?

F. Schmid, Tiphaine Huyghebaert-Zouaghi, A. Bertrand, M. Cartier, K. Deleau, A. Henry, Nicolas Stefaniak

▶ **To cite this version:**

F. Schmid, Tiphaine Huyghebaert-Zouaghi, A. Bertrand, M. Cartier, K. Deleau, et al.. Le burn-out est-il une entité nosographique distincte ?. Psychologie Française, 2021, 66 (3), pp.241-257. 10.1016/j.psfr.2020.07.001 . hal-02923491

HAL Id: hal-02923491
https://hal.science/hal-02923491

Submitted on 29 Sep 2022

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Article original

Le burn-out est-il une entité nosographique distincte ?

Is burnout a medical condition?

F. Schmid, T. Huyghebaert, A. Bertrand, M. Cartier, K. Deleau, A. Henry, N. Stefaniak*

Laboratoire C2S, EA 6291, université de Reims Champagne-Ardenne, BP 30, 57, rue Pierre-Taittinger, 51571 Reims cedex, France

INFO ARTICLE

Mots clés :
Burn-out
Catégorie diagnostique
Dépression
Santé au travail
Stress

RÉSUMÉ

Bien qu'il ait fait l'objet de nombreuses études depuis les années 1970, il n'y a pas de définition consensuelle ni de critères diagnostiques clairs du burn-out. La conséquence en est souvent la non-reconnaissance du burn-out et de la souffrance des individus concernés. L'objectif de cette revue de la littérature est d'étudier si le burn-out devrait être considéré comme une catégorie diagnostique distincte. Malgré le fait que le burn-out soit un phénomène global, aucune revue récente n'a combiné les points de vue de différentes disciplines. Dans cette revue, nous avons recensé les arguments cliniques, psychologiques et biologiques de la reconnaissance du burn-out et nous les avons situés dans leurs contextes sociaux, politiques et économiques afin de dresser une image globale de la thématique. Les futures recherches gagneraient à mettre fin au manque de consensus quant à la définition du burn-out, ses caractéristiques cliniques et ses outils d'évaluation.

* Auteur correspondant.
Adresse e-mail : nicolas.stefaniak@univ-reims.fr (N. Stefaniak).

Keywords:
Burnout
Medical diagnosis
Depression
Occupational health
Stress

A B S T R A C T

Although it has largely been studied since the 1970s, it remains controversial to accurately define what the concept of burnout encompasses. Indeed, burnout is not consensually defined and, although some consider that it is a work-related illness, there is no clear diagnostic criteria. This problem is intensified by the fact that some studies present methodological limitations, thus impeding an appropriate characterization of burnout. As a consequence of this lack of agreement, burnout is not acknowledged as a work-related illness, which minimizes the pain of those individuals who are suffering from it. The present paper will review findings that can help to disentangle whether burnout should be considered as a medical diagnosis. Cultural differences concerning the consideration of burnout as a medical condition will be pointed out and the distinctiveness of burnout compared to depression, adjustment disorder or other stress related symptoms will be highlighted. Moreover, we will explain why considering that burnout belongs to broader diagnostic categories implies that the weight of employees' discomfort mainly relies on personal causes and therefore weakens the role of existing working conditions. This paper will also summarize clinical, psychological and biological evidences for and against the inclusion of burnout as a medical condition, before embedding them in a wider social, political and economic context. More specifically, we will explain why burnout is intimately related to the political and economic situation of a country: when society promotes cost-effectiveness, it increases stress and psychological pressure, which makes a burnout more likely to appear. Furthermore, if burnout is recognized as a work-related disease, the consequences for organizations will be that they will have to pay for additional health care charges. Finally, more effective prevention techniques could be developed, and more appropriate care could be provided to patients, but only if an agreement on diagnostic criteria was obtained and if reliable assessment tools were developed. As long as these issues are not addressed, treatments specifically targeting burnout symptoms will be further delayed although it is a serious clinical condition associated with physical and psychological symptoms impairing patients' quality of life. In conclusion, we suggest that burnout should be considered as a medical condition despite the economic and political impediments. Nevertheless, up to now, several methodological limitations preclude to reliably establish a pathological cut-off and to delineate burnout from other mental illnesses.

1. Introduction

Le burn-out est un phénomène que l'on rencontre de plus en plus souvent depuis ces quatre dernières décennies. Certains auteurs le décrivent même comme un effet de mode qui toucherait, en particulier et sous certaines conditions, les salariés (Maslach & Jackson, 1984, p. 139). Mais qu'est-ce que le burn-out ? Le terme de burn-out signifierait « s'éteindre, se consumer complètement », et renvoie à l'image d'un feu qui s'éteindrait parce qu'il n'est pas alimenté. Mais que signifie-t-il au niveau de la personne ? Le burn-out a été décrit pour la première fois par Freudenberger dans les années 1970. Il décrit à travers le burn-out son propre mal ainsi que celui rapporté par les soignants. Freudenberger

(1974) définit ce mal comme quelque chose qui est ressenti de l'intérieur, mais qui n'est pas visible de l'extérieur. La personne est ainsi vide de toute énergie. Elle est dans un état d'épuisement physique, émotionnel et mental qui résulte d'un investissement prolongé dans des situations de travail exigeantes sur le plan émotionnel (Pines & Aronson, 1988). Le burn-out serait ainsi causé par le travail et tout particulièrement par les situations que la personne rencontre lors de ses journées de travail.

Les travaux de Freudenberger ont été par la suite repris par différents auteurs. La conceptualisation initiale du burn-out a été proposée par Maslach et Jackson (1981) selon qui le burn-out est un syndrome ne concernant que les individus dont le travail implique des relations interpersonnelles. Selon eux, le burn-out se définit par la combinaison d'états d'épuisement émotionnel (c'est-à-dire, sentiment d'être épuisé par les contraintes émotionnelles inhérentes au service humain), de dépersonnalisation (c'est-à-dire, attitude détachée et cynique envers les bénéficiaires du service ou des soins), et de réduction du sentiment d'accomplissement personnel (c'est-à-dire, sentiment de ne pas être efficace/utile dans l'accomplissement de ses responsabilités).

Parce que limiter le burn-out aux métiers à caractère relationnel (e.g., enseignants, infirmiers, travailleurs sociaux) s'avère restrictif (Schaufeli, Enzmann, & Girault, 1993), des définitions alternatives du burn-out ont été proposées. La conceptualisation la plus influente aujourd'hui encore, se calquant sur l'approche initiale de Maslach et Jackson (1981), a été proposée par Schaufeli et al. (1996). Ces auteurs distinguaient l'épuisement émotionnel (c'est-à-dire, épuisement général, ne faisant pas référence au contact humain), le cynisme (c'est-à-dire, attitude distante et d'indifférence à l'égard du travail, et non des bénéficiaires des soins ou des services) et l'efficacité professionnelle réduite (c'est-à-dire, évaluation des accomplissements passés et présents, et non exclusivement de l'efficacité actuelle). Ces trois dimensions sont ainsi conçues pour être transposables à toute profession et renvoient à des aspects du travail plus généraux et non spécifiquement articulés autour de la relation à autrui.

Quelles que soient les approches proposées pour caractériser le burn-out, il existe un consensus quant au rôle central de l'épuisement émotionnel dans le processus de burn-out (Leiter, 1993 ; Shirom, Melamed, Toker, Berliner, & Shapira, 2005). C'est autour de cette dimension centrale que s'articule une autre conceptualisation majeure du burn-out proposée par Shirom et Melamed en 2006. Ces chercheurs définissent ainsi le burn-out comme un état impliquant une fatigue physique (c'est-à-dire, un sentiment de fatigue se caractérisant par de faibles niveaux d'énergie pour assurer les tâches professionnelles quotidiennes), un épuisement émotionnel (c'est-à-dire, qui renvoie aux aspects interpersonnels du burn-out et plus précisément au sentiment de manquer d'énergie pour investir les relations à autrui dans le cadre du travail) et une lassitude cognitive (c'est-à-dire, un sentiment de ralentissement de la pensée et de moindre agilité mentale).

Quelle que soit la conceptualisation du burn-out qui est adoptée, les chercheurs s'accordent sur le rôle joué par les changements fondamentaux du monde et de la nature du travail qui ont mené à l'émergence de troubles psychologiques et physiques. En effet, si certains chercheurs ont identifié des caractéristiques individuelles telles que le niveau d'éducation (Maslach, Schaufeli, & Leiter, 2001) ou encore la personnalité (Bakker, Van der Zee, Lewig, & Dollard, 2006) permettant d'identifier les individus les plus à risque de développer un syndrome de burn-out, la plupart des chercheurs ont plutôt abordé la question du burn-out sous l'angle des causes professionnelles.

De nombreuses recherches ont ainsi identifié des causes du burn-out à différents niveaux de l'activité professionnelle. Au niveau des caractéristiques de travail, à titre d'exemple, la charge de travail — quantitative, physique ou émotionnelle — (Bakker, Demerouti, Taris, Schaufeli, & Schreurs, 2003) et l'ambiguïté de rôles (Schaufeli & Buunk, 2003) sont associées à une augmentation du burn-out. À l'inverse, le soutien social des collègues et de l'encadrement ou encore la collaboration et le travail d'équipe (O'Mahony, 2011) sont des facteurs protecteurs. Au niveau organisationnel, les ressources financières, les procédures et politiques organisationnelles ou encore la culture d'entreprise sont autant de facteurs qui peuvent avoir un impact sur la survenue du burn-out (e.g., Van Bogaert, Clarke, Wouters, Franck, Willems, & Mondelaers, 2013 ; Yeh, Cheng, & Chen, 2009).

S'il y a un consensus sur le fait que le burn-out serait une maladie purement professionnelle, la manière de conceptualiser le burn-out reste encore un sujet à débat. En effet, aucune des conceptualisations majeures précitées n'a été unanimement définie comme étant celle du burn-out. Cette

absence de consensus amène à une première question majeure : « le burn-out constitue-t-il une entité nosographique distincte ? ». En effet, bien que certains auteurs donnent l'étiologie, prônent des facteurs de risques du burn-out, décrivent celui-ci comme une maladie physique et psychologique due au monde professionnel (e.g., Kumar, Hatcher, Huggard, 2005), d'autres auteurs décrivent simplement une dépression, un simple état d'épuisement de la personne qui ne nécessite pas sa reconnaissance comme maladie professionnelle (e.g., Bianchi, Schonfeld, & Laurent, 2015a). La non-reconnaissance du burn-out est accentuée par le fait que des auteurs évoquent des formes de burn-out dérivées du contexte professionnel, à l'instar du burn-out parental (Roskam & Mikolajczak, 2018). Il existe donc des controverses importantes quant à la caractérisation du burn-out comme maladie à proprement parler, qui sont accentuées par le manque de définition claire de ce syndrome. En effet, dans la *CIM-10*, il n'est pas fait explicitement mention au burn-out. La catégorie nosographique s'en rapprochant le plus est « Difficultés liées à l'orientation de son mode de vie » (code Z73, Organisation mondiale de la santé, 2015).

Stress ? Dépression ? Entité clinique spécifique ? Maladie professionnelle ou touchant tous les rôles sociaux que peut endosser une personne (en tant que parent, enfant, salarié) ? Nous établirons les différents points de vue rencontrés dans la littérature afin de tenter de donner une réponse à la question : « le burn-out constitue-t-il une entité nosographique distincte ? ». Nous verrons dans un premier temps la psychopathologie du burn-out. Ensuite, nous aborderons les aspects sociaux, économiques et politiques de celui-ci. Nous évoquerons l'évaluation clinique, la prévention et la prise en charge du burn-out. L'objectif de cette revue est de réunir et de confronter les observations cliniques du burn-out avec des précisions économiques et politiques. Ainsi, nous tenterons de conclure en essayant de répondre à la problématique posée par le biais des différents points de vue évoqués précédemment et relevant de différentes disciplines.

2. Arguments relevant de la psychopathologie et de la physiopathologie : quelles manifestations cliniques, quelles étiologies, quels marqueurs biologiques ?

2.1. Les manifestations cliniques et la définition du burn-out

Un argument en faveur de la reconnaissance du burn-out en tant qu'entité nosographique distincte est le fait que l'état de burn-out, tel qu'il est habituellement décrit dans la littérature, est associé à des symptômes cliniques clairement identifiables et quantifiables. La majorité des auteurs s'accordent sur le fait que le burn-out résulte de l'exposition prolongée à un stress chronique provoquant l'apparition de symptômes ou de troubles physiques, affectifs, cognitifs et/ou comportementaux (Lecornet, 2016). En effet, au niveau physique, le burn-out peut provoquer ou être associé à des troubles divers tels que des troubles du sommeil, maux de tête, nausées, troubles gastro-intestinaux variés tels que remontées acides, constipation ou diarrhée chronique, problèmes dermatologiques de type eczéma ou psoriasis, douleurs somatiques diverses, notamment au niveau du cou et du dos, infarctus, AVC, paralysies et troubles endocriniens, pour nommer seulement les plus fréquents. À ces troubles s'ajoute également une fatigue intense et résistante au repos (pour une revue, voir Salvagioni et al., 2017). Au niveau affectif, le burn-out peut être associé à un vide énergétique, une intolérance aux frustrations, un sentiment de colère, une dévalorisation de soi, un sentiment d'incompétence, un pessimisme général et une anxiété. La présence de ces sentiments peut provoquer une irritabilité et une agressivité au niveau comportemental ou bien un retrait social impactant fortement les relations avec l'entourage (e.g., Menaghan, 1994). Finalement, au niveau cognitif, le burn-out a été associé à des troubles attentionnels, de la mémoire ainsi qu'à des difficultés dans les processus de prise de décision (Lecornet, 2016).

Tous ces symptômes engendrent une souffrance cliniquement significative et ont des répercussions fonctionnelles importantes au sein de l'environnement professionnel, familial et social du patient. En effet, la présence d'un burn-out prédit fortement la qualité de vie des individus touchés en impactant à la fois leur santé physique et mentale (Zhang, Loerbroks, & Li, 2018). Les analyses de régression de l'étude de Zhang et al. (2018) montrent que les scores de burn-out prédisent fortement la qualité de vie des personnes touchées ainsi que leur état de santé et cela d'autant plus que la symptomatologie du burn-out est sévère. Les symptômes associés au burn-out auraient donc un caractère invalidant de même envergure que celui engendré par d'autres maladies psychiques reconnues dans la littérature

internationale comme les troubles de l'humeur (Droz & Wahlen, 2018). La présence d'une symptomatologie identifiable et son impact fonctionnel important encourageraient à reconnaître le burn-out en tant que maladie.

Si on oppose « maladie » à « bien-être », le burn-out devrait être une maladie, car le patient en burn-out ne se trouve pas dans un état de bien-être tel qu'il est décrit par l'Organisation mondiale de la santé (Organisation mondiale de la santé, 1946). Or, à l'heure actuelle, le burn-out n'est pas reconnu comme maladie dans les classifications françaises. Dans la dixième version française de la *Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes* (*CIM-10-FR*, Organisation mondiale de la santé, 2015), le burn-out se trouve dans les annexes Z « autres éléments influençant l'état de santé et motifs de recours aux services de santé » et plus spécifiquement dans la catégorie Z73 « difficultés à l'orientation de son mode de vie ». Dans la cinquième édition du *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (*DSM-5*, American Psychiatric Association, 2013), manuel de référence international, le burn-out est englobé dans la catégorie des troubles de l'adaptation face à un événement stressant. Le fait que le burn-out soit mentionné dans le *DSM-5* permet d'envisager le burn-out en tant que pathologie, mais le fait qu'il ne soit pas intégré comme catégorie distincte peut mener à considérer qu'il ne s'agit pas d'un trouble à part entière. Néanmoins, il existe des pays ayant reconnu comme maladies des entités cliniques fortement similaires au burn-out. Cela est le cas en Suède où le « syndrome d'épuisement » (« exhaustion disorder ») a été inclus dans la version suédoise de la *CIM-10* (Adamsson & Bernhardsson, 2018). Même si le terme de burn-out à proprement parler n'est pas évoqué au sein de cette classification suédoise, la description clinique du syndrome est fortement similaire aux descriptions cliniques habituelles du burn-out (Grossi, Perski, Osika, & Savic, 2015) et sa dénomination (c'est-à-dire, syndrome d'épuisement) fortement semblable à la dénomination française du burn-out (c'est-à-dire, épuisement professionnel). Certains auteurs font un rapprochement entre le burn-out et le Karoshi utilisé au Japon pour désigner la mort survenant à la suite d'un excès de travail (Droz & Wahlen, 2018). S'il semble abusif d'amalgamer purement et simplement le burn-out et le Karoshi, il est néanmoins intéressant d'identifier comme similitude entre ces deux concepts le fait que les deux sont liés à une surcharge ou un stress au travail, et d'identifier comme différence le fait que, contrairement au burn-out, le Karoshi est reconnu comme maladie professionnelle au Japon.

Néanmoins, s'il est vrai que des descriptions cliniques du burn-out existent, celles-ci ne sont pas suffisantes pour inclure le burn-out en tant que catégorie diagnostique. Un argument important en faveur de la non-reconnaissance du burn-out en tant que maladie réside dans le fait que les études sur le burn-out se heurtent à de nombreux problèmes méthodologiques et sont notamment confrontées à des difficultés de définition et d'opérationnalisation du concept. Il est vrai que les définitions du burn-out varient d'une étude à l'autre, rendant difficile leur comparaison et empêchant l'émergence d'un consensus. De plus, il existe une hétérogénéité des outils de mesures utilisés pour évaluer ce concept. En effet, la plupart du temps, le burn-out est évalué au travers d'autoquestionnaires, mais puisqu'il n'est pas reconnu dans les classifications internationales, il n'existe aucune batterie de dépistage ou entretien clinique semi-structuré basés sur des critères diagnostiques unanimement admis. Par ailleurs, l'utilisation d'autoquestionnaires est associée à d'importantes limites, car ces questionnaires impliquent un bon insight de la part du patient qui doit avoir conscience de ses difficultés et être capable de les rapporter de manière suffisamment objective. Par exemple, Alarcon et al. (2009) ont montré qu'il existait des liens entre les mesures de burn-out et certains traits de personnalité, sans qu'on puisse déterminer si les personnes présentant certains traits sont plus susceptibles de présenter un burn-out ou si les personnes présentant certains traits de personnalité ont tendance à surestimer ou sous-estimer le niveau de burn-out réellement ressenti.

Aux limites liées aux autoquestionnaires de manière générale, s'ajoute le fait que la majorité des études sur le burn-out ont utilisé le « Maslach Burnout Inventory » (MBI) (Maslach, Jackson, & Leiter, 1996a,b). Or, cet outil présente plusieurs limites que nous détaillerons plus en détail dans la partie « Évaluation clinique du burn-out ».

Les revues de la littérature ayant investigué la prévalence du burn-out reflètent les difficultés de définition et d'opérationnalisation du concept avec une prévalence du syndrome qui varie fortement d'une étude à l'autre. En effet, la prévalence varie de 1 à 48 % en fonction des critères de définition, des outils de mesures, du type de prévalence et des « cut-off » utilisés (Zawieja, 2014). À ces difficultés

méthodologiques s'ajoute le fait que le tableau clinique classique du burn-out manquerait de spécificité et ressemblerait fortement à celui d'autres troubles psychiques reconnus dans le *DSM-5* ou la *CIM-10*. Un chevauchement entre burn-out et d'autres troubles psychiques a notamment été évoqué, en particulier avec l'épisode dépressif majeur et certains troubles anxieux. Un autre nom que certains auteurs donnent au burn-out est le « nom moderne de la dépression » ou un « état de fatigue extrême ». Cependant, dans ce cas, ces auteurs ne considèrent pas le burn-out comme une entité nosographique à part entière (Droz & Wahlen, 2018).

2.2. Quelle spécificité du burn-out par rapport à d'autres troubles psychiques et physiques ?

Plusieurs études ont tenté de confronter le burn-out à d'autres troubles psychiques. Ainsi, la majorité des études s'accordent, par exemple, sur le fait que le burn-out est différent du trouble de stress post-traumatique (TSPT), car, même si les deux entités seraient caractérisées par une exposition à un stress intense, le burn-out n'est pas nécessairement associé à un événement traumatisant impliquant une menace de mort et de l'intégrité psychique et physique de l'individu qui se trouve au cœur d'un TSPT (Boudoukha, 2016). Le burn-out serait également différent d'une fatigue chronique, car dans le burn-out sont retrouvés des affects négatifs plus marqués et un cynisme qui ne sont pas présents dans la fatigue chronique (Lecornet, 2016). Il est cependant plus difficile de faire la distinction entre le burn-out et la dépression et cette distinction a été l'objet de nombreux débats au sein de la littérature pour savoir s'il s'agit de deux entités cliniques distinctes (e.g., Schonfeld, Verkuilen, Bianchi, 2019).

En effet, certains auteurs pensent que le burn-out ne serait pas différent de la dépression, car il est impossible de différencier les deux concepts en termes de symptomatologie. En effet, les symptômes du burn-out sont également ceux retrouvés dans la dépression. Schaufeli et Buunk (2003) décrivent les patients présentant un burn-out comme étant sans espoir, démunis et sans pouvoir de changement. Cette description rappelle la théorie de l'impuissance acquise de la dépression élaborée par Seligman (1972). De plus, Maslach et Leiter (2011) soulignent le fait que le burn-out n'est pas seulement caractérisé par la présence d'émotions négatives, mais aussi par l'absence d'émotions positives et de plaisir, ce qui évoque le concept d'anhédonie qui est un des symptômes clés de la dépression. La majorité des études ayant étudié les liens entre les scores de burn-out et de dépression montrent des liens forts, avec des corrélations qui varient entre 0,60 et 0,88 selon les études, confirmant donc la présence d'un lien entre ces deux entités cliniques (Bianchi et al., 2015a ; Leiter et Durup, 1994 ; Schonfeld et al., 2019). Pour ces auteurs, ces corrélations particulièrement élevées entre le burn-out et la dépression reflètent simplement un facteur commun de dysphorie et détresse et amènent à devoir douter la validité discriminante entre ces deux troubles.

Néanmoins, les études amalgamant dépression et burn-out présentent certaines limites méthodologiques. Par exemple, l'étude de Bianchi et Schonfeld (2016) a mis en évidence que le burn-out serait caractérisé par un mode de pensée dépressif en termes de ruminations, de style attributionnel et de schémas de pensée dysfonctionnels. Pour mettre en évidence cela, les auteurs ont comparé un groupe de participants sujets au burn-out à un groupe de participants non atteints de burn-out, ainsi qu'un groupe de patients dépressifs à un groupe de participants sans dépression. Cette procédure semble problématique, car les auteurs indiquent lors de la description de leurs groupes que 38,24 % des femmes et 50 % des hommes du groupe présentant un burn-out présentaient également une symptomatologie dépressive modérée menant à une confusion entre burn-out et syndrome dépressif. À partir de ce moment, il est évident de trouver une ressemblance entre burn-out et dépression.

De plus, dans les études précédentes, les auteurs se sont appuyés sur les corrélations entre les outils permettant de mesurer la dépression et le burn-out, les corrélations peuvent donc simplement révéler que ces outils peuvent ne pas être suffisamment fins pour appréhender certaines différences conceptuelles majeures entre ces deux construits. En effet, les symptômes observés dans le burn-out trouveraient leur origine dans le contexte professionnel sans impacter les autres domaines de la vie tandis que le retentissement fonctionnel de la dépression serait plus transversal et impacterait toute la vie de l'individu (Bianchi et al., 2015a). Cependant, cet argument étiologique semble insuffisant, car l'observation des patients en burn-out ou en dépression a montré qu'une dépression peut se manifester dans un premier temps par une atteinte de la vie professionnelle et qu'un burn-out peut progressivement se généraliser à d'autres contextes de vie dont les sphères familiale et sociale. À cela, s'ajoute le

fait que certains auteurs ont remis en question l'idée qu'un burn-out pouvait uniquement survenir au sein d'un contexte professionnel étant donné le caractère universel du stress qui se trouve à l'origine du burn-out, signifiant dès lors qu'il n'est pas limité à la sphère professionnelle. Par exemple, la notion de burn-out parental a récemment été évoquée et serait associée à des symptômes cliniques similaires à ceux observés dans le cadre d'un burn-out professionnel (Roskam & Mikolajczak, 2018).

Ni les symptômes ni le contexte professionnel semblent donc permettre de distinguer le burn-out de la dépression. De plus, Bianchi et al. (2015b) ont réalisé une étude longitudinale dans laquelle étaient mesurés le burn-out à l'aide du « Maslach Burnout Inventory » (MBI ; Maslach et al., 1996a, 1996b) et la dépression grâce au « Patient Health Questionnaire-9 » (PHQ-9 ; Kroenke, Spitzer, & Williams, 2001) à deux temps de mesure séparés de 2 ans d'intervalle afin d'explorer si la symptomatologie du burn-out et celle de la dépression suivaient la même trajectoire évolutive. Ils ont notamment effectué différentes analyses en clusters dont une sur la base des différences des symptômes de burn-out et de dépression entre les deux temps de mesure. Cette analyse a permis de mettre en évidence deux groupes de patients : un groupe caractérisé par une augmentation conjointe des symptômes de burn-out et des symptômes dépressifs et un groupe caractérisé par une diminution des symptômes de burn-out et des symptômes dépressifs à la fois. De plus, l'analyse en cluster effectuée sur la base des scores de burn-out et de dépression au premier temps de mesure met en évidence trois groupes de patients : un groupe avec une symptomatologie faible tant de burn-out que de dépression, un groupe avec une symptomatologie modérée de burn-out et de dépression et un groupe avec une symptomatologie élevée de burn-out et de dépression. Ces analyses suggèrent que l'évolution du burn-out correspond à l'évolution de la symptomatologie dépressive dans l'échantillon constitué et remettent en question l'idée selon laquelle burn-out et dépression seraient deux entités cliniques distinctes. L'étude remet également en question l'idée fréquemment évoquée, selon laquelle une dépression surviendrait uniquement au stade ultime du burn-out (e.g., Iacovides, Fountoulakis, Kaprinis, & Kaprinis, 2003), c'est-à-dire, lorsque le processus d'épuisement serait déjà assez avancé, car l'étude montre une association des symptômes de burn-out et de dépression à tous les stades de la symptomatologie, qu'elle soit faible, modérée ou sévère.

D'autres études qui ont eu recours à des analyses factorielles confirmatoires afin de distinguer le burn-out de la dépression (Leiter & Durup, 1994) mettent en évidence l'existence de deux facteurs distincts (burn-out et dépression), mais des limites méthodologiques peuvent également être repérées. En effet, les résultats obtenus à l'analyse factorielle confirmatoire dépendent fortement des outils utilisés pour mesurer les concepts de burn-out et de dépression, ainsi que des sous-échelles de ces outils incluses dans l'analyse. L'étude de Leiter et Durup (1994) a par exemple utilisé le MBI pour mesurer le burn-out ainsi que la « Beck Depression Inventory » (BDI ; Beck, Ward, Mendelson, Mock, & Erbaugh, 1961) et la « Profile Of Mood State » (POMS ; McNair, Lorr, & Doppleman, 1981) pour mesurer la dépression. Or, l'obtention de deux facteurs distincts à l'analyse factorielle confirmatoire pourrait être due au fait que l'échelle temporelle utilisée change d'un outil à l'autre. En effet, le MBI évalue la symptomatologie du burn-out sur les trois derniers mois tandis que la POMS évalue la symptomatologie dépressive durant la semaine précédant l'évaluation. Les deux facteurs pourraient donc refléter une différence de temporalité sous-tendue par les outils de mesure plutôt que deux concepts nosographiques bien distincts. De plus, l'étude de Leiter et Durup (1994) n'a pas inclus certains items de la BDI portant sur les symptômes d'ordre physiologique qui ont un caractère aspécifique, car ils sont retrouvés à la fois dans le burn-out et dans la dépression. Ainsi, leur exclusion pourrait permettre de mettre l'accent sur les symptômes plus spécifiques et donc plus caractéristiques du burn-out et de la dépression au sein de l'analyse factorielle. Le fait d'exclure cette catégorie commune de symptômes aurait pu réduire le chevauchement existant entre burn-out et dépression et favoriser à tort la validité discriminante entre les deux concepts.

Ainsi, de nombreuses études ont remis en question l'idée que le burn-out et la dépression soient deux entités distinctes, mais il convient de rester prudent dans l'interprétation des résultats, notamment au regard du fait qu'aucune étude n'ait pris en compte l'hétérogénéité de la symptomatologie dépressive. En effet, différents sous-groupes cliniques peuvent être amalgamés sous le terme de dépression bien que la symptomatologie présente des spécificités en fonction du sous-groupe. Un épisode dépressif caractérisé avec caractéristiques mélancoliques sera par exemple différent d'un

syndrome dépressif avec caractéristiques atypiques (Bianchi et al., 2015a). En effet, selon le *DSM-5*, un épisode dépressif caractérisé avec caractéristiques atypiques se définit essentiellement par une réactivité de l'humeur ainsi que par la présence d'au moins deux des symptômes suivants : une prise de poids, une hypersomnie, une sensation de lourdeur des membres et une sensibilité durable au rejet dans les relations. Un épisode dépressif caractérisé avec caractéristiques mélancoliques serait différent du point de vue de la symptomatologie, car le *DSM-5* le définit par la présence d'une perte de plaisir pour un grand nombre d'activités ou l'absence de réactivité aux stimuli actuellement agréables, ainsi que par la présence de trois des symptômes suivants : une humeur caractérisée par un abattement profond, un sentiment de désespoir et/ou une anesthésie affective ; une dépression régulièrement plus marquée le matin ; un réveil matinal précoce ; une agitation ou un ralentissement psychomoteur marqué ; une perte d'appétit et/ou une culpabilité excessive ou inappropriée. Dès lors, il serait intéressant d'étudier si le burn-out partage des caractéristiques communes avec tous les sous-groupes de la dépression. La non-distinction des sous-groupes pourrait masquer une hétérogénéité éventuelle en moyennant l'effet. Les premières données des études qui se sont penchées sur cette question ont montré qu'il y avait surtout une similitude entre burn-out et dépression atypique, mais que celle-ci n'est pas retrouvée avec d'autres sous-types de dépression (Toker & Biron, 2012).

De plus, s'il est vrai qu'il existe un chevauchement entre les concepts de burn-out et de dépression étant donné leur symptomatologie, un chevauchement partiel est différent d'un chevauchement complet. En effet, la présence d'un chevauchement partiel ne signifie pas que burn-out et dépression font référence au même concept. D'autres troubles mentaux ont des symptômes cliniques en commun tels que les troubles associés au spectre de la schizophrénie et les troubles bipolaires ou bien les troubles dépressifs et les troubles anxieux. Pour autant ces troubles sont considérés comme des entités nosographiques distinctes (Roskam & Mikolajczak, 2018). Une limite des études sur le burn-out réside dans le fait que les études ont surtout montré un lien entre la symptomatologie dépressive et la dimension d'épuisement émotionnel du burn-out, mais les liens avec les autres dimensions semblent moins clairs. Il convient donc de nuancer les résultats évoqués précédemment.

À ces arguments s'ajoutent également les limites des analyses statistiques réalisées. Ainsi, même si les études ont trouvé des corrélations entre les scores de burn-out et de dépression, en réalité ces corrélations peuvent avoir deux significations différentes et l'analyse statistique ne permet pas de trancher entre ces deux explications. Premièrement, il est possible que les corrélations indiquent la présence d'un chevauchement entre les concepts de burn-out et de dépression auquel cas le concept de burn-out deviendrait obsolète. Deuxièmement, la présence d'une corrélation peut également être interprétée comme le reflet d'une comorbidité importante entre burn-out et dépression, qui seraient deux états survenant fréquemment ensemble. Dans ce deuxième cas, il s'agirait bien de deux entités cliniques distinctes. Cette idée est appuyée par le fait que le burn-out et la dépression partagent moins de 40 % de variance commune dans la plupart des cas indiquant que les outils utilisés ne mesurent pas tout à fait le même concept (Bianchi et al., 2015a).

Finalement, il existe des arguments cliniques en faveur d'une distinction entre le burn-out et la dépression issue de la version suédoise de la *CIM-10*. Cette version inclut, comme mentionné auparavant, le syndrome d'épuisement (« exhaustion disorder ») qui est similaire au burn-out, mais différent de la dépression. Les différences suivantes entre syndrome d'épuisement et dépression semblent particulièrement importantes à mentionner : tandis que la tristesse de l'humeur est au premier plan dans le cadre d'un épisode dépressif, celle-ci est rarement retrouvée dans le syndrome d'épuisement qui se caractérise davantage par une irritabilité et une labilité de l'humeur. De plus, l'évolution des deux entités cliniques serait fondamentalement différente (Adamsson et Bernhardsson, 2018). L'apparition d'un syndrome d'épuisement serait précédée par une phase prodromique assez longue pendant laquelle l'individu serait déjà exposé aux stresseurs. Selon la *CIM-10*, cette phase est censée durer au moins six mois. L'individu va s'épuiser, certes, lentement, mais avec une majoration progressive des symptômes (Sonnentag et Zijlstra, 2006). Cette description clinique laisse penser au burn-out qui est souvent décrit à travers la métaphore d'une bougie qui s'éteint lentement après avoir éclairé longtemps (Schaufeli, Leiter, & Maslach, 2009). Le début serait plus brutal et moins insidieux dans un épisode dépressif caractérisé. Ces arguments cliniques, parmi d'autres, montrent que les notions de burn-out et de dépression ne seraient pas interchangeables.

2.3. Marqueurs biologiques

Certaines études se sont attelées à identifier des marqueurs biologiques sous-tendant les symptômes observés dans un état de burn-out et ont trouvé des particularités du fonctionnement physiologique. Ainsi, au niveau de l'électroencéphalogramme, le burn-out serait associé à une plus faible fréquence des ondes alpha (Vanderheyden, 2013). Le burn-out serait également caractérisé par une hypercortisolémie avec une augmentation du cortisol et du cortisone à l'intérieur des cheveux (Penz et al., 2018). L'analyse du cortisol présent dans les cheveux semble particulièrement intéressante pour étudier le fonctionnement de l'axe hypothalamo-hypophysaire puisqu'elle permet une étude rétrospective de la quantité de cortisol sur plusieurs mois au lieu de seulement mesurer le taux de cortisol à un moment particulier. De plus, l'étude de Penz et al. (2018) inclut également un groupe de patients dépressifs pour lesquels aucune anomalie du cortisol des cheveux n'a été retrouvée. Ces résultats semblent indiquer la présence de spécificités physiologiques dans le cadre d'un syndrome de burn-out.

Toutefois, ces résultats ne sont pas systématiquement observés. En effet, les résultats des études à ce sujet sont assez hétérogènes indiquant parfois une hypocortisolémie (Oosterholt, Maes, Van der Linden, Verbraak, & Kompier, 2015) ou bien une hypercortisolémie (Melamed et al., 1999) dans le cadre d'un burn-out. De plus, il semble que le burn-out n'ait pas de physiopathologie spécifique étant donné que tous les processus physiologiques décrits dans le cadre du burn-out ont déjà été décrits dans le cadre des recherches sur le stress. Le syndrome général d'adaptation décrit par Selye (1950) mettrait en jeu les mêmes substrats organiques (hypophyse, hypothalamus, tronc cérébral), les mêmes neurotransmetteurs libérés par le locus coeruleus (noradrénaline, adrénaline) et les mêmes hormones secrétées par les glandes surrénales (cortisol, noradrénaline, adrénaline) que le syndrome du burn-out. Cela semble cohérent étant donné que le burn-out survient à la suite d'un état de stress prolongé. Cependant, un état de stress peut également survenir dans d'autres contextes étant donné le caractère universel de la réaction de stress et les mêmes processus physiologiques pourraient donc également être impliqués dans d'autres troubles psychiques, notamment dans la dépression. Par conséquent, l'absence de spécificité au niveau physiologique semble constituer un contre-argument à l'existence du burn-out en tant qu'entité clinique distincte.

3. Arguments relatifs aux aspects sociaux, socio-économiques et politiques du burn-out

S'il est important de s'intéresser aux aspects psychopathologiques du burn-out afin de débattre de la reconnaissance de celui-ci en tant qu'entité clinique distincte, il est également nécessaire de s'intéresser aux aspects sociaux, économiques et politiques qui apportent des arguments supplémentaires pour l'avancée de ce débat.

3.1. Aspects sociaux

Dans un premier temps, il semble important de noter que le burn-out est selon certains le mal du siècle (Zawieja, 2017). En effet, cette appellation suggère qu'il s'agit d'un mal qui ne semble toucher que le 21^{e} siècle. Avant cela, dans les années 1980, c'est le stress que l'on caractérisait de maladie du siècle (Zawieja, 2014). Cette réflexion suggère donc que le burn-out soit un phénomène de société. Effectivement, il semble que le terme de burn-out se soit beaucoup démocratisé et il est énormément relayé par les médias et les tout-venants pour désigner une variété de manifestations psychologiques qui ne correspondent pas nécessairement à l'état de burn-out (Zawieja, 2014). Par ailleurs, venant soutenir cette vision du burn-out comme phénomène de société, certains parlent du burn-out comme une pathologie de civilisation (Chabot, 2013). Toutefois, si Chabot (2013) caractérise dans un premier temps le burn-out comme une pathologie de civilisation, il nuance par la suite ce propos en précisant que le burn-out est un véritable trouble de la relation que l'individu entretient avec un système.

En effet, le burn-out semble d'autant plus toucher le 21^{e} siècle parce que la société, et plus globalement le monde, aurait changé (Maslach & Leiter, 2011). Maslach et Leiter (2011) considèrent que ce changement sociétal est apparu avec les nouvelles tendances économiques, technologiques et philosophiques du management. Tout cela conduit à une pression plus forte sur les entreprises

qui, par conséquent, subissent de nombreux changements organisationnels et intensifient la charge de travail, ce qui peut créer une souffrance chez les personnes (Demerouti, Xanthopoulou, Petrou, & Karagkounis, 2017). Par ailleurs, la médiatisation, si vivement critiquée, a tout de même des aspects positifs puisqu'elle permet d'aborder un mal jusqu'alors non abordé, et de mettre un mot sur un phénomène méconnu jusqu'alors, de reconnaître celles et ceux qui sont touchés. Cette mise en évidence de l'existence d'une souffrance va donc dans le sens d'une reconnaissance du burn-out en tant que maladie, d'un diagnostic plus précoce et de la nécessité, sur le long terme, de propositions de prise en charge.

Par ailleurs, la reconnaissance du burn-out en tant que maladie permettrait d'éviter d'attribuer abusivement le mal-être d'un individu à une fragilité de sa personne (c'est-à-dire, à ses caractéristiques individuelles), et permettrait de reconnaître l'existence de difficultés qui peuvent être générées par un contexte de travail. En effet, Chabot (2013) souligne que le terme de burn-out a eu un effet positif puisqu'il a permis de rééquilibrer les responsabilités de la souffrance au travail. L'utilisation d'un mot à large spectre serait plus dévastatrice que l'utilisation d'un terme plus précis. Par exemple, regrouper le burn-out sous le terme de dépression pouvait auparavant discréditer les travailleurs en souffrance en leur renvoyant l'image que leurs maux sont la cause d'une faiblesse de leur part. Ainsi, les salariés, les chefs d'entreprise et les praticiens ont pu réaliser que les causes du burn-out n'étaient pas uniquement individuelles, mais pouvaient découler de l'organisation du travail (Leiter & Maslach, 2004). De plus, reconnaître le burn-out comme maladie limiterait le sur-diagnostic de dépression, favoriserait une véritable reconnaissance de la souffrance au travail et faciliterait la précocité des prises en charge.

Toutefois, un contre-argument en faveur d'une non-reconnaissance du burn-out comme maladie repose sur le fait que, dans notre société, la dépression est souvent mal considérée et associée à des préjugés tenaces (Bahlmann, Angermeyer, & Schomerus, 2013 ; Bahlmann, Schomerus, & Angermeyer, 2015). Ainsi, il subsiste un certain scepticisme à l'égard de la dépression qui mène à la critique des personnes touchées. Dans ce cas, il est possible que la reconnaissance du burn-out en tant que maladie permettrait à des personnes ne souhaitant pas être stigmatisées par un diagnostic de dépression, d'avoir un diagnostic de burn-out qui constituerait une sorte de diagnostic écran. Ces personnes pourraient ainsi chercher à bénéficier d'une prise en charge adaptée pour une dépression sans être victime de la stigmatisation des personnes catégorisées comme « dépressives » par la société. Par ailleurs, ce diagnostic écran permettrait aussi de mettre en cause le système du travail et de se déculpabiliser d'une possible vulnérabilité, s'inscrivant donc plus largement dans un système d'attribution causale (Heider, 1958).

3.2. Aspects économiques et politiques

Outre les aspects sociaux liés au burn-out, il est primordial de s'intéresser aux aspects économiques et politiques de la reconnaissance ou non-reconnaissance du burn-out en tant que maladie.

Dans la perspective d'ajouter un argument en faveur de la reconnaissance du burn-out en tant que maladie, il convient de préciser les solutions actuellement proposées aux personnes se trouvant dans une situation de souffrance liée au travail, les conséquences économiques et les perspectives que donnerait cette reconnaissance. Actuellement en France, la reconnaissance de la souffrance liée au travail est extrêmement compliquée. En effet, le processus est long et alambiqué, car il faut pouvoir justifier d'un lien direct et essentiel entre sa souffrance et son activité professionnelle devant un comité régional de reconnaissance des maladies professionnelles (Décret, 2016). Tout ce processus a pour effet de décourager les personnes à entreprendre les démarches qui pourraient leur permettre une reconnaissance de leur souffrance. Or, cela les conduit parfois à des situations difficiles et précaires en empêchant une indemnisation par la sécurité sociale. Par ailleurs, même si la reconnaissance du burn-out entraînerait des coûts supplémentaires au sein des entreprises à travers l'absentéisme (arrêts de travail, remplacements, etc.), il faut préciser qu'à l'heure actuelle la souffrance au travail est également extrêmement coûteuse puisque les personnes touchées continuent de venir travailler sans être pour autant productives (Miraglia & Johns, 2016). En somme, le présentéisme serait parfois plus coûteux que l'absentéisme. En effet, le coût des effets négatifs du stress s'élèverait entre 3 % et 4 % du PIB des pays industrialisés selon l'Organisation internationale du travail (Olié & Légeron, 2016).

De plus, reconnaître le burn-out comme une maladie professionnelle supposerait une part de responsabilité de la part de l'entreprise et pourrait permettre un financement du coût de la souffrance au travail grâce au compte accident du travail/maladie professionnelle (AT/MP) financé par les entreprises (Zawieja, 2014). Le compte AT/MP permet aux entreprises de cotiser en prévention des risques professionnels afin de gérer les accidents du travail et les maladies professionnelles. La reconnaissance de la souffrance au travail était ainsi l'un des sujets du projet de loi Rebsamen de 2015 et du projet de loi El Khomri de 2016. Certains candidats à l'élection présidentielle de 2017 ont d'ailleurs fait de la reconnaissance du burn-out l'un des arguments phares de leur campagne présidentielle.

Pour autant, ces arguments en faveur de la reconnaissance du burn-out en tant que maladie possèdent des limites. La reconnaissance du burn-out en tant que maladie pourrait en effet avoir d'importants retentissements d'un point de vue économique. Une reconnaissance pourrait conduire à une augmentation des arrêts de travail ce qui impacterait les entreprises et surtout la sécurité sociale assurant le paiement des indemnités lors des arrêts maladies. En effet, cela a été observé en Suède où le burn-out est reconnu comme maladie. Or, les dirigeants politiques et la sécurité sociale ont appelé à reconsidérer cette décision, car il semblerait qu'elle coûte extrêmement cher au pays à cause des nombreux arrêts de travail à long terme qui auraient considérablement augmenté (Kovess-Masfety & Saunder, 2017). En outre, même si, à première vue, l'intervention politique dans la reconnaissance du burn-out en tant que maladie est louable, il est important de noter que les différents projets de loi évoquant la reconnaissance du burn-out en France ont vu le jour en 2015 et en 2016 soit aux périodes de campagnes électorales. Cependant, depuis les élections présidentielles, la question du burn-out semble n'avoir que peu évolué.

4. Arguments relevant de l'évaluation clinique, de la prévention et de la prise en charge du burn-out

4.1. Évaluation clinique

La recrudescence des articles scientifiques portant sur le burn-out mène à différents modèles. Ils ont été conceptualisés essentiellement pour fournir une valeur théorique aux nombreux questionnaires visant à diagnostiquer ou à évaluer la sévérité des symptômes de cette maladie. Cependant, de nombreux auteurs ont d'abord créé des tests pour mesurer l'intelligence avant de la conceptualiser par un modèle, ce qui a contribué à l'époque à son développement. Cela pourrait également être le cas pour le burn-out. Tout comme il existe une multitude d'outils pour étudier la dépression, Zawieja (2014) énumère une vingtaine de questionnaires permettant de mesurer le burn-out.

Toutefois, la multiplicité de ces outils de mesure employés dans la littérature limite la comparaison des données d'une recherche à une autre. De plus, dans le cas où les études utilisent le même questionnaire, elles n'utilisent pas forcément le même seuil pour définir un « cut-off » qui serait interprété comme un niveau pathologique. Certaines études considèrent la présence d'un burn-out lorsque les participants ont un score élevé de burn-out tandis que d'autres le considèrent pour un score oscillant entre moyen à élevé (Zawieja, 2014). Le choix du seuil n'est pas anodin : plus il est faible, plus la prévalence est importante. Plus la prévalence est importante, plus cela permet de faire valoir le burn-out comme un enjeu de santé publique important.

Néanmoins, le « Maslach Burnout Inventory » (MBI) créé par Maslach et al. (1996) pourrait être le questionnaire le plus utilisé. La version originale comprend 22 items et est destinée aux professionnels de l'aide à la personne (Lecornet, 2016). La personne doit estimer sur une échelle de type Likert la fréquence de son ressenti (de jamais à toujours). Ce test a de bonnes qualités psychométriques, notamment ses validités interne et externe ainsi que sa fiabilité test-retest (Zawieja, 2014). Par ailleurs, le MBI a été décliné en deux versions de 16 items : le « MBI-Educator Survey » (Maslach et al., 1996a, 1996b) pour les enseignants et éducateurs et le « MBI-General Survey » pour toutes les professions dont le contact avec le public n'est pas central (Schaufeli et al., 1996). Ces variantes, même si elles rendent compte de la spécificité professionnelle, contribuent à l'abondance des tests mesurant le burn-out et perturbent la comparaison des études.

Cependant, le MBI a aussi contribué à l'élaboration du concept de burn-out, car il considère qu'il est composé de 3 dimensions : le sentiment d'épuisement émotionnel, la dépersonnalisation de la relation

et l'accomplissement personnel au travail (Maslach & Leiter, 2011). Le MBI ne permet pas d'avoir un score global de burn-out, mais seulement le score de ces trois dimensions. En théorie, pour considérer qu'une personne est en burn-out, il faut avoir des scores élevés de sentiment d'épuisement émotionnel et de dépersonnalisation de la relation ainsi qu'un faible score d'accomplissement au travail (Maslach & Leiter, 2011). En pratique, certaines études considèrent la présence d'un burn-out lorsqu'il y a un score élevé d'épuisement émotionnel et l'un des deux autres critères, voire parfois uniquement un score élevé d'épuisement émotionnel, permettant ainsi d'augmenter encore la prévalence (Zawieja, 2014). De plus, comme la structure factorielle du MBI, et donc sa conceptualisation théorique, a été obtenue à partir de la construction des items, le modèle théorique proposé par le MBI est lui-même critiqué. Ainsi, on peut critiquer le fait que les items pour les échelles de dépersonnalisation et d'épuisement soient formulés négativement, contrairement aux items pour l'accomplissement professionnel, ce qui impacte la manière de répondre à ces questions (Demerouti, Bakker, Vardakou, & Kantas, 2003). De plus, la validité de l'accomplissement personnel comme une dimension clé du burn-out est remise en question (Schutte, Toppinen, Kalimo, & Shaufeli, 2000). Par ailleurs, il y a un manque de consistance concernant la structure factorielle en fonction de la population cible, le pays ou encore l'âge (Maroco & Alvares Duarte Bonini Campos, 2012). En résumé, on peut considérer que le MBI n'est pas basé sur un modèle théorique solide et que la construction des items de ce questionnaire est problématique, ce qui a amené un certain nombre de chercheurs à questionner la pertinence de cet outil et les a conduits à remettre en question la définition du burn-out en trois dimensions issues de ce questionnaire. De surcroît, réduire le burn-out à ces trois dimensions paraît être une définition relativement simpliste et réductrice au vu des nombreux symptômes hétérogènes et variables en fonction des individus.

Alternativement, l'autre outil de mesure du burn-out qui est largement utilisé, le « Shirom-Melamed Burnout Measure » (SMBM ; Shirom & Melamed, 2006) qui a été validé en langue française (Sassi & Neveu, 2010), se base sur trois dimensions précédemment citées (c'est-à-dire, la fatigue physique, l'épuisement émotionnel, et la lassitude cognitive). Contrairement à l'opérationnalisation du MBI, les auteurs expliquent que les trois dimensions du SMBM sont inextricablement liées et peuvent prendre la forme d'une entité unique (c'est-à-dire, score global de burn-out d'un individu) reflétant une perte d'énergie généralisée (Shirom & Melamed, 2006). Par ailleurs, les auteurs expliquent que ces dimensions font référence à des symptômes précis du burn-out et ne peuvent donc être confondues avec des traits dispositionnels, à l'inverse d'autres approches du burn-out. Par exemple, dans l'approche proposée par Schaufeli et al. (1996), la dimension renvoyant au sentiment d'efficacité personnelle réduite est conceptuellement proche de celle d'estime de soi (Rosenberg, Schooler, Schoenbach, & Rosenberg, 1995). Cette proximité conceptuelle rend difficile de faire la différence entre ce qui relève de l'état de burn-out ou du trait stable relatif à l'image de soi. L'approche proposée par Shirom et Melamed (2006) et son opérationnalisation au travers du SMBM dépassent cette confusion en se concentrant exclusivement sur des états (de fatigue émotionnelle, physique et cognitive). Par ailleurs, ces dimensions sont conceptuellement distinctes d'autres construits et ne peuvent pas être confondues avec des stratégies adaptatives telles que peuvent l'être, dans d'autres opérationnalisations du burn-out, le cynisme ou la dépersonnalisation (Sassi & Neveu, 2010). En effet, dans l'approche traditionnelle du burn-out (Schaufeli et al., 1996), la dépersonnalisation peut être considérée comme une stratégie de « coping », c'est-à-dire, comme une forme de retrait visant à se prémunir des coûts psychologiques associés aux aspects interpersonnels du travail en se détachant de toute forme d'interaction humaine. Aussi, la dépersonnalisation pourrait être une conséquence du burn-out plutôt qu'une de ses composantes (Sassi & Neveu, 2010). En bref, la mesure du burn-out au travers du SMBM propose que l'état de burn-out renvoie à des symptômes précis et permet de calculer un score global de burn-out, suggérant qu'il s'agit d'une variable unique et globale reflétant une perte d'énergie généralisée (Shirom & Melamed, 2006).

4.2. Prévention

Une reconnaissance du burn-out en tant que maladie permettrait d'adapter les stratégies de prévention pour éviter de devoir mettre en place une prise en charge du burn-out qui est plus dommageable en termes de coûts économique et psychologique. En effet, la loi oblige les employeurs à prendre les mesures nécessaires pour assurer la sécurité et protéger la santé des travailleurs (loi du 31 décembre

1991) et précise leur responsabilité dans la prévention de la santé physique et mentale des salariés de leur structure (loi de modernisation sociale du 17 janvier 2002). Plus précisément, on distingue trois niveaux de prévention : la prévention primaire, la prévention secondaire, et la prévention tertiaire. La prévention se réduit le plus souvent à deux modes d'action : une approche étiologique du burn-out à travers l'organisation du travail (c'est-à-dire, prévention primaire et secondaire) et une approche symptomatique à travers la santé et le bien-être de la personne dès lors que les symptômes de burn-out sont apparus (c'est-à-dire, prévention tertiaire) (Zawieja, 2014).

La prévention primaire vise à faire en sorte que le burn-out n'apparaisse pas. Au niveau sociétal, cela peut passer, par exemple, par la réduction de la durée légale du temps de travail (Zawieja, 2014). Au niveau de l'organisme de travail, la prévention primaire peut impliquer de la part de l'employeur d'avoir de véritables politiques et pratiques en faveur de la santé psychologique des professionnels (Dollard & Bakker, 2010), qui peuvent — entre autres — se traduire par un diagnostic de l'environnement de travail, des contraintes et des ressources qui le caractérisent, et leurs possibles impacts sur la santé des individus, afin de mettre en place des plans d'action préventifs. Toutefois faudrait-il encore que l'employeur juge nécessaire ce type d'interventions en acceptant de remettre en question son organisation et qu'il accorde un budget financier suffisant pour permettre à ces actions d'être efficaces (Vanderheyden, 2013 ; Zawieja, 2014). Enfin, au niveau de l'individu, il ne peut pas y avoir de prévention majeure contre l'apparition du burn-out, hormis avoir une hygiène de vie saine et pratiquer la relaxation, recommandations semblables à toutes autres recommandations pour lutter contre n'importe quel déséquilibre émotionnel, et s'accorder du temps pour soi afin de réduire une possible tension interne (Zawieja, 2014). En bref, se permettre de se ressourcer dans le but de se protéger face aux possibles impacts négatifs du travail.

La prévention secondaire vise à mettre en place des actions empêchant la propagation ou l'aggravation du burn-out (Zawieja, 2014). L'objectif serait donc de compléter les interventions mises en place en prévention primaire par un dépistage précoce des individus présentant de faibles symptômes de burn-out afin que ceux-ci n'évoluent pas vers un burn-out sévère. Au niveau sociétal, ce type de prévention peut renvoyer aux conseils de l'inspection du travail ainsi qu'aux recommandations émises par différents organismes nationaux ou régionaux (e.g., Institut national de recherche en sécurité, Agences nationales/régionales pour l'amélioration des conditions de travail) quant à la prévention des risques professionnels (Zawieja, 2014). Au niveau de l'organisme de travail, l'employeur peut mettre en place des formations portant par exemple sur la gestion du stress, du temps ou des conflits (Vanderheyden, 2013). Au niveau de l'individu, en plus de renforcer les interventions citées pour la prévention primaire, Zawieja (2014) souligne qu'il est recommandé aux personnes se sentant en burn-out de recourir à des techniques d'assertivité afin de s'affirmer au travail en refusant une charge de travail supplémentaire ou en signifiant un délai trop restreint. À côté des recommandations dont l'efficacité a été testée, certains auteurs préconisent des approches dont on peut sérieusement douter de la pertinence, telles que la phyto-aromathérapie (huiles essentielles et plantes diverses), l'homéopathie ou les compléments alimentaires (Zawieja, 2014). Ce type de recommandations peut être regrettable parce qu'en préconisant des méthodes non scientifiques, non seulement, ces approches minimisent la souffrance des personnes en situation de burn-out, mais font porter la responsabilité sur l'individu uniquement avec des conséquences qui peuvent être dévastatrices pour l'individu :

- avoir le sentiment d'être incompris ou ne pas être pris au sérieux ;
- culpabilisation quant à l'origine des troubles avec pour corollaire aggravation du burn-out.

4.3. Prise en charge

Le burn-out n'étant pas reconnu par une nomenclature médicale, la prise en charge ne peut être spécifique au burn-out. Il ne peut pas non plus être reconnu par la caisse primaire comme maladie professionnelle, permettant ainsi de proposer des actions curatives (c'est-à-dire, prévention tertiaire). Toutefois, une dizaine de cas par an sont reconnus comme tel. Une prise de position semble s'imposer : soit le burn-out n'est pas du tout une maladie professionnelle et ne donne pas lieu à des reconnaissances exceptionnelles, soit certains cas ont montré que cela pouvait être une maladie professionnelle

et on doit dès lors investiguer les mesures à prendre pour traiter toutes les personnes présentant cette pathologie.

En attendant l'évolution de ce débat, la prise en charge vise à traiter le burn-out sévère afin d'éviter l'apparition de maladies considérées comme étant plus graves. Cette prise en charge est souvent similaire à celle des troubles anxiodépressifs ou à d'autres phénomènes non pathologiques. En effet, Vanderheyden (2013) par exemple estime qu'il y a 10 phases dans la prise en charge du burn-out : phase de communication, phase d'évaluation, phase d'acceptation, phase de désengagement, phase de recherche de sens, phase de redécouverte, phase de réapprentissage, phase de résolution, phase de consolidation, phase de départ. Cependant, il n'y a aucun élément indiquant que ces phases sont spécifiques au burn-out. Par analogie, ces phases dites de prise en charge pourraient correspondre pour certaines aux différentes phases du deuil. Il en va de même pour les autres chapitres du livre de Vanderheyden (2013) qui évoquent des techniques plus ou moins connues comme la sophrologie, la « mindfulness » (c'est-à-dire, méditation de pleine conscience), la prise de conscience de ses émotions négatives pour les transformer par la suite, la thérapie émotionnelle avec les fleurs de Bach, etc. Au vu de la description très générale qui est faite, ces interventions pourraient être plus ou moins indiquées pour d'autres pathologies mentales et n'aident en rien à l'orientation thérapeutique à adopter si une personne présentant un burn-out s'adresse à un psychothérapeute. Vanderheyden (2013) cite même les mesures à adopter pour avoir une hygiène de vie antistress comme prise en charge du burn-out, à savoir : la pratique d'exercice physique, une alimentation équilibrée, un sommeil réparateur, une vision positive de la vie et gérer son temps ou le droit d'avoir du temps pour soi. On identifie donc le manque de spécificité de ces conseils généralistes qui sont applicables pour avoir une bonne santé de manière générale. Bref, à l'heure actuelle, il n'existe aucune réelle prise en charge de la souffrance psychique et spécifique pour les personnes en burn-out. En somme, la prise en charge du burn-out consiste à réparer les dommages grâce à du repos puis à préparer au plus vite le retour du travailleur (Vanderheyden, 2013). Maslach et Leiter (2011) préconisent également du repos, mais aussi une aide psychologique et une initiative personnelle pour faire face au burn-out. Ils recommandent également que l'entreprise mette en place des ateliers ou des groupes de paroles spécifiques au burn-out, mais cela implique le risque que soient implicitement discriminées les personnes qui assistent à ces ateliers.

Le fait de reconnaître le burn-out comme maladie permettrait de cibler des prises en charge spécifiques adaptées à ce type de pathologie. Santoft et al. (2018) ont testé l'efficacité des thérapies cognitivo-comportementales (TCC) adaptées à la problématique du burn-out et ont étudié les variables médiatrices du changement obtenu à travers ce type de thérapie. Ils ont montré qu'une TCC ciblée burn-out est plus efficace qu'un simple programme de réinsertion professionnelle impliquant seulement une analyse des objectifs professionnels du patient et des obstacles au sein du contexte professionnel. La TCC permettrait une réduction des symptômes en provoquant une amélioration de la qualité du sommeil ainsi qu'une amélioration de l'autoperception du patient en termes de compétence perçue, c'est-à-dire, en favorisant la croyance du salarié qu'il possède les ressources suffisantes pour faire face à la situation de stress. Il serait pertinent de développer des TCC ciblées burn-out mettant l'accent sur ces deux variables médiatrices du changement symptomatique au lieu d'utiliser des traitements plus généraux limités dans leur efficacité.

Mais quoi qu'il en soit, ces prises en charge restent uniquement centrées sur l'individu qui ne serait pas capable de s'adapter à son environnement. Cela renvoie une fois de plus au fait que l'individu est responsable de cet état de mal-être au travail et non l'organisation (Zawieja, 2014). Ainsi, il ne faudrait pas seulement soigner les conséquences du mal-être au travail (c'est-à-dire, prévention tertiaire), mais conjointement trouver et agir directement sur les causes (c'est-à-dire, préventions primaire et secondaire) afin de rétablir et garantir la santé au travail. Il n'y a pas d'intervention validée pour son efficacité spécifique sur le burn-out, mais il semblerait que les actions menées à la fois sur l'organisation et la personne soient plus efficaces que l'une des deux séparément (Awa, Plaumann, & Walter, 2010).

Selon Zawieja (2014), à l'heure actuelle, la non-reconnaissance du burn-out dans la nomenclature médicale pousse les médecins à la surmédicalisation. Il est plus aisé de prescrire des solutions prises en charge financièrement par la collectivité ; de même le patient lui-même réclamera plus facilement des consultations médicales remboursables à son médecin. Celui-ci n'ayant pas de référence médicale pour

la prise en charge et les symptômes du burn-out pouvant s'apparenter à un trouble anxiodépressif, il prescrira des psychotropes qui peuvent induire une sur-médication du burn-out.

En définitive, les difficultés d'évaluation clinique, de prévention et de prise en charge du burn-out ne seraient que la résultante d'une définition non consensuelle du concept et du manque de reconnaissance du burn-out en tant que maladie professionnelle.

5. Conclusion générale

Même s'il existe de nombreux arguments en faveur d'une non-reconnaissance du burn-out en tant qu'entité nosographique distincte, il est aussi primordial de considérer la quantité d'arguments en faveur de la reconnaissance de celui-ci en tant que maladie. De ce fait, même si cela simplifierait la situation de trancher en faveur d'un type d'argument au détriment d'un autre, il n'est pas aisé de prendre une telle décision. Il semble actuellement impossible de faire entrer le burn-out dans une nomenclature médicale étant donné le travail qu'une telle inclusion nécessite encore. Ainsi, certaines précautions méthodologiques pourraient contribuer à l'avancée du débat. Il paraît tout d'abord primordial de travailler sur la mise en évidence d'une définition claire et plus spécifique du burn-out qui fasse consensus entre les auteurs, a minima en France, mais aussi à l'international, avant de pouvoir envisager la reconnaissance du burn-out en tant que maladie. De plus, il s'agirait de favoriser la construction d'un outil d'évaluation lié à cette définition avec des seuils qu'on peut interpréter comme étant pathologiques clairement définis (par exemple sous forme d'entretien semi-structuré ou de grille d'analyse pluridisciplinaire), donnant, lui aussi, lieu à un consensus et dont l'utilisation rendrait les futures recherches plus comparables. Par ailleurs, les recherches à venir gagneraient à effectuer une analyse plus fine du concept de burn-out en prenant en compte son caractère multidimensionnel dans les analyses statistiques au lieu de s'appuyer uniquement sur le score global du concept. En résumé, de nombreuses recherches devront encore être menées avant d'envisager de reconnaître le burn-out comme une maladie en tant que telle.

Pour conclure, il est important de souligner que les difficultés à trouver un consensus quant à la définition du burn-out et quant à l'opérationnalisation du concept sont accentuées par la présence d'enjeux économiques et politiques. Le débat sur les possibles coûts et bénéfices associés à la reconnaissance du burn-out pour les états et les entreprises est vif. L'équilibre coûts-bénéfices risque-t-il d'être plus impacté par la reconnaissance ou la non-reconnaissance du burn-out ? Quoi qu'il en soit, notons que la France figure parmi les pays européens ayant les niveaux les plus élevés de burn-out (Schaufeli, 2018), la marge de progression apparaît donc importante et renforce l'intérêt de prendre sérieusement en considération le burn-out afin de protéger la santé des individus et d'optimiser le fonctionnement des organisations qui les emploient. En attendant, il semble fondamental d'éviter d'adopter une approche réductrice de la souffrance ressentie par les personnes concernées, mais également de ne pas considérer le burn-out comme une catégorie « fourre-tout » qui n'aurait de sens ni pour les professionnels, ni pour les personnes touchées.

Déclaration de liens d'intérêts

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

Références

Adamsson, A., & Bernhardsson, S. (2018). Symptoms that may be stress-related and lead to exhaustion disorder: A retrospective medical chart review in Swedish primary care. *BMC Family Practice*, *19*(1), 172. http://dx.doi.org/10.1186/s12875-018-0858-7

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

American Psychiatric Association. (2013). *DSM-5 : Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (5e ed.). Paris, France: Masson (Traduit par M.-A. Crocq et J.-D. Guelfi).

Awa, W. L., Plaumann, M., & Walter, U. (2010). Burnout prevention: A review of intervention programs. *Patient Education and Counseling*, *78*(2), 184–190. http://dx.doi.org/10.1016/j.pec.2009.04.008

Bahlmann, J., Angermeyer, M., & Schomerus, G. (2013). "Burnout" statt "Depression" – eine Strategie zur Vermeidung von Stigma? *Psychiatrische Praxis*, *40*(02), 78–82. http://dx.doi.org/10.1055/s-0032-1332891

Bahlmann, J., Schomerus, G., & Angermeyer, M. (2015). Nicht ganz dasselbe: Krankheitsvorstellungen von burnout und depression in der allgemeinbevölkerung. *Psychiatrische Praxis*, *42*(8), 443–447. http://dx.doi.org/10.1055/s-0034-1387365
Bakker, A. B., Demerouti, E., Taris, T. W., Schaufeli, W. B., & Schreurs, P. J. G. (2003). A multigroup analysis of the job demands-resources model in four home care organizations. *International Journal of Stress Management*, *10*(1), 16–38.
Bakker, A. B., van der Zee, K. I., Lewig, K. A., & Dollard, M. F. (2006). The relationship between the big five personality factors and burnout: A study among volunteer counselors. *The Journal of Social Psychology*, *146*(1), 31–50.
Beck, A. T., Ward, C. H., Mendelson, M., Mock, J., & Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of general psychiatry*, *4*(6), 561–571. http://dx.doi.org/10.1001/archpsyc.1961.01710120031004
Bianchi, R., & Schonfeld, I. S. (2016). Burnout is associated with a depressive cognitive style. *Personality and Individual Differences*, *100*, 1–5. http://dx.doi.org/10.1016/j.paid.2016.01.008
Bianchi, R., Schonfeld, I. S., & Laurent, E. (2015a). Burnout – depression overlap: A review. *Clinical Psychology Review*, *36*, 28–41. http://dx.doi.org/10.1016/j.cpr.2015.01.004
Bianchi, R., Schonfeld, I. S., & Laurent, E. (2015b). Is burnout separable from depression in cluster analysis? A longitudinal study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, *50*(6), 1005–1011. http://dx.doi.org/10.1007/s00127-014-0996-8
Boudoukha, A. H. (2016). *Burn-out et stress post-traumatique*. Paris, France: Dunod.
Chabot, P. (2013). *Global burnout*. Paris, France: Presses universitaires de France.
Décret. (2016). *Décret sur l'amélioration de la reconnaissance des pathologies psychiques comme maladies professionnelles et du fonctionnement des comités régionaux de reconnaissance des maladies professionnelles (CRRMP) de 2016*. (Décret n° 2016-756 du 7 juin, $9).
Demerouti, E., Bakker, A. B., Vardakou, I., & Kantas, A. (2003). The convergent validity of two burnout instruments. *European Journal of Psychological Assessment*, *19*, 12–23. http://dx.doi.org/10.1027//1015-5759.19.1.12
Demerouti, E., Xanthopoulou, D., Petrou, P., & Karagkounis, C. (2017). Does job crafting assist dealing with organizational changes due to austerity measures? Two studies among Greek employees. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, *26*(4), 574–589.
Dollard, M. F., & Bakker, A. B. (2010). Psychosocial safety climate as a precursor to conducive work environments, psychological health problems, and employee engagement. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, *83*(3), 579–599. http://dx.doi.org/10.1348/096317909X470690
Droz, N., & Wahlen, A. (2018). *Burn-out la maladie du XXIe siècle ?* Lausanne, Suisse: Ed. Favre.
Freudenberger, H. J. (1974). Staff Burnout. *Journal of Social Issues*, *30*(1), 159–165. http://dx.doi.org/10.1111/j.1540-4560.1974.tb00706.x
Grossi, G., Perski, A., Osika, W., & Savic, I. (2015). Stress-related exhaustion disorder – clinical manifestation of burnout? A review of assessment methods, sleep impairments, cognitive disturbances, and neuro-biological and physiological changes in clinical burnout. *Scandinavian Journal of Psychology*, *56*(6), 626–636. http://dx.doi.org/10.1111/sjop.12251
Heider, F. (1958). *The psychology of interpersonal relations*. New York, NY: Wiley.
Iacovides, A., Fountoulakis, K. N., Kaprinis, S. T., & Kaprinis, G. (2003). The relationship between job stress, burnout and clinical depression. *Journal of Affective Disorders*, *75*, 209–221.
Kovess-Masfety, V., & Saunder, L. (2017). Le burn-out : Historique, mesures et controverses. *Archives des Maladies Professionnelles et de l'Environnement*, *78*(1), 16–23. http://dx.doi.org/10.1016/j.admp.2016.01.007
Kroenke, K., Spitzer, R. L., & Williams, J. B. W. (2001). The PHQ-9: Validity of a brief depression severity measure. *Journal of General Internal Medicine*, *16*(9), 606–613. http://dx.doi.org/10.1046/j.1525-1497.2001.016009606.x
Kumar, S., Hatcher, S., & Huggard, P. (2005). Burnout in psychiatrists: An etiological model. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, *35*, 405–416. http://dx.doi.org/10.2190/8XWB-AJF4-KPRR-LWMF
Lecornet, E. (2016). *Le burn-out 100 questions/réponses pour comprendre et prévenir le burn-out*. Paris, France: Ellipses.
Leiter, M. P. (1993). Burnout as a developmental process: Consideration of models. In W. B. Schaufeli, C. Maslach, & T. Marek (Eds.), *Professional burnout: Recent developments in theory and research* (pp. 237–249). Washington, DC, US: Taylor & Francis.
Leiter, M. P., & Durup, J. (1994). The discriminant validity of burnout and depression: A confirmatory factor analytic study. *Anxiety, Stress, & Coping*, *7*(4), 357–373. http://dx.doi.org/10.1080/10615809408249357
Leiter, M. P., & Maslach, C. (2004). Areas of worklife: A structured approach to organizational predictors of job burnout. In P. L. Perrewe, & D. C. Ganster (Eds.), *Emotional and physiological processes and positive intervention strategies research in occupational stress and well-being* (3) (pp. 91–134). Oxford, UK: JAI Press/Elsevier.
Maroco, J., & Alvares Duarte Bonini Campos, J. (2012). Defining the student burnout construct: A structural analysis from three burnout inventories. *Psychological Reports: Human Ressources & Marketing*, *111*, 814–830. http://dx.doi.org/10.2466/14.10.20.PR0.111.6.814-830
Maslach, C., & Jackson, S. E. (1981). The measurement of experienced burnout. *Journal of Organizational Behavior*, *2*(2), 99–113. http://dx.doi.org/10.1002/job.4030020205
Maslach, C., & Jackson, S. E. (1984). Burnout in organizational settings. In S. Oskamp (Ed.), *Applied social psychology annual: Applications in organizational settings* (5) (pp. 133–153). Beverly Hills, CA: Sage.
Maslach, C., Jackson, S. E., & Leiter, M. P. (1996). (3rd ed.). *Maslach burnout inventory manual* (4) Palo Alto, CA: Consulting psychologists press.
Maslach, C., Jackson, S. E., & Schwab, R. L. (1996). Maslach burnout inventory – Educators survey (mbi-es). In C. Maslach, S. E. Jackson, & M. P. Leiter (Eds.), *MBI Study*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
Maslach, C., & Leiter, M. P. (2011). *Burn out*. Saint-Amand-Montrond, France: Les Arènes.
Maslach, C., Schaufeli, W. B., & Leiter, M. P. (2001). Job burnout. *Annual Revue of Psychology*, *52*, 397–422.
McNair, D. M., Lorr, M., & Doppleman, L. F. (1981). *Manual for the profile of mood states*. San Diego, California: Educational and Industrial Testing Service.
Melamed, S., Ugarten, U., Shirom, A., Kahana, L., Lerman, Y., & Froom, P. (1999). Chronic burnout, somatic arousal and elevated salivary cortisol levels. *Journal of Psychosomatic Research*, *46*(6), 591–598. http://dx.doi.org/10.1016/S0022-3999(99)00007-0

Menaghan, E. G. (1994). The daily grind: Work stressors, family patterns, and intergenerational outcomes. In W. R. Avison, & I. H. Gotlib (Eds.), *Stress and mental health: Contemporary issues and prospects for the future* (3rd ed., 4, pp. 115–147). New York, NY, US: Plenum Press.
Miraglia, M., & Johns, G. (2016). Going to work ill: A meta-analysis of the correlates of presenteeism and a dual-path model. *Journal of Occupational Health Psychology*, *21*, 261–283.
O'Mahony, N. (2011). Nurse burnout and the working environment. *Emergency Nurse*, *19*(5), 30–37.
Olié, J. P., & Légeron, P. (2016). *Le burn-out. Rapport de séance du 23 février 2016 à l'Académie nationale de médecine.*
Oosterholt, B. G., Maes, J. H. R., Van der Linden, D., Verbraak, M. J. P. M., & Kompier, M. A. J. (2015). Burnout and cortisol: Evidence for a lower cortisol awakening response in both clinical and non-clinical burnout. *Journal of Psychosomatic Research*, *78*(5), 445–451. http://dx.doi.org/10.1016/j.jpsychores.2014.11.003
Organisation mondiale de la santé. (1946). *Constitution de l'Organisation mondiale de la santé*. Genève: Organisation mondiale de la santé.
Organisation mondiale de la santé. (2015). *Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes CIM-10*. Genève: Organisation mondiale de la santé.
Penz, M., Stalder, T., Miller, R., Ludwig, V. M., Kanthak, M. K., & Kirschbaum, C. (2018). Hair cortisol as a biological marker for burnout symptomatology. *Psychoneuroendocrinology*, *87*, 218–221. http://dx.doi.org/10.1016/j.psyneuen.2017.07.485
Pines, A., & Aronson, E. (1988). *Career burnout: Causes and cures* (2nd ed.). New York: Free Press.
Rosenberg, M., Schooler, C., Schoenbach, C., & Rosenberg, F. (1995). Global self-esteem and specific self-esteem: Different concepts, different outcomes. *American Sociological Review*, *60*(1), 141–156.
Roskam, I., & Mikolajczak, M. (2018). *Le burn-out parental. Comprendre, diagnostiquer et prendre en charge*. Louvain-la-Neuve, France: De Boeck Supérieur.
Salvagioni, D. A. J., Melanda, F. N., Mesas, A. E., GonzaÂlez, A. D., Gabani, F. L., & Andrade, S. M. (2017). Physical, psychological and occupational consequences of job burnout: A systematic review of prospective studies. *PLoS ONE*, *12*, e0185781. http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0185781
Santoft, F., Salomonsson, S., Hesser, H., Lindsäter, E., Ljótsson, B., Lekander, M., & Hedman-Lagerlöf, E. (2018). Mediators of change in cognitive behavior therapy for clinical burnout. *Behavior Therapy*, *24*(6), 603–616. http://dx.doi.org/10.1016/j.beth.2018.08.005
Sassi, N., & Neveu, J.-P. (2010). Traduction et validation d'une nouvelle mesure d'épuisement professionnel : Le shirom-melamed burnout measure. *Canadian Journal of Behavioural Science*, *42*(3), 177–184.
Schaufeli, W. B. (2018). *Burnout in Europe: Relations with national economy, governance, and culture. Research unit occupational & organizational psychology and professional learning (rapport interne)*. Belgique: KU Leuven.
Schaufeli, W. B., & Buunk, B. P. (2003). Burnout: An overview of 25 years of research and theorizing. In M. J. Schabracq, J. A. M. Winnubst, & C. L. Cooper (Eds.), *The handbook of work and health psychology* (pp. 383–425). Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd. http://dx.doi.org/10.1002/0470013400.ch19
Schaufeli, W. B., Enzmann, D., & Girault, N. (1993). The measurement of burnout: A review. In W. B. Schaufeli, C. Maslach, & T. Marek (Eds.), *Professional burnout: Recent developments in theory and research* (pp. 199–215). Washington, DC, US: Taylor & Francis.
Schaufeli, W. B., Leiter, M. P., & Maslach, C. (2009). Burnout: 35 years of research and practice. *Career Development International*, *14*(3), 204–220. http://dx.doi.org/10.1108/13620430910966406
Schaufeli, W. B., Leiter, M. P., Maslach, C., & Jackson, S. E. (1996). The maslach burnout inventory – general survey. In C. Maslach, S. E. Jackson, & M. P. Leiter (Eds.), *Maslach burnout inventory*. Palo Alto, CA, US: Consulting psychologists press.
Schonfeld, I. S., Verkuilen, J., & Bianchi, R. (2019). Inquiry into the correlation between burnout and depression. *Journal of Occupational Health Psychology*, *50*(3), 475–488. http://dx.doi.org/10.1016/j.beth.2018.08.005
Schutte, N., Toppinen, S., Kalimo, R., & Schaufeli, W. (2000). The factorial validity of the Maslach Burnout inventory/General Survey (MBI–GS) across occupational groups. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, *73*, 53–66. http://dx.doi.org/10.1348/096317900166877
Seligman, M. E. (1972). Learned helplessness. *Annual Review of Medicine*, *23*(1), 407–412. http://dx.doi.org/10.1146/annurev.me.23.020172.002203
Selye, H. (1950). Stress and the general adaptation syndrome. *British Medical Journal*, *1*(4667), 1383–1392. http://dx.doi.org/10.1136/bmj.1.4667.1383
Shirom, A., & Melamed, S. (2006). A comparison of the construct validity of two burnout measures in two groups of professionals. *International Journal of Stress Management*, *13*(2), 176–200.
Shirom, A., Melamed, S., Toker, S., Berliner, S., & Shapira, I. (2005). Burnout and health review: Current knowledge and future research directions. *International Review of Industrial and Organizational Psychology*, *20*, 269–308.
Sonnentag, S., & Zijlstra, F. R. H. (2006). Job characteristics and off-job time activities as predictors of need for recovery, well-being and fatigue. *Journal of Applied Psychology*, *91*(2), 330–350.
Toker, S., & Biron, M. (2012). Job burnout and depression: Unraveling their temporal relationship and considering the role of physical activity. *Journal of Applied Psychology*, *97*(3), 699–710. http://dx.doi.org/10.1037/a0026914
Van Bogaert, P., Clarke, S., Wouters, K., Franck, E., Willems, R., & Mondelaers, M. (2013). Impacts of unit-level nurse practice environment, workload and burnout on nurse-reported outcomes in psychiatric hospitals: A multilevel modelling approach. *International Journal of Nursing Studies*, *50*(3), 357–365.
Vanderheyden, J. E. (2013). *Le burn-out des quinquas*. Bruxelles, Belgique: De Boeck supérieur.
Yeh, W. Y., Cheng, Y., & Chen, C. J. (2009). Social patterns of pay systems and their associations with psychosocial job characteristics and burnout among paid employees in Taiwan. *Social Science & Medicine*, *68*(8), 1407–1415.
Zawieja, P. (2014). *Le burn out*. Paris, France: Presses universitaires de France.
Zawieja, P. (2017). Le burn-out, mal du siècle. *Sciences Humaines*, *290*(3), 17.
Zhang, M., Loerbroks, A., & Li, J. (2018). Job burnout predicts decline of health-related quality of life among employees with cardiovascular disease: A one-year follow-up study in female nurses. *General Hospital Psychiatry*, *50*, 51–53. http://dx.doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2017.10.004