

Travail de Fin d'Etude :

# Analyse étiologique du phénomène du burn-out professionnel

Quel accompagnement en médecine  
générale du bien-être du patient dans  
son contexte de travail ?

Claire Edward Peiris  
Année 2019-2020

Promoteur : Dr Pierre Doumont

## Table des matières

---

Résumé.....	3
Abréviations .....	4
Introduction.....	5
Méthodologie.....	6
Mots-clés et descripteurs (CISP-2 et Q-codes).....	10
1. Définition du burn-out (BO).....	11
1.1.Contexte historique.....	11
1.2. Définition du BO.....	11
1.3. Le BO et la santé mentale en chiffres .....	12
2. " <i>Etiopathogénie du BO</i> ".....	13
2.1. Introduction.....	13
2.2. Facteurs individuels.....	14
2.2.1. Génétique et biologique.....	14
2.2.2. Facteurs liés aux variables démographiques.....	14
2.2.3. Facteurs liés à la vie privée.....	16
2.2.4. Facteurs comportementaux et traits de personnalité.....	17
2.2.5. " <i>Reproduction d'un trauma archaïque</i> ".....	19
2.3. Facteurs liés au travail.....	20
2.3.1. Facteurs propres au travail.....	20
2.3.2. Facteurs liés au relationnel et à l'organisationnel.....	21
2.3.3. Effets du travail sur la vie privée.....	24
2.4. Facteurs sociétaux.....	24
2.4.1. Facteurs liés aux mutations économiques.....	24
2.4.2. Facteurs liés aux mutations technologiques.....	25
2.4.3. Facteurs liés aux mutations sociales.....	25
2.4.4. Primauté du travail dans notre société .....	27
3. L'hypothèse de Pascal Ide.....	28
3.1. Les personnes et professions à risque.....	28
3.2. " <i>Le paradoxe du don</i> " .....	29
3.3. Les trois temps d'Ide.....	29
3.4. " <i>Le BO, une maladie du don</i> " .....	30
4. Notion de bien-être au travail.....	30
4.1. Définition et responsabilité de l'employeur.....	31

4.2. Au lieu de prendre son mal en patience, prenons notre bien en urgence.....	31
4.3. Signification dans la réalité du travailleur.....	32
5. Quel accompagnement par le médecin généraliste: outils et pistes de réflexion.....	32
5.1. Evaluation de la situation.....	33
5.2. Echelle de prospérité.....	34
5.3. Capital psychologique.....	35
5.4. Quelques " <i>jeux de bilan</i> " .....	35
6. Conclusion.....	37
Remerciements.....	39
Bibliographie.....	40
Annexe 1.....	43
Annexe 2.....	44
Annexe 3.....	45
Annexe 4.....	46

## Résumé

---

Le burn-out (BO) professionnel est un motif de consultation de plus en plus fréquent en Belgique. Face à ce constat dès ma première année d'assistantat en médecine générale, il m'est apparu primordial de comprendre ce phénomène plus en profondeur afin d'être mieux outillée pour le soigner.

Pourquoi observons-nous de plus en plus de burn-out professionnel dans nos sociétés ?

En médecine générale, connaissons-nous bien ce qui conduit au burn-out ?

Quels sont les facteurs de risque qui sous-tendent l'avènement de ce phénomène ?

Dans un premier temps, ce travail s'interroge sur cette problématique et tente d'expliquer l'origine multifactorielle de ce syndrome à partir d'une revue bibliographique.

Dans un deuxième temps, après avoir dressé l'étiologie complète du burn-out, je propose une prise en charge en médecine générale qui introduit la notion de bien-être au travail auprès de tout patient travailleur. En effet, au-delà d'un dépistage précoce du burn-out, un accompagnement du travailleur plus en amont encore pour s'assurer de son épanouissement au travail me semble nécessaire.

Comment aborder cette prévention en médecine générale ? Des outils précis et des pistes de réflexion sont proposés pour accompagner au mieux le patient travailleur.

## Abréviations

---

<b>BO</b>	Burn-out
<b>MG</b>	Médecine Générale
<b>TFE</b>	Travail de Fin d'Etude
<b>SPF</b>	Service Public Fédéral
<b>INRS</b>	Institut National de Recherche et de Sécurité
<b>HAS</b>	Haute Autorité de la Santé
<b>CSS</b>	Conseil Supérieur de la Santé
<b>UCL</b>	Université Catholique de Louvain
<b>BMJ</b>	British Medical Journal
<b>CDLH</b>	Cebam Digital Library for Health
<b>TRIP</b>	Turning Research Into Practice
<b>HeTOP</b>	HealthTerminology/Ontology Portal
<b>OMS</b>	Organisation Mondiale de la Santé
<b>PNB</b>	Produit National Brut
<b>MBI</b>	Maslach Burnout Inventory
<b>PRESST</b>	Promouvoir en Europe Santé et Satisfaction des Soignants au Travail
<b>NEXT</b>	Nurses Early Exit Study
<b>INAMI</b>	Institut National d'Assurance Maladie-Invalidité
<b>ITT</b>	Incapacité de Travail Temporaire
<b>INSEE</b>	Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

## Introduction

---

Le burn-out (BO) professionnel constitue une question de santé à l'échelle mondiale. Phénomène décrit pour la première fois dans les années 1970 aux Etats-Unis (1), il n'a cessé de prendre de l'ampleur depuis. Se généralisant dans toutes les couches de la société, quel que soit la culture du pays, le BO concerne de plus en plus de professions.

C'est également un phénomène qui se répand dans d'autres secteurs que le milieu professionnel, comme par exemple le BO parental. Cela pourrait nous questionner sur les fondements plus profonds de son avènement. Cependant, nous allons nous concentrer sur le BO professionnel pour en comprendre son étiologie plus spécifique.

Une conscientisation populaire a été amenée par plusieurs cas de harcèlement moral sur le lieu de travail décrits par des psychiatres et des cas de suicide rapprochés chez France Télécom (1). Des commissions en France et en Belgique ont été désignées depuis 2010, afin de réaliser un état des lieux de la situation : proposer une définition du syndrome de BO, proposer une prévalence, proposer des projets de loi et des mesures visant à soutenir le travailleur (1, 2, 3, 4, 5, 6). A ce jour, nous n'avons pas encore de définition consensuelle, ce qui ne permet pas de définir une prévalence objective. Cependant, le coût que cela représente est de plus en plus évident. Selon Pascale Vénara « *le coût du stress d'origine professionnelle en Europe est d'environ 20 milliards d'euros par an* » (7). L'inquiétude partagée autour de ce phénomène est importante.

Lors de mes premières semaines d'assistantat en médecine générale, je découvrais le nombre important de patients qui consultait pour une souffrance au travail. Le mal-être étant déjà bien installé, la symptomatologie du BO était déjà évidente. Je me suis alors demandé, quelles étaient les différentes raisons qui ont amené chacun de ces patients à ce même état symptomatique. Avaient-ils entre eux des points communs dans leur constitution psychique? Leur profession avait une similarité qui m'échappait ? J'ai compris qu'il fallait me familiariser avec ce concept pour mieux comprendre l'avènement du BO dans leur histoire individuelle, singulière et personnelle.

La question de l'épuisement professionnel a une résonance particulière chez moi puisque que j'y ai été moi-même confronté lors de mon assistantat en neurologie. J'ai eu la chance de

m'arrêter rapidement pour me préserver. La fascination et le trouble devant ce phénomène sont présents et interrogent les profondeurs de mon essence.

La médecine générale (MG) a l'avantage d'être une médecine de proximité. Nous bénéficions d'un contact privilégié avec le patient dans sa vie quotidienne. Le médecin traitant peut ainsi proposer un accompagnement du patient afin de connaître son rapport au travail. Avant même qu'il ne soit question des premiers symptômes du BO, le médecin traitant pourrait aborder l'épanouissement du patient dans sa vie professionnelle.

A partir d'un constat de l'origine multiple et complexe du BO, le médecin généraliste pourrait aborder la question du travail dans la vie du patient sous un regard positif, en évoquant le bien-être du patient dans son contexte de travail. Cela permettrait au patient, la prise de conscience de soigner sa vie professionnelle pour se l'approprier plus justement et plus durablement.

Ce travail de fin d'étude (TFE) propose enfin quelques pistes de réflexion pour aborder une consultation de prévention et suivi de la santé du patient travailleur.

## Méthodologie

---

J'ai effectué une recherche bibliographique. Ce type de travail a une difficulté majeure ; celle de viser une exhaustivité. J'ai donc multiplié les sources de recherche (livres de référence, textes et études officielles, articles scientifiques...). J'ai également ciblé ma recherche sur l'étiologie du BO. Je me suis attardée sur certaines facettes de l'étiologie plutôt que d'autres de manière tout à fait subjective. En effet, j'ai profité de ce travail pour satisfaire ma curiosité intellectuelle et ainsi, j'ai pris plaisir à approfondir certains points.

**Dans un premier temps**, j'ai rencontré Mme Christine de Vleeschouwer, psychologue, formée par la pratique clinique en pathologie du BO. Elle m'a conseillé deux livres :

- **Comment traiter le burn-out de Michel Delbrouck**
- **Le burn-out : le détecter et le prévenir de Catherine Vasey**

J'ai également assisté à plusieurs conférences du Dr Pascal Ide sur d'autres sujets. Son abord étant intéressant, j'ai retenu son livre :

- **Le burn-out, une pathologie du don**

**Dans un deuxième temps**, j'ai consulté des guides de bonne pratique (Belgique et France)

- **Le Service Public Fédéral (SPF) : Emploi, Travail et Concertation sociale** : J'y ai trouvé
  - **L'étude de 2010 sur le BO au sein de la population active belge**
  - **L'étude de 2019 sur le BO dans la population belge**
  - **Le site destiné aux patients sur le stress et BO** :  
<https://www.stressburnout.belgique.be/fr>
- **L'Institut National de Recherche et de Sécurité (INRS)** pour la prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles créée par la sécurité sociale française. J'y ai trouvé le **rapport d'information en conclusion des travaux de la mission d'information relative au syndrome d'épuisement professionnel (ou BO)**  
Dans ce rapport est cité également le **rapport de l'Académie Nationale de Médecine sur le BO** rédigé en 2016 que j'ai pu retrouver sur le site belge stress et BO du SPF.
- **La Haute Autorité de Santé (HAS)** propose le **repérage et prise en charge clinique du syndrome d'épuisement professionnel ou BO** (Recommandation de Bonne Pratique)
- **Le Conseil Supérieur de la Santé (CSS)** du SPF propose un module e-learning sur le BO où j'ai pu trouver leur publication de septembre 2017 : **BO et travail.**

**Dans un troisième temps**, j'ai repris dans les bibliographies des différents livres et articles lus jusqu'à présent.

- **L'étude européenne NEXT** cité par Michel Delbrouck, que j'ai pu retrouver sur **PubMed** en tapant « NEXT european study ». Plusieurs articles ont été écrits à partir de cette étude. J'ai sélectionné l'article : « Les facteurs liés à l'abandon prématuré de

la profession soignante. Confirmation de leur impact à un an d'intervalle, analyse longitudinale des soignants de l'enquête PRESST/NEXT ». Le texte intégral était disponible sur le site **cairn.info**

- **Personality, Social Support and Burnout among human Service Professionals in India** cité par Michel Delbrouck. J'ai introduit les auteurs cités, eux- même repris par S. Claeys, dans le moteur de recherche **google scholar**. Le nom complet de l'article mentionné est apparu dans la « **Wiley Online Library** ». En passant par la **bibliothèque Libellule de l'UCL**, j'ai pu accéder à l'article en entier.
- **Burnout in the general population** : Cet article est cité dans le rapport de l'académie nationale de médecine sur le BO pour évoquer le risque augmenté de BO chez les personnes célibataires ou séparées. Pour retrouver cet article, j'ai entré la citation bibliographique dans **google scholar**. Ce moteur de recherche m'a indiqué dans quelle revue électronique cet article est disponible : **SpringerLink**. Pour retrouver l'article en entier, je suis passée par la **bibliothèque Libellule de l'UCL**.
- **Burnout in 13 cultures of Victor Savicki: review of Christina Maslach** . Cet article est cité dans la bibliographie de l'article précédent. Je l'ai retrouvé sur **google scholar**.

**Dans un quatrième temps**, j'ai effectué une recherche sur des sites de lecture critique et des sites de « point-of-care » avec des combinaisons de mots-clés différents. J'ai retenu uniquement des articles récents (après 2010) et s'intéressant à des populations professionnelles larges.

- **Ebpracticenet** : Un article trouvé: **Épuisement professionnel (BO)**
- **Minerva** : Un seul article qui se réfère à une population de médecins uniquement. Non retenu.
- **BMJ Journals (British Medical Journal, Evidence-based Mental Health)** : aucun article correspondant (notamment les professions sont plus ciblées pour les différentes études).

Dans un cinquième temps, j'ai fait une recherche sur des moteurs de recherche avec les mots-clés cités plus loin :

- **CDLH (Cebam Digital Library for Health):** Deux articles trouvés dont celui précédemment trouvé sur Ebpracticenet. Le deuxième, également sur Ebpracticenet (burnout and related sources) ne contient pas de texte, pas de lien. La majorité des articles trouvés via CDLH se focalisent sur des corps spécifiques de métiers.
- **TRIP (Turning Research Into Practice) :** Associations between occupational stress, burnout and well-being among manufacturing workers: mediating roles of psychological capital and self-esteem.

Filtre ajouté : revue systématique : Health and well-being at work - the key role of supervisor support.

## Mots-clés et descripteurs (CISP-2 et Q-codes)

---

- Mots-clés introduits dans HealthTerminology/Ontology Portal (HeTOP) (excepté bien-être au travail, non retrouvé) :

○ Epuisement professionnel	○ Burnout, professional, work, occupational
○ Facteurs de risque	○ Risk factors
○ Médecine préventive	○ preventive medicine, prevention
○ Bien-être au travail	○ Well-being at work
○ Médecine générale	○ general practice

- CISP-2
  - A23 Facteurs de risque
  - A98 Gestion santé/médecine préventive
  - P01 Sensation anxiété/nervosité/tension
  - P02 Réaction de stress aigu
  - P99 Autre trouble psychologique
  - Z04 P. socioculturel
  - Z05 P. de travail
- Q-codes
  - QD33 évaluation de l'état de santé
  - QD8 équilibre travail-vie
  - QD41 Prévention primaire

## 1. Définition du BO

---

### 1.1. Contexte historique

En juin **1959**, le psychiatre français **Claude Veil** introduit pour la première fois la notion d'« **épuisement professionnel** » qu'il définit comme le « **franchissement d'un seuil** » dans une situation professionnelle. « *L'état d'épuisement est le fruit de la rencontre d'un individu et d'une situation. L'un et l'autre sont complexes, et l'on doit se garder des simplifications abusives. Ce n'est pas simplement la faute à telle ou telle condition de milieu, pas plus que ce n'est la faute du sujet* » (3).

En **1971**, **Herbert Freudenberger**, psychanalyste allemand établi à New York travaille avec un public de toxicomanes. Dans ce contexte, il expérimente lui-même le BO qu'il définit comme un « **état d'épuisement émotionnel** ». « [...] *Les gens sont parfois victimes d'incendie, tout comme les immeubles...leurs ressources internes en viennent à se consumer comme sous l'action des flammes, ne laissant qu'un vide immense à l'intérieur, même si l'enveloppe externe semble plus ou moins intacte* » (1).

En **1980**, **Christina Maslach**, chercheuse en psychologie sociale américaine, est la première à étudier en profondeur les caractéristiques du syndrome de BO professionnel. « *Un état psychologique et physiologique résultant de l'accumulation de facteurs de stress professionnels. Le BO trouve ses racines, en réponse à une quantité de facteurs stressants s'inscrivant dans la durée. Le BO serait une conséquence de réactions de stress quotidiens ayant usé l'individu.* » (1). Elle développe un outil pour mesurer le BO : le MBI (Maslach Burnout Inventory), à l'origine d'autres échelles largement utilisées dans les études actuelles.

### 1.2. Définition du BO

En 2008, **Christina Maslach et Leiter** tentent de définir 3 caractéristiques majeures du BO (1) :

1. « *L'épuisement, surchargé, avoir perdu ses ressources physiques et émotionnelles*
2. *Le cynisme ou le détachement (réponses négatives, insensibilité et exagérément détachées face au travail)*

3. *Manque d'accomplissement personnel mesure le sentiment d'incompétence (dimension pas toujours validée) »*

En 2019, **Schaufeli, de Witte et Desart** définissent 4 symptômes principaux (2) :

1. *« Epuisement physique et psychologique*
2. *Distanciation mentale : retrait mental/physique*
3. *Perte de contrôle cognitif : problèmes de mémoire, d'attention, de concentration et de performance dus à une perturbation du fonctionnement cognitif*
4. *Perte de contrôle émotionnel : réactions émotionnelles exacerbées et faible tolérance »*

Le CSS insiste sur la dimension de **processus** qui évolue vers le BO (4).

Face à ces symptômes du BO, il est essentiel de faire le **diagnostic différentiel** par rapport au stress, à la dépression, à la fibromyalgie, à la fatigue chronique, au workaholisme, au bore-out, au brown-out et aux difficultés causées par un évènement de vie (2). Le BO est un diagnostic d'exclusion. Nous n'allons pas rentrer dans ces détails dans ce travail.

### 1.3. Le BO et la santé mentale en chiffres

En l'absence de consensus quant à la définition du BO, nous n'avons que très peu de données chiffrées sur la **prévalence** en Belgique. D'après une enquête réalisée par le SPF emploi, travail et concertation sociale en 2010, « *on estimerait à 19000 personnes touchées par le BO en Belgique* » (5). Mais selon le CSS en 2017, aucune estimation n'est fiable et scientifiquement valide (4).

D'après une étude du cabinet Technologia de 2014 cité par l'Académie, « *3,2 millions de salariés français soit plus de 12 % de la population active présenteraient un **risque de BO*** » (3).

Selon une enquête européenne sur les conditions de travail réalisée en 2007 citée par Vénara, « *22,3% des salariés souffrent du **stress** en union européenne* » (7). Selon l'Agence européenne pour la santé et la sécurité au travail, cité par le CSS, « *le stress serait le deuxième problème de santé le plus répandu dans le monde du travail* » (4). « *Le coût du stress d'origine professionnelle en Europe est d'environ 20 milliards d'euros par an* » (7).

Selon l'étude Belstress citée par le CSS, « *le stress serait à l'origine de 50 à 60% de l'absentéisme* » (4).

Selon l'INAMI, cité par le CSS, « les invalidités pour **troubles mentaux** représentaient en 2014, 35% du total des invalidités. 3 à 4% du produit national brut (PNB) européen est alloué aux dépenses en santé mentale » (4).

Selon l'OMS citée par Vénara, « la France est 3<sup>e</sup> au rang mondial des dépressions liées au travail. D'ici 2020, l'OMS estime que la dépression deviendra la principale cause d'ITT » (pas de chiffre actualisé) (7).

« Au-delà des chiffres, un constat : le travail s'il peut être source de plaisir et de renforcement identitaire peut également entraîner une très grande souffrance, voire une destruction massive des repères au niveau individuel et collectif » (7)

## 2. « Etiopathogénie du BO » (7)

### 2.1. Introduction

Michel Delbrouck souligne l'importance de la multiplicité, de l'interconnexion, de l'interactivité et de la complémentarité des facteurs étiologiques (7). Ainsi le modèle bio-psycho-social qu'il propose instaure une dynamique systémique de circularité. En agissant sur un paramètre, les autres s'en trouvent également changé.

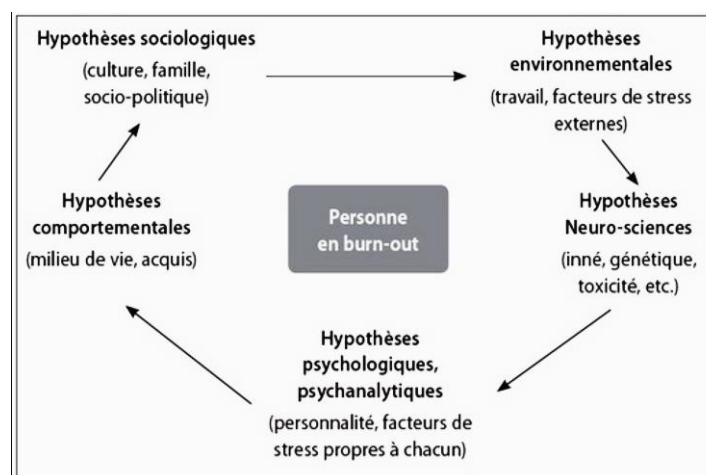


Figure 1: Modèle bio-psycho-social de M. Delbrouck

La limite de ce schéma est de niveler ainsi chaque entité les unes par rapport aux autres alors que certaines ont plus ou moins d'influence sur l'avènement du BO, nous le verrons plus tard.

D'après le Pr Mathias Burisch de l'Université d'Hambourg cité par Catherine Vasey (8), nous pouvons concevoir schématiquement la part de **facteurs internes** et **externes** contribuant respectivement à un BO actif ou passif. Dans les facteurs internes, nous placerons les facteurs individuels liés au BO, dans les facteurs externes, nous placerons les facteurs liés au travail et les facteurs sociétaux. Rappelons que cette distinction est purement imagée et qu'il faut reconnaître une interaction importante à travers la classification.

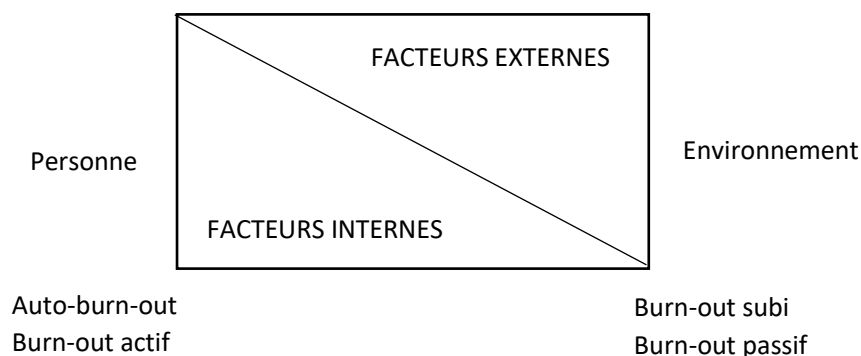


Figure 2: Composante interne et externe du BO du Pr Burisch

## 2.2. Facteurs individuels

### 2.2.1. Génétique et biologique

D'après Schaufeli, Enzmann et Shirom cités par le CSS (4), on évoque une vulnérabilité biologique au stress. Il s'agit de **spécificités génétiques ou épigénétiques**.

Certains auteurs parlent d'une élévation de taux circulants de **cytokines pro-inflammatoires**, d'autres évoquent une variation des taux de **facteurs trophiques** (*Brain Derived Neurotrophic Factor, Vascular endothelial Growth Factor, Epidermal Growth Factor*), d'autres encore évoquent une baisse des taux extracellulaires de la **sérotonine cérébrale** (par le biais d'une augmentation de l'expression du transporteur plasmique de la sérotonine) (1). Est-ce que ces particularités biologiques sont une cause ou une conséquence ? Y a-t-il une prédisposition biologique à exprimer ces variabilités biologiques ? Nous n'avons pas plus d'informations sur le plan biologique à ce jour.

### 2.2.2. Facteurs liés aux variables démographiques

#### - L'âge

Les avis sont partagés par rapport à l'âge. Certains auteurs corréleront une protection plus grande, l'âge avançant, comme un effet protecteur de l'âge, lié à l'expérience et aux capacités

d'adaptation plus développées. Ils invoquent une plus grande **résilience** face au BO (1, 3, 9). Schaufeli et Buunk en 2003 et Shah en 2009, cités par le CSS parle de l' « **healthy worker effect** », autrement dit l'âge sélectionnerait les travailleurs « résistants » au BO (4).

D'autres invoquent une **charge d'exposition** augmentant de manière linéaire avec le temps, constituant ainsi un facteur de risque (1, 3). Dans une étude réalisée en 2000 en Finlande, une légère augmentation du BO est liée à l'âge. Ils incriminent en plus le changement rapide du monde du travail occidental imposant une certaine flexibilité et une mise à jour des connaissances permanentes plus difficile à tenir pour les travailleurs plus âgés (9).

Nous ne notons pas d'unanimité concernant ce critère. Les travailleurs plus âgés semblent cependant nécessiter une plus grande période de récupération après un BO (4).

#### - Le niveau socio-économique

Un haut niveau socio-économique semble plus vulnérable au BO mais ce facteur peut être confondu avec le type de profession exercé (1, 3). Maslach incrimine une éducation plus élevée liée à des postes à plus fortes responsabilités ou une attitude avec plus d'attentes par rapport au travail (4). Cependant, le rapport du SPF de 2019 cite une plus grande protection avec un salaire et un niveau socio-économique élevé (2).

#### - Le sexe

Les femmes seraient plus vulnérables au BO mais un facteur confondant important à prendre en considération est le type de profession exercé en fonction du sexe (3, 1). Un niveau d'accomplissement personnel plus faible est également cité comme cause (2). Citons ici, Pascal Chabot repris par Pascal Ide, qui évoque trois facteurs principaux présidant au BO féminin : « *le perfectionnisme, la compassion démesurée et le besoin de reconnaissance* » (10). On note dans l'étude finlandaise, plus de BO chez les femmes si elles ont un faible niveau d'éducation, un niveau social peu élevé, un statut d'ouvrier et 17 ans minimum d'ancienneté dans la même profession. Pour cause, un faible niveau hiérarchique permettrait moins de flexibilité pour adapter son cadre de travail (9).

#### - Quelques spécificités culturelles

Dans une étude réalisée dans le sud de l'Inde en 2003, le support social provenant de collègues et amis est plus contributif comme protection contre le BO que le soutien familial (11). Cette dimension est spécifique à l'Inde où une pression familiale est plus notable qu'en Occident.

Dans son livre, Savicki étudie le BO à travers treize cultures différentes (12). Il évoque avant tout une certaine universalité du phénomène. Notons quelques remarques pouvant être extrapolées à notre système culturel. On note un taux élevé de BO en ex-Allemagne de l'Ouest associé à un score d'individualisme élevé. Inversement, en ex-Allemagne de l'Est, on note un taux de BO faible associé à un score de collectivisme élevé.

En ex-Europe de l'Ouest, on note une corrélation significative entre un taux élevé de BO lié à l'environnement professionnel contrairement à l'ex-Europe de l'Est.

Les anglophones en général ont un taux élevé de BO et présentent des réactions plus intenses aux facteurs de stress.

En résumé, l'étude de Savicki est intéressante pour analyser de plus près les valeurs culturelles qui ont initié le phénomène de BO en occident. Cette notion sera reprise plus loin dans les facteurs liés aux mutations économiques et sociales (12).

### 2.2.3. Facteurs liés à la vie privée

#### - Célibat

Chez les hommes, le célibat ou la séparation augmenterait le risque de BO (3, 4, 9). Les femmes ont plus de soutien social que les hommes lors de difficultés au travail (9). Les hommes auraient ainsi une plus grande tendance à compter sur le soutien familial en cas de stress professionnel. La cellule familiale constitue une ressource importante pour les hommes (9).

#### - Enfants

Le nombre d'enfants ne semble pas influencer l'apparition du BO (2).

#### - Support social

Un support social plus important et de sources multiples (conjoint, famille, amis, superviseurs au travail, collègues proches et autres collègues) protège la santé mentale et contribue au bien-être au travail (11, 13).

#### 2.2.4. Facteurs comportementaux et traits de personnalité

Selon certains auteurs, les facteurs personnels interviennent à raison de 40% contre 60% des facteurs organisationnels. Le poids de l'environnement extra-professionnel n'est pas pris en compte dans ce partage (1).

- Manque d'estime de soi

Sous le regard du psychanalyste Michel Delbrouck, le manque d'estime de soi se présente par une surestimation et une **hypertrophie du moi** pour le masquer, comme pour surcompenser (2, 7).

- Anxiété exagérée

L'anxiété normale peut être saine dans une certaine mesure. Elle permet une saine adaptation à l'environnement. Au-delà d'un certain point, elle devient toxique par un constant **sentiment d'inquiétude et d'insécurité** par rapport au travail (7).

- Zone de fragilité narcissique

Vouloir **être apprécié de tout le monde** crée une fragilité intrinsèque à la personne. A partir du moment où ses désirs égoïstes ne sont plus satisfaits, son intégrité fondamentale peut être mise à mal (7, 14).

- Perfectionnisme voire autocritique exacerbée

Le **perfectionnisme positif** est moteur car il incite à avoir des objectifs élevés en termes de performance. Il peut être ou devenir négatif (2). Ces personnes vont alors jusqu'à avoir une **personnalité obsessionnelle** et se fatiguer à la tâche. Elles peuvent ne jamais être satisfaite à cause d'une **opinion négative d'elle-même** (7).

- Incapacité à faire confiance

Ces personnes s'épuisent à tout faire toutes seules pour être sûr que le **travail soit bien fait** (7).

- Stratégies d'adaptation ou coping émotionnel

Le **coping** est en général protecteur car c'est une stratégie de survie, d'adaptation au milieu. Il est facteur de risque du BO lorsqu'il est **émotionnel** (cacher, réprimer voire supprimer ses émotions) ou met en place des stratégies d'évitement (2).

- L'implication

L'implication affective à une profession est positive car elle consiste en un sentiment de loyauté et de fierté envers une organisation. Mais **l'implication de continuité** est négative car elle consiste à vouloir rester dans une institution en raison du coût élevé d'un départ (loyauté sacrificielle) (2). D'après la méta-analyse de By Lee et al (2011) citée par le CSS, « *l'implication trop importante est le facteur le plus corrélé à la fatigue émotionnelle* » (4).

- Rumination affective

Avoir des pensées à propos de problèmes rencontrés au travail est à haut risque de BO (7).

- Neuroticisme élevé

Ces personnes ont une tendance persistante à l'expérience des **émotions négatives** (1, 7).

- Esprit de compétition

Un esprit de compétition peut être nécessaire dans une entreprise, mais être sans cesse dans cet état d'esprit crée du **stress** par **hyperactivité**, **excès d'ambition**, **excès d'engagement** et **d'action compulsive**. La personne peut même avoir peur du vide, du repos, des temps de relaxation nécessaire pour un fonctionnement biologique sain (1, 7). Nous reviendrons plus loin sur cette attitude typique de nos sociétés occidentales.

- Sauveur : triangle de Karpman

Selon Delbrouck, les candidats au BO vont plus facilement endosser **le rôle du sauveur** même si nous avons chacun la capacité d'endosser les trois rôles. Ces personnes sont dépendantes du plaisir, bien-être, apportés aux autres (7).

- Les traits protecteurs : la pleine conscience et l'intelligence émotionnelle

La **pleine conscience** consiste à « *porter une attention totale au moment présent avec une attitude d'acceptation. Ce peut être une compétence à acquérir* » (2).

L'**intelligence émotionnelle**, c'est « *la capacité de comprendre, reconnaître et de réguler ses émotions* » (2).

Selon Delbrouck, les traits de personnalité des sujets au BO présentent une belle disposition de base : « *A la réflexion, la situation est paradoxale car nous observons, et c'est merveilleux en soi, que les candidats au BO se recrutent **parmi les éléments les plus capables de notre société**, quant à leurs **intérêts**, leurs **capacités professionnelles** et les **qualités personnelles**. »*

#### 2.2.5. « Reproduction d'un trauma archaïque » (7)

##### - Pathologie du « Moi idéal »

L'Homme se construit normalement à partir d'un « **idéal de moi** ». Il s'agit d'être formé par « *l'identification à des idéaux culturels et parentaux projetés à l'extérieur du moi auquel il tente de se conformer* » (7). A la place, se structure un « **Moi idéal** » : « *idéal de toute-puissance narcissique forgé sur le modèle narcissique infantile ; lieu du fantasme héroïque, lieu dans lequel le sujet se voit accomplir de merveilleuses réalisations ou de hauts positionnements sociaux* » (J. Laplanche et J.B. Pontalis dans le Vocabulaire de la psychanalyse cités par Delbrouck) (7). Cela va épuiser la personne, plus sensible à développer un BO.

##### - Maladie de l'Ego

L'Ego peut se résumer à la phrase : « *Si je ne suis pas tout, je ne suis rien* » (7). « *La névrose est presque toujours le fait du **refus d'accepter de n'être pas tout-puissant*** » (7). Ce fond pathologique peut être à l'origine de l'envie de tout contrôler, de l'incapacité à faire confiance à autrui, donc de déléguer le travail.

##### - Répétition de stratégies abusives ou d'exploitation dans l'enfance

Une personne victime dans son enfance de schémas abusifs (abus moral, sexuel, inceste...) va avoir une tendance inconsciente à **reproduire ces schémas de destruction intégrés** dans leur enfance, les transformer et les rejouer malgré-eux indéfiniment (7).

##### - Reliquat d'amour primaire

Michael Balint, psychanalyste de la société Balint, évoque la notion de **reliquat d'amour primaire**. Elle découle de la posture du bébé : « *je dois toujours être aimé, toujours, partout de toutes les façons, dans tout mon corps, dans tout mon être – sans aucune critique, sans le moindre effort de ma part.* » (7). L'Autre existe pour subvenir à ce manque éternel. Pour maintenir leur intégrité psychique, ces personnes ont besoin de combler immédiatement le vide intérieur par l'extérieur. Ces personnes vont user leur partenaire qui ne peut avoir ses propres désirs. Elles vont exprimer des traits de personnalité de vouloir plaire à tout le monde

(cf. plus haut) et être sujette au BO ou parfois travailler avec opiniâtreté pour combler le manque primaire d'amour (7).

- *Epuisement spécifique aux soignants*

Le BO des soignants est un sujet à part entière avec une spécificité propre. Ce TFE aborde plutôt le BO de la population générale. Néanmoins, j'ai souhaité aborder deux points parmi d'autres qui m'intéressent particulièrement dans les facteurs de risque du profil psychologique des soignants sujets au BO.

○ ***Mécanisme d'intrusion spécifique aux soignants***

Michel Delbrouck évoque ce mécanisme lors de certains contacts avec l'histoire de patients qui sollicite des niveaux profonds du psychisme. En effet, le soignant peut se sentir perturber dans son fonctionnement psychologique propre au contact de ces moments par une série de mécanisme de défense mis en place (7).

○ *Fatigue par compassion*

Par opposition à l'empathie, la compassion consiste à souffrir avec l'autre sans prendre conscience qu'il s'agit de l'expérience de l'Autre. Pearlman et Saakvitne cités par Delbrouck, définissent **la fatigue par compassion** comme : « un *effect cumulatif de transformations sur le trauma-thérapeute à force de travailler avec des survivants à des évènements de vie traumatiques* » (7).

2.3. Facteurs liés au travail

2.3.1. Facteurs propres au travail

- *Charge de travail (1, 2, 4, 7, 8)*

**L'explosion des connaissances** peut mener à l'impossibilité de les maîtriser toutes (3, 7). La charge de travail peut être démultipliée par le **manque constant de personnel** (7).

- *Pression du temps et rythme de travail (2, 4)*

« *Un cadre en activité est couramment interrompu 70 à 80 fois par jour et ne s'en rend même pas compte* » (7). Cette constatation reflète l'ambiance de travail de nos sociétés. Pour Delbrouck, l'unité de tâche courante est constituée d'appels téléphoniques, de SMS, plus récemment de messagerie instantanée sur des applications de travail ou de brefs échanges de couloirs. Le travail est rythmé dans **l'urgence**. On ne pense plus ou en tout cas moins, à une

vision dans le moyen ou long terme (3, 7). Nous reviendrons plus loin sur cet aspect d'urgence au travail. Le rythme imposé se présente avec des horaires décalés, des délais serrés pour rendre des projets (3).

- Conflit de rôle (2)

Certains postes ne sont pas clairement définis ou mal définis. Il en est de même pour les tâches à réaliser qui s'y rapportent. Cela entraîne une confusion dans le champ d'action de chaque travailleur. Il peut s'agir de confusion à un niveau horizontal entre collègues de même niveau mais il s'agit également des **confusions de rôles** au niveau de la hiérarchie. Ces derniers peuvent manquer de clarté dans la communication du rôle demandé et du rôle propre à assumer pour permettre la bonne exécution des tâches en aval. (3, 7)

- Exigences

Les **objectifs** à atteindre sont **trop ambitieux** avec peu de moyens (3, 4). Les craintes des contrôles de production peut augmenter le stress professionnel (1, 7, 8). Les postes à **hautes responsabilités** et les **exigences de clients** à honorer constituent une source de tension (8).

- Travail émotionnel

Le travail émotionnel constitue « l'obligation de **cacher** ou de **réprimer ses émotions** pour permettre le bon fonctionnement du travail ». Certaines professions peuvent l'exiger implicitement (1, 2).

2.3.2. Facteurs liés au relationnel et à l'organisationnel

- Manque de ressources au travail

Les ressources sont constituées du **soutien de collègue**, du soutien de la **hiérarchie**, de *feedback* positif de « **clients** » ou interlocuteur externe (2, 8). Le **manque d'autonomie au travail** est également un élément important qui renforce l'avènement du BO (1, 2, 3, 8). Selon le modèle de stress au travail de Karasek cité par l'Académie (1), lorsqu'il y a une charge de travail trop importante et une absence d'autonomie de l'individu pour faire face à cette charge, il y a apparition de stress. Concernant les collègues, au-delà du manque, les collègues peuvent constituer une cause de BO en cas de **harcèlement**, **souci de communication**. De la même manière, le *feedback* des « clients » peut être négatif s'il constitue des **agressions répétitives** (2).

- Manque de cadre organisationnel et de cadre de travail

L'**absence de coordination** entre les différents niveaux hiérarchiques est fréquente dans les entreprises. L'**absence de sens** dans les tâches à accomplir crée un sentiment d'impuissance. Par ailleurs, si le **climat**, l'ambiance de travail sont mauvais, s'il y a un **manque de participation** lors des prises de décisions, le travailleur peut également être en souffrance. Peut aller parfois de pair avec ces éléments, un **dysfonctionnement** de l'**institution** qui n'apporte plus de cohérence dans le travail (7).

- Manque de sécurité et de prévention des accidents de travail (7)

Cela peut créer un **sentiment d'inquiétude constante** quant à son intégrité physique et psychologique.

- Nature des relations professionnelles

Lorsqu'il y a ambiguïté dans la **nature des relations** entre collègues ou supérieurs hiérarchiques (émotionnelles, sociales), il peut y avoir également chevauchement entre les rôles, les générations et les responsabilités (7).

- Manque de considération du travailleur

« Les **politiques actionnariales** axées sur le **profit** rapide réduit le personnel à des **objets**. » (7). Un système de plus en plus capitaliste favorise ce mouvement, nous le verrons plus loin. Le travailleur peut aussi souffrir d'un **manque de considération pour ses compétences** ; il peut estimer ne pas être reconnu pour sa juste compétence. D'après l'étude PRESST/NEXT (Promouvoir en Europe la Santé et la Satisfaction des Soignants au Travail/Nurses Early Exit Study), un des facteurs responsables du départ prématuré des soignants consiste en l'insatisfaction concernant l'utilisation de leurs compétences (15).

- Importance du leadership

Pour aborder ce facteur de risque positivement, insistons sur l'aspect protecteur d'un bon **leadership**, un **leadership authentique** : honnête, transparent, intègre, consistant, avec une bonne qualité d'échange avec ses subordonnés (2, 8, 16). Plusieurs études sont unanimes là-dessus : « A chaque instant, par ses comportements, ses décisions, ses pratiques, le manager peut être un facteur de risque ou un facteur de protection pour la santé de ses équipes » (1).

Notons également que « *le BO d'un leader peut se transmettre aux autres membres de l'équipe par diminution des ressources disponibles* » (2).

La perception de ne pas avoir de soutien du *leadership*, aussi caractérisé comme le superviseur dans certaines professions, a été démontré comme l'élément le plus significativement corrélé à l'apparition de symptômes de BO. Inversement, lorsqu'il est présent il contribue fortement au bien-être du travailleur (13).

- *Manque de reconnaissance, de soutien et de perspectives professionnelles*

Les changements de société peuvent modifier le poste de certains avec l'image « prestigieuse » et leur statut social (7).

Le manque de **sécurité salariale**, de **sécurité à l'emploi**, de soutien syndical, de **reconnaissance du travail accompli** (par rémunération adéquate entre autres) fragilisent la motivation au travail (1, 3, 7, 8).

Le **manque de perspective professionnelle** peut être vécu comme un manque de reconnaissance du travail accompli et constituer une baisse importante de l'énergie de créativité (7). Selon l'étude PRESST/NEXT, l'absence de perspectives professionnelles constitue l'élément le plus significativement corrélé à l'abandon de la profession (15).

Il y a conflit lorsque le **besoin de reconnaissance** est présent et qu'il y a **absence de gratitude** (7). Plus précisément, cette notion a été approfondie par Siegrist. Il propose un modèle qui génère du stress au travail : « *il y a déséquilibre entre les efforts réalisés par l'individu et les récompenses qu'il obtient en retour dont la reconnaissance* » (1).

- *Le harcèlement moral ou professionnel*

« *La nature perverse des uns rencontre la fragilité psychique des autres* » selon Marie Pezé citée par Delbrouck (7). Pascale Vénara cite l'enquête Sumer de 2003 : « *en France, un salarié sur six estime être l'objet de comportements hostiles dans le cadre de son travail* ».

Le harcèlement constitue une cause fréquente de BO (2, 3).

- *Des conflits de valeurs*

Les valeurs individuelles entrent en conflit avec les valeurs de supérieurs hiérarchiques, de collègues ou de l'institution (3, 8).

### 2.3.3. Effets du travail sur la vie privée

Lorsqu'il y a difficulté dans la sphère professionnelle, des répercussions sont possibles et même courantes dans le couple et la sphère familiale plus globalement. Un cercle vicieux peut se mettre en place. Des ennuis avec les enfants ou les amis peuvent suivre le même schéma. Citons également, les soucis de santé du travailleur ou d'un membre de la famille ou amis proches pouvant impacter fortement la manière de travailler (7).

Par ailleurs, la vie personnelle peut être envahie par l'avènement des nouvelles technologies supprimant toute barrière physique entre le monde du travail et la maison. Nous reviendrons sur ce point un peu plus loin (3).

L'étude de 2012 du cabinet Technologia citée par l'Académie (1), met en évidence « *le fossé entre la place effective prise par le travail et la volonté affichée de consacrer du temps à sa vie personnelle et familiale. 50% des cadres travaillent le soir, après 20h et le week-end.* »

L'étude PRESST/NEXT incrimine les difficultés à remplir les responsabilités familiales comme une des causes de départ prématuré (15).

## 2.4. Facteurs sociétaux

### 2.4.1. Facteurs liés aux mutations économiques

Le rapport de l'Assemblée Nationale évoque ces dernières décennies une « **dégradation des conditions de travail à la faveur de la mondialisation des échanges** » (3). Les auteurs incriminent une ouverture des frontières économiques en parallèle d'un accroissement des échanges. L'économie a ainsi été impactée par une pression concurrentielle importante avec une réduction des coûts en cascade. Les entreprises se retrouvent avec des marges plus étroites forçant des coûts de production bas. Pour rentrer un chiffre d'affaire positif, les entreprises augmentent la productivité. C'est un processus sans fin, qui met à mal les conditions de travail de toute la chaîne de production, en particulier des éléments les plus bas de l'échelle comme l'ouvrier en production (3). D'après une étude de 2010 de l'INSEE repris par ce rapport, « *la France a perdu près de 2 millions d'emplois industriels sur 5 millions entre 1980 et 2007* » (3). Les travailleurs restants ont été affaiblis dans leur condition de travail par peur du chômage de masse (3).

Selon Leiter cité par l'étude du SPF de 2019, après la crise financière de 2008, « *un sentiment d'insécurité est apparu lié à la sécurité de l'emploi et de l'obtention d'une pension* ».

#### 2.4.2. Facteurs liés aux mutations technologiques

Cette augmentation de la productivité a été consolidée par une révision du mode de travail. En effet, la digitalisation a permis une **nouvelle ère numérique** (4). Une mission a été confiée par le gouvernement français en 2015 à Bruno Metzinger, directeur des ressources humaines du groupe Orange (3). Ce dernier évoque une « **abolition du temps et du lieu de travail** » par l'apparition du télétravail, du nomadisme (travailler en-dehors de son poste habituel), des espaces de *coworking* et du développement du travail connecté à distance (mail, logiciel de travail installé sur le smartphone...). Le travailleur devient joignable 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7. Le travailleur nage dans une surcharge d'informations (3). Cette pléthore d'informations s'accompagne de multiples « *interruptions dans le travail* » et de « *situations imprévues* » (2). La responsabilité de la connectivité quasi-constante des cadres est imputable aux entreprises qui commencent à exiger une **réactivité immédiate** mais également aux travailleurs qui sont ou deviennent incapables de « déconnecter » de leur travail (3).

#### 2.4.3. Facteurs liés aux mutations sociales

##### - Les nouvelles formes de travail

Après l'avènement de nouvelles technologies, de nouveaux modes de travail apparaissent. Citons le principe des **open-spaces** qui crée un semblant d'espace privé. Le travailleur y perd son intimité et est exposé à un quasi contrôle permanent de son activité. Le rapport de l'assemblée cite le livre de Isnards et Zuber, « *l'open-space m'a tué* » : « *les cadres supérieurs ont le dos au mur tandis que les nouveaux sont placés au beau milieu du passage. Derrière cette ambiance cool, se cache une violence dans les relations au travail et un isolement de chacun sur son projet* » (3).

On assiste également à la présence croissante de « **reporting** » dans les professions (3). Ce terme se réfère à la « **lourdeur administrative de devoir justifier son travail sans cesse au lieu de réellement travailler** » (3).

##### - Mal de société

Le BO s'est élargi à d'autres professions que les secteurs du service au lendemain de la deuxième guerre mondiale par une « **diminution de l'importance des rôles, des communautés et des réseaux traditionnels tels que l'Eglise, le voisinage et la famille** » (2, 4).

On peut imaginer ainsi une diminution des réseaux d'entraide qui existaient naturellement avant.

Delbrouck parle du BO comme d'une « **maladie de l'autonomie et de la solitude** ». Selon lui, à partir de 1968, la société a tenté de s'affranchir de toute forme de dépendance et d'oppression. On en est venu à « *une contre-dépendance de l'Autre* » et ainsi à une « *certaine solitude* » (7).

Delbrouck replace justement l'individu dans son histoire avec les générations qui l'ont précédé. « *L'Autre n'est pas prédateur de notre Ego* » (7). L'homme est riche de cette histoire et il est sain de dépendre de « *mentors et de maîtres à penser* ». Cela nous enracine dans une culture et une société. « *Une saine dépendance est féconde* » (7).

- L'autorité et la morale

Il y a 50 ans, une autorité presque naturelle était attribuée à certaines professions du service à l'autre, comme les médecins, les infirmiers, les enseignants et les policiers. Aujourd'hui, cette autorité diminue très nettement (2). On parle de « **fragilisation de la morale commune** » (3) où tout est remis en question, tout se discute et se vaut.

- L'individualisme

Comme nous l'avons évoqué plus haut par le livre de Savicki, **l'individualisme** et les cultures individualistes sont associées à un plus grand taux de BO contrairement au collectivisme.

« *Les relations sociales se basent davantage sur la concurrence que sur la solidarité* » (4).

Ce constat remet encore une fois, l'homme au milieu d'une société avec laquelle il interagit, dans « *une saine dépendance* ».

Delbrouck évoque le « *développement d'une **culture narcissique*** ». Pour lui, les Hommes deviennent « *perpétuellement insatisfaits* » et réclament une « *gratification immédiate de leurs désirs* » (7).

- Culte de la performance et de l'excellence

Dans le travail comme par ailleurs, une obligation de performance et d'excellence devient la norme. Les médias véhiculent cette image en masse et de plus en plus tôt dans la construction psychique d'un individu. On parle de « *pression de la performance et l'importance de la réussite devenue centrale dans le sens donné à la vie* » (4). Perilleux et Vendramin en 2014

cités par le CSS mettent en garde contre cette course à la performance, source de BO car « *il ne permet pas de reconnaître les défaillances personnelles, les contradictions sociales et les tiraillements de valeurs.* » (4).

#### 2.4.4. Primauté du travail dans notre société

Dans les sociétés occidentales et occidentalisées, une certaine valeur est accordée au stress. Travailler avec du stress peut être perçu comme un symbole d'efficacité. Catherine Vasey attribue le stress à une stimulation, une motivation au travail (8). Travailler ainsi permet de travailler dans l'urgence (et inversement) et contribue à un plus grand rendement. Comme vu précédemment, augmenter la productivité est devenue une norme pour une entreprise afin de survivre. Le stress est perçu positivement. Mais est-ce que la notion même de stress peut être positive ?

« ***L'urgent prime désormais sur l'important*** » (7). Le mode de travail ne permet plus de réflexion au long terme. Delbrouck évoque la performance de la vitesse (7).

On en est venu à glorifier le travailleur qui s'acharne à travailler du matin au soir, dans une urgence quasi constante. Une pensée ambiante instille même la notion de réussite professionnelle lorsque le travailleur arrive à garder ce rythme effréné au détriment de son hygiène de vie.

Pour Vasey, certains jeunes cadres profiteraient d'une surcharge de travail à gérer dans l'urgence comme d'un défi à relever pour prouver leurs compétences et leur valeur (8).

Cette culture de l'immédiateté, de « l'hyper-exigence », de la course sans fin semble avoir une limite rappelée par l'avènement du BO. Vasey parle « *de surinvestissement dans notre relation occidentale au travail* » (8). Autrement dit, pour certaines personnes, il n'existe pas d'autre domaine de vie que le travail. Le weekend est là pour récupérer de la semaine et repartir en forme le lundi (8). On pourrait extrapoler cette pensée sur les vacances : intercaler des vacances pour récupérer du travail et repartir en forme pour s'épuiser à nouveau. Les vacances sont-ils une nécessité pour préserver une intégrité physique et psychique ou sont-ils une période de ressourcement personnel et familial ?

### 3. L'hypothèse de Pascal Ide (10)

---

Cette partie est abordée distinctement par rapport à toute l'étiopathogénie (7) car c'est une hypothèse encore théorique qui n'a pas encore été vérifiée par étude et qui introduit un concept original et intéressant.

En effet, Ide propose un regard positif d'espérance sur le BO quant au profil des personnes qui en sont atteintes ou qui sont à risque. Nous l'avons vu plus haut, Delbrouck avait déjà émis une réflexion compatissante et encourageante sur les candidats au BO. Pour le citer à nouveau « *...les candidats au BO se recrutent parmi **les éléments les plus capables de notre société, quant à leurs intérêts, leurs capacités professionnelles et les qualités personnelles** » (7).*

#### 3.1. Les personnes et professions à risque

Etudes à l'appui, pour Ide, les professions à risque en tête sont les professions au service de la personne. Il distingue trois catégories de métiers : les **enseignants-éducateurs**, les **soignants-travailleurs sociaux** et les **clercs et religieux**. Certes, les autres études évoquent une généralisation du BO professionnel à toutes les professions mais une tendance plus forte reste marquée dans ces professions du service (10).

Quelles sont les raisons communes qui poussent ces personnes à choisir ces métiers ?

#### - Générosité, « **don de soi sans réserve** »

Selon Freudenberg cité par Ide, il y a une phase de présentéisme qui précède le BO. Cette phase consiste en une présence constante au travail, « *autojustifiée et jugée insuffisante* ». Freudenberg a lui-même connu cette phase lorsqu'il travaillait avec une population toxicomane : ce n'était jamais assez, le don de sa personne en appelait toujours plus (10).

« *L'amour comme don* », cependant l'amour pas dans une dimension sentimentale mais dans la signification du bien que l'on désire pour autrui. L'amour est en ce sens : « *initiative, générosité, gratuité, don de soi, elle est cette énergie qui meut l'action de l'homme* » (10).

#### - Personnes en « **demande émotionnelle** »

Celle-ci est caractérisée par une « *bonté d'âme* » exceptionnelle, de compassion face à la souffrance. La compassion, souffrir avec l'autre, poussée à bout, se transforme en **fatigue par**

**compassion** (vu plus haut chez Delbrouck (7)), et constitue le noyau de l'épuisement émotionnel caractéristique du BO dans les métiers du service (10).

- « Surexigence », autrement dit « un grand sens de l'idéal »

Les personnes qui en souffrent ont une déception par rapport à leur idéal : « **deuil de l'idéal** » (10).

- Manque de reconnaissance

Nous l'avons déjà vu précédemment, le manque de reconnaissance est un aspect fréquemment observé dans les causes du BO. Pour aller plus loin ici, citons l'anthropologue Alain Caillé, cité par Ide (10) : « *La théorie de l'homme en quête de reconnaissance a toutes les chances de se révéler identique à la théorie de l'homme qui donne, de l'homme qui entre dans le cycle du donner-recevoir et rendre. Une théorie sociologique de la reconnaissance sera anti-utilitariste ou ne sera pas.* » Autrement dit, « **la reconnaissance est tellement centrale qu'elle est équivalent du don** » (10).

### 3.2. « Le paradoxe du don »

Constitutivement, le don comporte une tension propre. Ce paradoxe fondamental en fait la pathologie même du BO. Ide l'exprime ainsi : « *Comment un **don de soi** ne sera-t-il pas un **don du soi** ? Mais comment le soi, qui est la **source du don**, peut-il aussi en être **l'objet** ? Plus simplement : comment se donner sans se blesser, voire se perdre ?* » (10). Ide cite un autre auteur pour exprimer différemment cette tension paradoxale : Hubertus Tellenbach évoque le terme d'includence : « *le facteur includent consiste en ce qu'un individu voit se rétrécir son être-pour-les-autres et que, replié sur lui-même, il ne peut se saisir et se réaliser dans son être-soi* » (10).

### 3.3. Les trois temps d'Ide

« *L'Homme est comme un arbre* », dans un premier temps il reçoit de l'eau, de la lumière, de la chaleur par ses racines, puis dans un deuxième temps, le tronc croît, il intègre ainsi les nutriments reçus, puis dans un troisième temps, il fleurit et donne des fruits. Nous devons ainsi prendre le temps de **recevoir**, de **s'approprier** ce qui a été reçu puis enfin et seulement

de **donner** (10). Ide reprend l'image de St Bernard de Clervaux : « *L'Homme est comme une vasque* ». « *Il n'est ni une citerne dont l'eau n'a ni origine ni destination, ni un robinet qui distribue l'eau sans se remplir (et donc s'épuise, ce qui ouvre au BO), ni un canal qui ne reçoit l'eau que pour aussitôt la redonner. Il est une vasque : il reçoit l'eau, celle-ci attend d'être remplie et seulement alors il **se répand sur autrui par surabondance sans se faire du tort**. La charité veut cette **abondance pour soi-même**, afin de pouvoir la partager avec tous ; elle en garde pour soi une **mesure suffisante** » (10).*

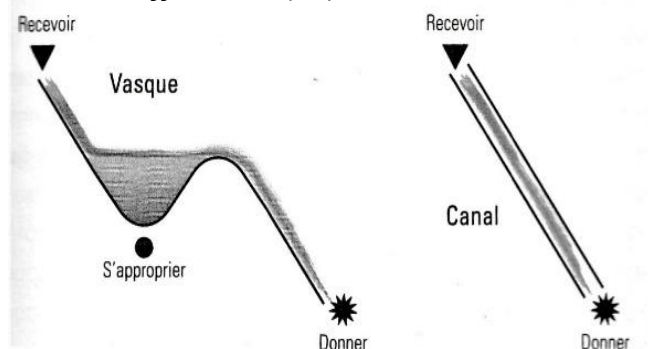


Figure 3: "L'Homme est comme une vasque" de Pascal Ide

#### 3.4. « Le BO, une maladie du don »

L'hypothèse de Pascal Ide, c'est que la personne en BO, avec toute la beauté de sa personne, ne s'est pas trop donné mais elle s'est **mal donnée**. Elle s'est épuisée à donner sans s'apercevoir qu'elle ne se ressourçait plus. L'intérêt de cette pensée, c'est qu'elle ne voit pas la personne en BO comme une personne qui a raté sa carrière professionnelle ou comme une personne foncièrement blessée dans son psychisme mais comme une personne pleine de potentiel et de générosité qui s'est mal donné, qui n'a pas pris le temps de s'approprier, d'intérioriser le don reçu. « *Et si, seule l'intériorisation du don, l'appropriation du don, accomplissait le don ?* » (10).

## 4. Notion de bien-être au travail

---

### 4.1. Définition et responsabilité de l'employeur

Le bien-être est défini par le SPF comme « *l'ensemble des facteurs relatifs aux conditions de travail dans lesquelles le travail est exécuté : sécurité au travail, **protection de la santé du travailleur, aspects psychosociaux du travail**, ergonomie, hygiène du travail, embellissement des lieux de travail* » (17).

La loi belge conscientise ainsi les entreprises à la nécessité de prendre en considération la santé mentale des travailleurs.

« *Les **risques psychosociaux** naissant à l'interface de l'individu (le psychologique) et de l'environnement de travail (le social) engagent désormais la responsabilité de l'entreprise.* » (1). Le BO est inscrit comme risque psychosocial dans la loi du travail belge.

### 4.2. Au lieu de prendre son mal en patience, prenons notre bien en urgence

Nous avons établi jusque-là, les risques dans l'exercice de sa profession en nous focalisant sur le BO.

Mais nous pourrions inverser à présent la réflexion pour savoir comment maximiser le bien-être en exerçant sa profession.

« *Les pays régulièrement cités en exemple comme ayant réussi à promouvoir la santé mentale au travail (essentiellement les pays d'Europe du Nord et le Canada), ont davantage mis en avant la notion de bien-être au travail que celle de souffrance* » (1)

Autrement dit, soigner sa vie de travail est une priorité.

D'après l'étude PRESST/NEXT, le deuxième critère constituant des départs prématurés est l'absence de soutien psychologique au travail (15).

Le **soutien psychologique** en l'absence de pathologie mentale ou de situation particulière qui l'exige pourrait, devrait être envisagé. En première ligne de soins, nous avons la responsabilité de véhiculer ce message à partir de la connaissance que nous avons des facteurs de risque du BO et de l'ampleur de dissémination de cette pathologie.

D'après l'OMS, « *le point d'attention concernant le bien-être mental ne consiste pas seulement à une absence de pathologie mentale mais d'avoir une composante positive dans le système mental et les attitudes inhérentes à celle-ci* » (14).

#### 4.3. Signification dans la réalité du travailleur

Lorsqu'il consulte son médecin traitant pour un motif quelconque, est-ce que le patient est conscient de son **degré d'épanouissement professionnel** ? Est-ce qu'il subit son travail ? Est-ce que la notion d'épanouissement professionnel, de bien-être professionnel lui évoque quelque chose ? Ou considère-t-il, une **certaine pénibilité recevable et normale** de son travail ? Est-ce que le patient est conscient de l'impact de son travail sur sa santé ou est-il dans le **déni** ?

Pour Catherine Vasey, l'aggravation d'une situation de travail est progressive. Elle illustre son propos par l'histoire de la grenouille. Comme une grenouille, le patient baigne dans un bain bouillonnant mais l'eau se réchauffe progressivement, ne permettant pas de réaliser la température bouillonnante depuis trop longtemps. Si on plongeait le patient immédiatement à cette température, il sauterait sur ses deux pieds pour s'en extirper.

Où en est le patient dans son **histoire professionnelle** ? Le MG a la possibilité de conscientiser le patient sur sa réalité de vie professionnelle. Ce travail a permis de mettre en lumière la nécessité de s'intéresser à cette question. Pourrait-on qualifier de faute grave, l'oubli de consulter le bien-être professionnel du patient ? La prévention des facteurs de risque cardiovasculaire est rentrée dans les habitudes du médecin généraliste. Il me semble tout aussi incontournable d'évaluer le bien-être professionnel de notre patient.

## 5. Quel accompagnement par le MG : outils et pistes de réflexion

---

Une fois le diagnostic du BO posé en médecine générale, la prise en charge du BO est essentiellement déléguée en psychothérapie. Nous avons toutefois un rôle essentiel dans l'écartement du patient de son lieu de travail et dans l'introduction d'une médication si nécessaire. Également, un accompagnement dans la reprise du travail doit être envisagé. Ce travail ne traite pas de cette partie.

Le SPF a proposé en 2019 un outil de dépistage précoce du BO. Cet outil est très intéressant en médecine du travail et en médecine générale (20) mais il intervient lorsque les premiers symptômes du BO sont déjà présents. La réflexion menée ici invite à investiguer le rapport de tout patient à son travail. En fonction des résultats, le MG pourra approfondir avec des échelles de mesure du BO s'il est en face de ce type de situation. L'enjeu recherché est de s'assurer de la santé de notre patient travailleur en amont de toute maladie mentale, y incluant la simple notion de « stress », déjà considérée comme pathologique.

En pratique, comment aborder la question du bien-être au travail ? Sans accabler le patient de phrases type « Tu dois, Il faut... » qui risqueraient une culpabilisation du patient, il peut être intéressant de laisser le patient s'exprimer librement en posant simplement des questions ouvertes. Cela consisterait en une première étape pour connaître le rapport du patient à son travail.

Ebpracticenet propose des conseils de prévention. En gardant ces conseils en tête, on pourrait reformuler par des questions ouvertes (16).

#### 5.1. Evaluation de la situation

- Aimez-vous votre travail ? Ce que vous faites est important pour vous ? Pour les autres ?
- Vous souhaiteriez faire ce travail longtemps ? Vous avez envie d'évoluer dans votre travail ?
- Comment organisez-vous votre travail ? Vous planifiez certaines choses à l'avance ?
- Est-ce votre travail est bien défini ? Vous savez ce que vous devez faire quand on vous demande de réaliser une tâche ?
- Parfois y a-t-il des tâches qui sont trop difficile à réaliser, à assumer ? Pour quelles raisons ?
- Vous avez déjà fait des formations ? Vous aimeriez en faire ?
- Y a-t-il une bonne ambiance au travail ?

- Comment cela se passe avec vos collègues, avec votre chef ? Est-il encourageant ? Vous pouvez lui parler facilement, librement ? Vous avez un superviseur ? Vous pouvez lui parler facilement, librement ?
- Vous avez déjà refusé de faire un travail ? En avez-vous déjà eu l'occasion ? Ou est-ce que vous n'avez pas osé le faire jusque-là ?
- Est-ce que vous avez des loisirs, des activités seules ou en famille qui vous font plaisir ? Quand est-ce que vous y consacrez du temps ?
- Vous faites du sport ?
- Comment cela se passe à la maison ?

Les questions posées ainsi proposent une réflexion spontanée. Par exemple, lorsqu'on demande à un patient s'il fait du sport, dans la majorité des cas lorsqu'il répond par la négative, il ajoute « non, mais je sais que je devrais... ».

Ainsi, le patient possède déjà une multitude de réponses qu'il n'a pas forcément l'occasion ou l'interlocuteur pour les réfléchir et les mettre en perspective. Le but de ces questions n'est pas de culpabiliser le patient sur ce qui n'est pas mis en place mais de lui rappeler l'importance de ces questions et des réponses qu'il va lui-même apporter.

Tous les patients ne vont pas se prêter au jeu. Auquel cas, le médecin peut faire une proposition pour faire évoluer la situation. Par exemple, si le patient n'envisage pas de faire des loisirs en dehors du travail, on peut simplement tenter de lui demander : « Et pourquoi pas ? ». Une question peut en amener une autre et révéler un désir ou une problématique plus profonde chez le patient. Cela vaut le coup de tenter une meilleure connaissance de son patient.

## 5.2. L'échelle de prospérité

L'échelle de prospérité ou « **The Flourishing Scale** » est une échelle qui reprend des dimensions de bien-être général repris par plusieurs auteurs différents (14). Elle permet

d'avoir une **vision globale individuelle et personnelle de son propre fonctionnement positif** (14). Cette échelle est utilisée par l'étude de Wang et Liu de 2017 pour établir une corrélation significative entre le stress professionnel, le BO et les ressources psychologiques positives d'un individu. Elle évalue huit items : l'engagement et l'intérêt dans les activités quotidiennes, l'auto-acceptation, les compétences personnelles dans les activités qui sont importantes pour soi, l'optimisme concernant l'avenir, sens et objectif de vie, rapports sociaux encourageants et gratifiants, se sentir respecté, perception de sa propre contribution au bien-être des autres. Chaque item est coté de 1 à 7. La variabilité du score de 1 à 56 donne une idée des ressources psychologiques personnelles de la personne (18, Annexe 1).

L'intérêt de cette échelle en médecine générale n'est pas tant le score isolé mais d'évaluer l'évolution de cette échelle dans le temps pour ouvrir le dialogue sur les différents points abordés.

### 5.3. Le capital psychologique

Dans la même idée, le **capital psychologique** peut être mesuré à partir du « *PsyCap Scale* » (14, 19). Cette échelle permet d'apprécier l'état d'esprit positif d'un individu. Cet état d'esprit est exprimé pendant la croissance et le développement d'un individu, il reprend **l'espérance**, **l'efficacité personnelle**, **l'optimisme** et la **résilience**. Ces items sont repris par 24 questions cotées de 1 à 6. (14, 19, Annexe 2). D'après l'étude de Wang et Liu de 2017, le capital psychologique est corrélé significativement au stress professionnel, le BO et le bien-être psychologique au travail (14).

Encore une fois, cette échelle est un support à la discussion et au suivi du bien-être d'un patient dans le temps.

### 5.4. Quelques « jeux de bilan » (8)

Catherine Vasey propose de faire régulièrement le point sur notre rapport au travail. « *La prévention se construit dans le temps* ». En fonction du mode de communication du patient, nous pouvons lui proposer l'une ou l'autre forme d'évaluation. L'enjeu reste le même : comment préserver le patient dans son environnement de travail.

- « Satisfait ou sacrifié ? »

Il s'agit de comparer la liste de tout ce que le patient donne dans son travail (temps, sacrifices, compétences...) et la liste de tout ce qu'il reçoit en retour (salaire, collègues, reconnaissance...) (8). Faire cet exercice seul et puis le compléter avec des proches permet de verbaliser une situation et de prendre le temps de faire un état des lieux.

- « Détecter les lieux d'usure » et les « tâches ressourçantes »

Vasey nomme « lieux d'usure », les « tâches, situations ou personnes qui amènent un sentiment d'impuissance, de fatigue, de lourdeur et qui prennent de l'énergie ». Les « tâches ressourçantes » peuvent aussi être des situations ou des personnes. « Elles motivent, donnent de l'énergie et de la satisfaction. » Il s'agit ici de faire une liste des deux catégories puis de coter les lieux d'usure. Une première cote pour signifier l'intensité de la pénibilité, puis une deuxième pour signifier la possibilité que l'on a de changer cette pénibilité. En additionnant les deux valeurs, on retrouve avec un score important les lieux d'usure les plus pénibles mais sur lequel nous avons une plus grande capacité d'en changer la pénibilité. Il s'agit enfin d'essayer de « déminer » les lieux d'usure progressivement dans le temps en commençant par les scores les plus élevés et d'équilibrer une journée de travail avec des lieux d'usure et des tâches ressourçantes.

- Trouver son rythme de travail

Vasey propose cette fois de coter les périodes de stress, de tensions et de récupérations sur une journée, un mois, une année (8, Annexes 3 et 4). De cette manière, le patient peut visualiser le rythme et l'intensité de son activité et équilibrer avec des périodes de récupération (périodes plus calme, horaires aménagés ou vacances). Certains individus ont beaucoup de difficulté à placer leurs congés bien à l'avance. Il ne s'agit pas de ne pas savoir s'organiser puisque cela est dépendant de beaucoup de facteurs, mais savoir quand notre organisme et notre psychologique ont besoin de se reposer n'est pas une question facile à répondre pour tous.

- La reconnaissance de ses réussites

Faire une liste des réussites (vie privée et vie professionnelle) dont on peut être fier (8). Prendre ce temps de le poser par écrit permet aussi de prendre le temps de se valoriser.

Ces exercices peuvent paraître un peu simplistes mais pour certains types de personnalité, cela peut avoir une répercussion intéressante.

## 6. Conclusion

---

Ce travail met en lumière l'indéniable problème de santé publique que représente le BO. La multiplicité des groupes de travail missionnés par les différents gouvernements le souligne. Ce phénomène grandissant vaut la peine qu'on s'y attarde pour une réflexion à tous niveaux.

En MG, nous sommes confrontés quotidiennement à cette problématique. Comprendre l'origine de son apparition dans l'histoire de notre patient est primordial.

La complexité de l'esprit humain et l'essor d'un nouveau monde du travail tout aussi complexe multiplient les facteurs de risque possibles du BO. La liste impressionnante de l'étiopathogénie (7) invite chaque personne à se poser la question de la possibilité de développer un BO.

C'est précisément cette réflexion que je souhaite aborder avec tout patient en MG. L'évocation d'une pathologie quelle qu'elle soit peut sembler extérieure à soi jusqu'à ce qu'on l'expérimente personnellement. Aborder un fonctionnement sain et « approprié » peut faciliter la prise de conscience d'une bonne santé mentale nécessaire sur son lieu de travail. Le bien-être au travail doit être une notion que le patient peut s'approprier et équilibrer à son niveau. Dans une médecine proche du patient, le médecin généraliste a cette précieuse possibilité de servir de support pour amener le patient à une réflexion du travail. Certes le temps peut sembler court pour cheminer avec le patient mais lorsqu'un patient est déjà en BO, le temps investi pour le médecin et pour le patient pour s'en sortir est décuplé des dizaines de fois. C'est un investissement au long terme de mener une politique de prévention dans les soins de santé.

Enfin, les propositions abordées à la fin de ce travail méritent une investigation dans une pratique de terrain pour proposer une consultation de prévention au travail.

Contexte d'actualité oblige, la situation de pandémie liée au Coronavirus que nous traversons invite à une réflexion sur le bien-être psychologique de tout travailleur. D'une part,

l'investissement intense que nous observons de la part des soignants est certes admirable mais cela nécessite d'être vigilant à un accompagnement psychologique judicieux au sortir de cette crise pour chacun d'eux. En temps normal, les soignants étant plus à risque de BO (10), comment leur équilibre psychique va s'en trouver bouleversé après une mobilisation aussi intense ? D'autre part, certaines autres professions doivent adapter leur forme de travail avec une gestion familiale supplémentaire et des exigences d'employeurs inflexibles. Comment certains travailleurs parviennent à adapter leur équilibre de vie pendant cette période et répondre aux exigences du monde du travail actuel ?

Mais cette crise peut être l'occasion d'une réflexion profonde sur le sens et la place du travail dans la vie de chaque individu. Cette pause forcée du monde du travail tel qu'il était avant mars 2020 peut être une opportunité pour chaque travailleur de se repositionner individuellement sur son état. Quelle est la place de mon travail dans ma vie, quel est l'investissement que je souhaite donner à mon travail, à ma vie personnelle ? Quel sens je choisis de donner à ma vie professionnelle ? Cet évènement sociologique hors du temps est une possibilité pour certaines personnes de se repenser, d'une remise à zéro pour replacer le curseur d'un équilibre de vie, pour réaliser la température de l'eau du bain pour reprendre l'histoire de la grenouille (8). Avec une productivité et une économie forcées à l'arrêt, chaque Homme a une opportunité de repenser son existence face au travail, de retourner à l'essentiel et de replacer le sens du travail *comme « source de plaisir et de renforcement identitaire » (7).*

## 7. Remerciements

---

Merci à ma maman Marie pour son accompagnement bienveillant dans l'écriture de ce travail.

Je remercie tout particulièrement mon mari Aurélien de m'avoir permis de dégager du temps pour l'écriture de ce TFE en prenant soin de notre petite tribu ! Merci pour sa relecture et ses conseils.

Merci à mon promoteur et maître de stage Pierre Doumont pour ses conseils et sa constante disponibilité. Merci à Laurent Hanen, mon maître de stage adjoint pour les échanges passionnés pendant nos supervisions. Merci pour ces belles années d'assistantat à vos côtés, pleine d'humour et d'humanité !

Merci à ma famille et mes amis pour leurs encouragements et leur soutien.

Merci à ma fille Manon de 2 ans pour ses dessins et ses miettes de pain qui jonchent mon bureau de travail.

Merci à mon fils Ambroise, né le 28 avril 2020 pendant le confinement. Tu as permis à ta petite maman de terminer tranquillement ce travail avant d'arriver dans la joie et la douceur.

Merci à mon beau-père Cyril, directeur des ressources humaines pensionné, pour les discussions intéressantes autour de ce sujet. Merci pour sa relecture et ses conseils.

Merci à mon beau-frère Arnaud pour les échanges passionnés sur des sujets de philosophie, psychologie et théologie qui ont nourri mon intérêt pour ce travail. Merci pour sa relecture et son enthousiasme sur ce sujet.

Merci à Christine de Vleeschouwer pour ses conseils bibliographiques.

Merci à Cécile Patris pour ses encouragements de coach, ses conseils de lecture et sa relecture.

Merci aux patients que j'ai rencontrés pendant tout mon assistantat, pour leur confiance et leur amitié.

## 8. Bibliographie

---

1. Académie Nationale de médecine. Le burnout. France; 2016.
2. Rusu D, Firket P, Braeckman L. Evolution 2010-2018 du burnout en Belgique. Bruxelles : Service Public Fédéral Emploi, Travail et Concertation sociale ; 2019.
3. Censi Y, Sebaoun G : Rapport d'information déposé en application de l'article 145 du règlement en conclusion des travaux d'une mission d'information relative au syndrome d'épuisement professionnel (ou burn-out) - XIVE législature - Assemblée nationale. Paris : Commission des affaires sociales – Assemblée Nationale. N° 4487
4. Conseil Supérieur de la Santé. Burnout et travail. Bruxelles: CSS; 2017. Avis n° 9339.
5. Hansez, I., Firket, P., Braeckman, L., & Mairiaux, P. Recherche sur le burnout (épuisement professionnel) au sein de la population active belge. Rapport final. Bruxelles, Belgique: SPF Emploi, Travail & Concertation Sociale ; 2010.
6. HAS – Haute Autorité de Santé. Repérage et prise en charge cliniques du syndrome d'épuisement professionnel ou burnout ; 2017.
7. Delbrouck M, Vénara P, Goulet F. et al. Comment traiter le burn-out. Bruxelles : De Boeck, 2011 : 43-72, 227-240
8. Vasey C. Burn-out : le détecter et le prévenir. Genève : Editions Jouvence, 2015 : 32-127
9. Ahola K, Honkonen T, Isometsä E and et al. Burnout in the general population. Soc Psychiat Epidemiol. 1 janv 2006;41(1):11.
10. Ide P. Le burnout une maladie du don. Paris : Editions Emmanuel, 2015 : 32-76

11. Brown NC, Prashantham BJ, Abbott M. Personality, social support and burnout among human service professionals in India. *Journal of Community & Applied Social Psychology*. 2003;13(4):320-4.
12. Savicki V. *Burnout across thirteen cultures: Stress and coping in child and youth care workers*. Praeger Westport, C
13. Hämmig O. Health and well-being at work: The key role of supervisor support. *SSM Popul Health*. 9 avr 2017;3:393-402.
14. Wang Z, Liu H, Yu H et al. Associations between occupational stress, burnout and well-being among manufacturing workers: mediating roles of psychological capital and self-esteem. *BMC Psychiatry* [Internet]. 15 nov 2017
15. Estryn-Behar M, Jasseron C, Le Nezet O. Factors related to early abandon of the health care profession: confirmation of impact at one year. *The Press/Next longitudinal survey*]. *Rev Epidemiol Sante Publique*. déc 2006;54(6):555-62.
16. Épuisement professionnel (burnout) ebpnet [Internet]. Disponible sur: <https://www.ebpnet.be/fr/pages/display.aspx?ebmid=ebm00918>
17. Bien-être au travail - Service public fédéral Emploi, Travail et Concertation sociale [Internet]. Disponible sur: <https://emploi.belgique.be/fr/themes/bien-etre-au-travail>
18. The Flourishing scale [Internet]. [cité 10 avr 2020]. Disponible sur: <https://www.midss.org/sites/default/files/fs.pdf>
19. Çetin F, Basım N. Organizational Psychological Capital: A Scale Adaptation Study. *Amme İdaresi Dergisi*. 1 mars 2012;45:121-37.
20. Détection précoce du burnout : outil pour le médecin généraliste - Service public fédéral Emploi, Travail et Concertation sociale [Internet]. [cité 11 avr 2020]. Disponible sur:

<https://emploi.belgique.be/fr/publications/detection-precoce-du-burnout-outil-pour-le-medecin-generaliste>

## 10. Annexes

---

### **FLOURISHING SCALE**

©Copyright by Ed Diener and Robert Biswas-Diener, January 2009

Below are 8 statements with which you may agree or disagree. Using the 1–7 scale below, indicate your agreement with each item by indicating that response for each statement.

- 7 - Strongly agree
- 6 - Agree
- 5 - Slightly agree
- 4 - Neither agree nor disagree
- 3 - Slightly disagree
- 2 - Disagree
- 1 - Strongly disagree

- \_\_\_ I lead a purposeful and meaningful life
- \_\_\_ My social relationships are supportive and rewarding
- \_\_\_ I am engaged and interested in my daily activities
- \_\_\_ I actively contribute to the happiness and well-being of others
- \_\_\_ I am competent and capable in the activities that are important to me
- \_\_\_ I am a good person and live a good life
- \_\_\_ I am optimistic about my future
- \_\_\_ People respect me

Scoring:

Add the responses, varying from 1 to 7, for all eight items. The possible range of scores is from 8 (lowest possible) to 56 (highest PWB possible). A high score represents a person with many psychological resources and strengths

Annexe 1

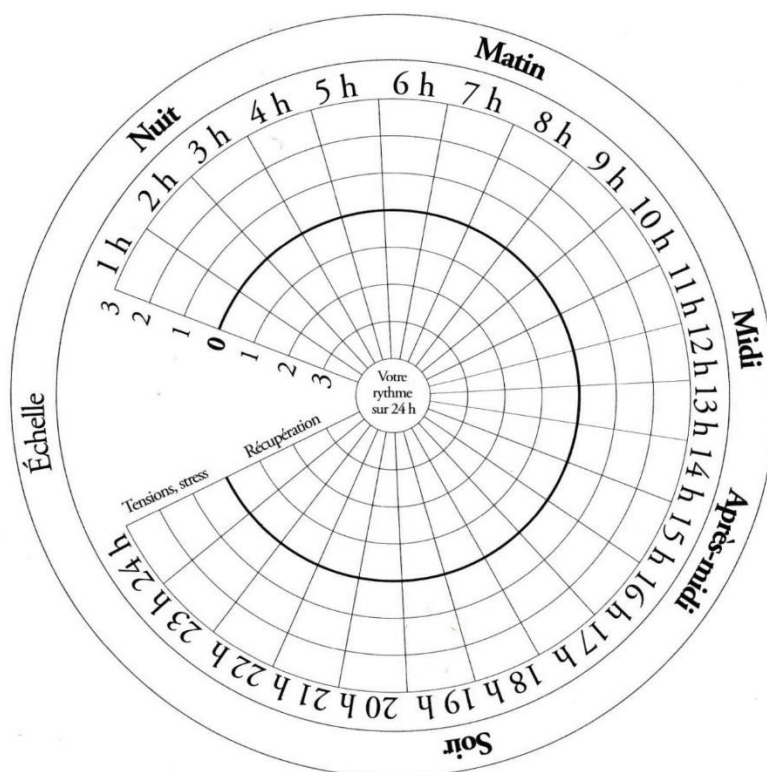
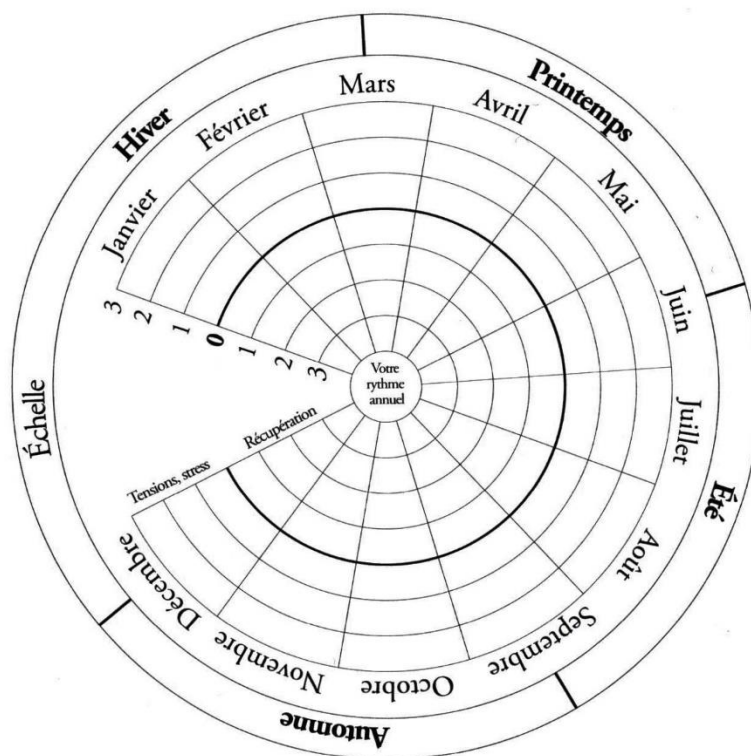
The Flourishing scale [Internet]. [cité 10 avr 2020]. Disponible sur:  
<https://www.midss.org/sites/default/files/fs.pdf>

## Psychological Capital Scale

Below are statements about you with which you may agree or disagree. Using the following scales, please indicate your level of agreement or disagreement.							
1	In this job, things never work out the way I want them to.	1	2	3	4	5	6
2	At this time, I am meeting the goals that I have set for myself.	1	2	3	4	5	6
3	I feel confident presenting information to a group of colleagues.	1	2	3	4	5	6
4	I feel confident helping to set targets/goals in my work area.	1	2	3	4	5	6
5	I can get through difficult times at work because I've experienced difficulty before.	1	2	3	4	5	6
6	There are lots of ways around any problem	1	2	3	4	5	6
7	I usually take stressful things at work in stride.	1	2	3	4	5	6
8	When I have a setback at work, I have trouble recovering from it and moving on.	1	2	3	4	5	6
9	When things are uncertain for me at work I usually expect the best.	1	2	3	4	5	6
10	I can be "on my own" so to speak at work if I have to.	1	2	3	4	5	6
11	If something can go wrong for me work-wise it will.	1	2	3	4	5	6
12	If I should find myself in a jam, I could think of ways to get out of it.	1	2	3	4	5	6
13	I feel I can handle many things at a time at this job.	1	2	3	4	5	6
14	I always look on the bright side of things regarding my job.	1	2	3	4	5	6
15	I feel confident contributing to discussions about the company's strategy.	1	2	3	4	5	6
16	I feel confident analyzing a long-term problem to find a solution.	1	2	3	4	5	6
17	Right now, I see myself as being pretty successful at work.	1	2	3	4	5	6
18	I'm always optimistic about my future.	1	2	3	4	5	6
19	I approach this job as if "every cloud has a silver lining".	1	2	3	4	5	6
20	At the present time, I am energetically pursuing my work goals.	1	2	3	4	5	6
21	I feel confident contributing to discussions about the company's strategy.	1	2	3	4	5	6
22	I usually manage difficulties one way or another at work.	1	2	3	4	5	6
23	I feel confident contacting people outside the company (e.g., suppliers, customers) to discuss problems.	1	2	3	4	5	6
24	I can think of many ways to reach my current work goals.	1	2	3	4	5	6

### Annexe 2

Çetin F, Basım N. Organizational Psychological Capital: A Scale Adaptation Study. Amme İdaresi Dergisi. 1 mars 2012;45:121-37.



Annexe 3 : rythme annuel et sur 24H de Vasey en disque

		Hiver			Printemps		
		Janvier	Février	Mars	Avril	Mai	Juin
↑ Tension, stress	3						
	2						
	1						
Neutre		0					
↓ Récupération	1						
	2						
	3						

		Été			Automne			
		Juin	Juillet	Août	Septembre	Octobre	Novembre	Décembre
↑ Tension, stress	3							
	2							
	1							
Neutre		0						
↓ Récupération	1							
	2							
	3							

		Nuit					Matin						
Heures		01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12
↑ Tension, stress	3												
	2												
	1												
Neutre		0											
↓ Récupération	1												
	2												
	3												

		Après-midi					Soir								
Heures		13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24		
↑ Tension, stress	3														
	2														
	1														
Neutre		0													
↓ Récupération	1														
	2														
	3														

Annexe 4 : rythme annuel et sur 24H de Vasey en tableau