Rapport scientifique

du projet pilote implémenté par l' Agence féderale des risques professionels

31 MARS 2023

Évaluation d'un programme de prise en charge de travailleurs en burn-out précoce

FEDRIS

Isabelle HANSEZ
Université de Liège
Unité de Valorisation des Ressources Humaines
Mail : ihansez@uliege.be

Lutgart BRAECKMAN
Universiteit Gent
Vakgroep Volksgezondheid en Eerstelijnszorg
Mail : lutgart.braeckman@ugent.be

Tous droits d'auteur réservés.

Aucune partie de cette publication ne peut être reproduite et/ou publiée par voie d'impression, de photocopie, de microfilm, par voie électronique ou de toute autre manière sans le consentement écrit préalable de l'éditeur.

Veuillez citer cette publication de la façon suivante: Hansez, I. & Braeckman, L. (2023, 31 mars). Évaluation d'un programme de prise en charge de travailleurs en burn-out précoce (prévention secondaire). Rapport scientifique du projet pilote implémenté par l'Agence Fédérale pour les Risques Professionnels (Fedris). Bruxelles : Belgique.
Dépôt légal : D/2023/14.014/17.

Cette publication est indissociable de la publication complémentaire suivante : Agence fédérale des risques professionnels (2023). Implémentation d'un projet pilote de prévention secondaire des troubles psychosociaux en relation avec le travail, rapport d'évaluation final. Bruxelles : Belgique. Dépôt légal : D/2023/14.014/20.

Toutes citations doivent faire référence aux deux documents.

La version intégrale de ces deux avis peut être téléchargée à partir de la page web: https://www.fedris.be/fr/professionnel/publications-scientifiques

Avec l'aide d'étudiants et de doctorants (Aurélie Caron, Charlotte Defrancq, Céline Leclercq et Marie Bodarwé).

Les données des rapports de diagnostic et rapports finaux ont été collectées et codées par l'équipe des psychologues Fedris (Caroline Dendoncker, Karolien Kerckhofs, Florence Lebrun, Déborah Mennecier et Shana Vranken).

Table des matières

ABRÉVIATIONS ..... ERREUR ! SIGNET NON DÉFINI.

1. VARIABLES DESCRIPTIVES **6**

2. FOURNISSEUR D'INFORMATIONS ET RÉFÉRENT **10**

2.1 FOURNISSEUR D'INFORMATIONS 10
2.2 RÉFÉRENT 11
2.3 CARACTÉRISTIQUES SOCIODÉMOGRAPHIQUES ET PROFESSIONNELLES DES PARTICIPANTS PAR TYPE DE RÉFÉRENT 11

3. EFFICACITÉ DU TRAJET DE PRISE EN CHARGE EN CE QUI CONCERNE LA SANTÉ MENTALE **12**

4. ÉTAT DE SANTÉ PHYSIQUE ET PSYCHOLOGIQUE AUTODÉCLARÉ **14**

5. CONSOMMATION DE SOINS AVANT, PENDANT ET APRÈS LE TRAJET **16**

6. EFFICACITÉ DU TRAJET DE PRISE EN CHARGE EN CE QUI CONCERNE LES AMÉLIORATIONS RESSENTIES ... **20**

7. SITUATION PROFESSIONNELLE AVANT, PENDANT ET APRÈS LE TRAJET **22**

8. EMPLOI ET PRÉSENCE OU ABSENCE DE BURN-OUT APRÈS LE TRAJET **24**

9. ÉVALUATION DU PROGRAMME DE PRISE EN CHARGE (POST-TEST 1) **25**

9.1 SATISFACTION PAR RAPPORT À L'ENVIRONNEMENT GÉOGRAPHIQUE, DISTANCE DOMICILE OU TRAVAIL VERS PRISE EN CHARGE ... 25
9.2 SATISFACTION PAR RAPPORT AU CONTENU DU TRAJET DE PRISE CHARGE 27
9.3 ÉVALUATION GLOBALE DU TRAJET DE PRISE CHARGE 30
9.4 PERCEPTION DE LA SITUATION ACTUELLE (POST-TEST 1) 31
9.4.1 Au niveau de l'organisation du travail *31*
9.4.2 Au niveau de son propre rapport au travail *32*

10. AJUSTEMENTS DU POSTE DE TRAVAIL **34**

10.1 MAINTIEN / CHANGEMENT D'EMPLOYEUR (EM) ET / OU DE POSTE DE TRAVAIL (PT) 34
10.2 AJUSTEMENTS DU POSTE DE TRAVAIL PAR L'EMPLOYEUR (EM) ET / OU LE TRAVAILLEUR (TR) 36
10.3 TYPE D'AJUSTEMENTS DU POSTE DE TRAVAIL PAR L'EMPLOYEUR (EM) ET / OU LE TRAVAILLEUR (TR) 37

11. CARACTÉRISTIQUES DU PROGRAMME DE PRISE EN CHARGE (SUR BASE DES DONNÉES DU RAPPORT FINAL DE L'INTERVENANT BO) **40**

12. ASPECTS DE DIAGNOSTIC (SUR BASE DES DONNÉES DU RAPPORT FINAL DE L'INTERVENANT BO) **45**

12.1 PRISE EN CHARGE POURSUIVIE AVEC L'INTERVENANT BO (IBO) SELON L'ÉVOLUTION DU DIAGNOSTIC ET DE LA SYMPTOMATOLOGIE BO (DANS LE RAPPORT FINAL (RF)) 47
12.2 PRISE EN CHARGE POURSUIVIE AVEC L'INTERVENANT SÉANCES INDIVIDUELLES (ISI) SELON L'ÉVOLUTION DU DIAGNOSTIC ET DE LA SYMPTOMATOLOGIE BO 49

13. SYNTHÈSE ET DISCUSSION DES RÉSULTATS **51**

14. FORCES ET FAIBLESSES **61**

15. RECOMMANDATIONS **62**

16. BIBLIOGRAPHIE **66**

17. ANNEXES 69

17.1 ANNEXE RELATIVE AU POINT 1 « VARIABLES DESCRIPTIVES » 69
17.2 ANNEXE RELATIVE AU POINT 2 « FOURNISSEUR D'INFORMATIONS ET RÉFÉRENT » 73
17.3 ANNEXE RELATIVE AU POINT 3 « EFFICACITÉ DU TRAJET DE PRISE EN CHARGE EN CE QUI CONCERNE LA SANTÉ MENTALE » ... 75
17.4 ANNEXE RELATIVE AU POINT 3 « EFFICACITÉ DU TRAJET DE PRISE EN CHARGE EN CE QUI CONCERNE LA SANTÉ MENTALE » : NORMES 80
17.5 ANNEXE RELATIVE AU POINT 4 « ÉTAT DE SANTÉ AUTODÉCLARÉ (PHYSIQUE ET PSYCHOLOGIQUE) » 81
17.6 ANNEXE RELATIVE AU POINT 6 « EFFICACITÉ DU TRAJET DE PRISE EN CHARGE EN CE QUI CONCERNE LES AMÉLIORATIONS RESSENTIES » 84
17.7 ANNEXE RELATIVE AU POINT 7 « SITUATION D'EMPLOI AVANT, PENDANT ET APRÈS LE TRAJET » 89
17.8 ANNEXE RELATIVE AU POINT 10 « AJUSTEMENTS DU POSTE DE TRAVAIL » 95
17.8.1 AJUSTEMENTS DU POSTE DE TRAVAIL EMPLOYEUR APRÈS TRAJET 95
17.8.2 AJUSTEMENTS DU POSTE DE TRAVAIL TRAVAILLEUR APRÈS TRAJET 96
17.8.3 AJUSTEMENTS DU POSTE DE TRAVAIL EMPLOYEUR TROIS À SIX MOIS APRÈS TRAJET 97
17.8.4 AJUSTEMENTS DU POSTE DE TRAVAIL TRAVAILLEUR TROIS À SIX MOIS APRÈS TRAJET .. 98
17.9 ANNEXE RELATIVE AU POINT 11 « CARACTÉRISTIQUES DU PROGRAMME DE PRISE EN CHARGE (SUR BASE DES DONNÉES DU RAPPORT FINAL DE L'INTERVENANT BO) » 100
17.9.1 Nombre total de séances de clinique du travail 100
17.9.2 Nombre total de séances Starter-Kit (Psycho-éducation) 100
17.9.3 Nombre total de séances individuelles 100
17.9.4 Nombre total de séances de suivi 101
17.9.5 Nombre total de séances de réorientation 101

Abréviation

BO : burn-out.
BAT : outil d'évaluation du burn-out.
BOTP : burn-out treatment program.
CPAP : conseiller en prévention aspects psychosociaux.
DASS : échelle de dépression, d'anxiété et de stress.
EM : employeur.
E-T (FR) : écart-type.
Fedris : Agence fédérale des risques professionnels.
FR : Francophone.
IBO : intervenant en burn-out.
ISI : intervenant séances individuelles.
NL : Néerlandophone.
ORL : nez, gorge et oreille.
OLBI : Inventaire d'épuisement professionnel d'Oldenburg.
PT : poste de travail.
RH : Ressources humaines.
RF : Rapport final.
TR : travailleur.

1. Variables descriptives

Nous avons constaté que la description de l'échantillon reste sensiblement la même et ce, que l'on considère les participants ayant au moins participé au pré-test (N = 893), les participants ayant participé au pré-test et au post-test 1 (N = 312) ou encore les participants ayant participé au pré-test, au post-test 1 et au post-test 2 (N = 223). Les tableaux détaillés se trouvent en annexe (Annexe 17.1).

Les variables descriptives se rapportent à l'échantillon de travailleurs (N = 223) qui ont participé aux trois moments de mesure (pré-test, post-test 1 et post-test 2). Les femmes (80 %) et les néerlandophones (69 %) sont les mieux représentés (tableau 1.1). La majorité des participants sont titulaires d'un diplôme de deuxième ou troisième cycle (63 %) et d'études supérieures (21,5 % de licence / maîtrise). L'âge se situe principalement dans les catégories 35-45 et 46-55 ans avec un âge médian de 44 ans. En termes de provinces, on constate que les provinces du Brabant wallon, du Hainaut et de Liège sont les moins représentées (moins de 5%) dans l'échantillon. Il n'y a pas de participants de la province de Luxembourg.

Tableau 1.1 : Variables sociodémographiques (N = 223)

	Nombre (N)	Pourcentage (%)
Genre		
- Homme	44	19,7
- Femme	179	80,3
Langue		
- Français	69	30,9
- Néerlandais	154	69,1
Niveau d'éducation		
- Enseignement secondaire inférieur	3	1,3
- Enseignement secondaire supérieur (technique / professionnel / artistique)	20	9,0
- Enseignement secondaire supérieur général	7	3,1
- Graduat / baccalauréat	141	63,2
- Licence / Maîtrise	48	21,5
- Doctorat	4	1,8
Âge		
- Moins de 35 ans	48	21,5
- Entre 35 et 45 ans	69	30,9
- Entre 46 et 55 ans	74	33,2
- Plus de 55 ans	32	14,3
	Médiane	Distance interquartile
Âge (années)	44	16

Province		
- Anvers	45	14,4
- Brabant flamand	41	13,1
- Brabant wallon	7	2,2
- Bruxelles-Capitale	76	24,4
- Flandre orientale	30	9,6
- Flandre occidentale	31	9,9
- Hainaut	7	2,2
- Liège	6	1,9
- Limbourg	26	8,3
- Namur	43	13,8

En ce qui concerne les caractéristiques liées au travail (tableau 1.2), nous constatons que les travailleurs du secteur des hôpitaux et soins de santé constituent la majorité (78 %) et que presque tous ont un contrat à durée indéterminée (91 %). Une proportion importante travaille pendant la journée (76 %), tandis que les années d'ancienneté et les horaires sont plus variables.

Tableau 1.2 : Variables liées au travail (N = 223)

	Nombre (N)	Pourcentage (%)
Secteur		
- Secteur de la santé	174	78,0
- Secteur bancaire	49	22,0
Type de contrat		
- Contrat à durée déterminée	7	3,1
- Contrat à durée indéterminée	203	91,0
- Statutaire	13	5,8
Ancienneté		
- 0 - 1 an	15	6,7
- 1,5 - 5 ans	58	26,0
- 6 - 10 ans	40	17,9
- 11 - 20 ans	62	27,8
- 21 - 30 ans	29	13,0
- 31 - 40 ans	19	8,5
Horaire		
- Fixe	108	48,4
- Variable	115	51,6

Travail de jour / de nuit		
- Le jour seulement	170	76,2
- Seulement la nuit	4	1,8
- Jour et nuit	48	21,5
- Inconnu	1	0,4

En ce qui concerne les caractéristiques sociodémographiques (tableau 1.3), il existe des différences significatives par secteur en termes de sexe - plus de femmes sont employées dans les soins de santé *(p* < ,001), de province - les travailleurs du secteur bancaire viennent principalement de Bruxelles tandis que les travailleurs dans le secteur des soins de santé viennent de plusieurs provinces *(p* < ,001), mais il n'y a pas de différences en termes de langue *(p* = ,769) et de niveau d'éducation *(p* =,122) ou d'âge *(p* = ,540).

Tableau 1.3 : Variables sociodémographiques par secteur

	Secteur bancaire		Secteur de la santé	
	Nombre (N = 49)	Pourcentage (%)	Nombre (N = 174)	Pourcentage (%)
Genre				
- Homme	21	42,9	23	13,2
- Femme	28	57,1	151	86,8
Langue				
- Français	16	32,7	53	30,5
- Néerlandais	33	67,3	121	69,5
Niveau d'éducation				
- Enseignement secondaire inférieur	1	2,0	2	1,1
- Enseignement secondaire supérieur (technique/professionnel/artistique)	2	4,1	18	10,3
- Enseignement secondaire supérieur général	1	2,0	6	3,5
- Graduat / baccalauréat	28	57,1	113	64,9
- Licence / Maîtrise	17	34,7	31	17,9
- Doctorat	0	0	4	2,3
Âge				
- Moins de 35 ans	4	8,2	44	25,3
- Entre 35 et 45 ans	14	28,6	55	31,6
- Entre 46 et 55 ans	24	49,0	50	28,7
- Plus de 55 ans	7	14,3	25	14,4

Province				
- Anvers	1	2,0	32	18,4
- Brabant flamand	0	0	29	16,7
- Brabant wallon	0	0	7	4,0
- Bruxelles-Capitale	40	81,6	7	4,0
- Flandre orientale	1	2,0	21	12,1
- Flandre occidentale	5	10,2	19	10,9
- Hainaut	0	0,0	6	3,4
- Liège	0	0,0	5	2,9
- Limbourg	1	2,0	18	10,3
- Namur	1	2,0	30	17,2

Il existe des différences significatives (tableau 1.4) entre les deux secteurs en ce qui concerne le type de contrat, c'est-à-dire que tous les employés du secteur bancaire (100 %) ont un contrat à durée indéterminée, contre 88,5 % dans le secteur des soins de santé *(p* = ,045), en termes d'horaire, c'est-à-dire que le secteur de la santé compte plus d'horaires variables *(p* < ,001) et plus de travail de jour / de nuit *(p* < ,001) que le secteur bancaire, mais il n'y a pas de différence en termes d'ancienneté *(p* = ,443)

Tableau 1.4 : Variables liées au travail par secteur

	Secteur bancaire		Secteur de la santé	
	Nombre (N = 49)	Pourcentage (%)	Nombre (N= 174)	Pourcentage (%)
Type de contrat				
- Contrat à durée déterminée	0	0	0	4
- Contrat à durée indéterminée	49	100	154	88,5
- Statutaire	0	0	13	7,5
Ancienneté				
- 0 - 1 an	5	10,2	10	5,7
- 1,5 - 5 ans	16	32,6	42	24,2
- 6 - 10 ans	9	18,4	31	17,8
- 11 - 20 ans	11	22,4	51	29,3
- 21 - 30 ans	4	8,2	25	14,4
- 31 - 40 ans	4	8,2	15	8,6
Horaire				
- Fixe	37	75,5	71	40,8
- Variable	12	24,5	103	59,2

Travail de jour / de nuit				
- Le jour seulement	48	98,0	122	76,6
- Seulement la nuit	0	0	4	1,8
- Jour et nuit	1	2,0	47	21,6

2. Fournisseur d'informations et référent

2.1 Fournisseur d'informations

Les travailleurs qui ont participé au projet pilote ont le plus souvent été informés du projet par le médecin du travail (31,5 %) (tableau 2.1). Le conseiller en prévention - aspects psychosociaux (CPAP) a fourni des informations sur le projet pilote à 13,1 % des travailleurs. Le médecin traitant a donné des informations à 5 personnes (2,3 %) et le psychologue à 18 personnes (8,1 %). L'employeur a également informé les travailleurs sur le projet pilote pour 11,7 % des cas. La direction et les ressources humaines (RH) ont fourni des informations sur le projet à 15 et 9 employés, respectivement (6,8 % et 4,1 %, respectivement). En outre, certains employés ont également pris connaissance du projet par eux-mêmes (6,9 %). Il n'y a pas de différence significative entre les fournisseurs d'informations par secteur *(p* = ,244), mais il y en a par langue *(p* < ,001). Le CPAP a informé davantage les travailleurs francophones (Fr) tandis que le médecin du travail a principalement fourni des informations aux travailleurs néerlandais (NL).

Tableau 2.1 : Fournisseur d'informations sur le projet pilote au travailleur (N = 222)

		Total N	%	Banque N	Santé N	Fr N	Nl N
Fournisseur d'informations sur le projet	CPAP	29	13,1	8	21	19	10
	Médecin du travail	70	31,5	13	57	9	61
	Médecin traitant	5	2,3	2	3	3	2
	Psychologue	18	8,1	2	16	9	9
	Employeur	26	11,7	5	21	4	22
	Direction	15	6,8	1	14	2	13
	RH	9	4,1	4	5	3	6
	Personne de confiance	6	2,7	2	4	1	5
	Syndicat	5	2,3	1	4	3	2
	Collègues	13	5,9	1	12	6	7
	Famille ou amis	6	2,7	3	3	2	4
	A pris connaissance personnellement du projet	13	6,9	5	8	5	8
	Autres	7	3,2	2	5	3	4
	Total	222	100	49	173	69	153

2.2 Référent

Le médecin du travail est à l'origine de la majorité des orientations (47,5 %). Le médecin traitant est à l'origine de 30,5 % des orientations vers le projet et le CPAP de 22 % (tableau 2.2).

Lorsque le référent vers le projet pilote était le médecin du travail, ce dernier était aussi, dans la plupart des cas, le fournisseur d'informations. Lorsque le référent vers le projet pilote était le CPAP, ce dernier était aussi, dans la plupart des cas, le fournisseur d'informations. En Flandre, c'est principalement le médecin du travail qui a informé et orienté, alors qu'en Wallonie, c'est le CPAP qui a informé et orienté *(p* < ,001).

Lorsque le fournisseur d'informations avait une autre fonction (employeur, médecin traitant, psychologue, etc.), les participants étaient principalement orientés par le médecin traitant. D'après le test du CHI-CARRÉ, la part de fournisseurs d'informations varie de manière significative selon le référent *(p* < ,001).

Tableau 2.2 : Référent vers le projet pilote tel qu'il figure sur le formulaire de demande des travailleurs (N = 223)

	N	%
CPAP	49	22
Médecin du travail	106	47.5
Médecin traitant	68	30.5
Total	223	100

Il n'y avait pas de différence significative entre le fournisseur d'informations et le référent en fonction du secteur *(p* = ,244), du sexe *(p* = ,790), du niveau d'éducation *(p* = ,413), de l'âge (< et > 45 ans) *(p* = ,244), de l'ancienneté / de la durée de l'emploi *(p* = ,398), de l'horaire (fixe/variable) *(p* = ,288), de la nuit / du jour *(p* = ,505), du stade de burn-out *(p* = ,111), de la situation de l'emploi avant le trajet *(p* = ,749).

2.3 Caractéristiques sociodémographiques et professionnelles des participants par type de référent

La majorité (80,3 %) des employés référencés sont des femmes. Le **sexe** n'était pas réparti différemment selon le référent *(p* = ,119).

86,5 % des travailleurs référencés ont un **diplôme** supérieur (graduat/baccalauréat et plus). Le CPAP et le médecin du travail réfèrent un peu plus de bacheliers (65,3 % et 65,1 %, respectivement), le médecin traitant plus de titulaires d'un master (29,4 %). Cette différence n'est toutefois pas significative *(p* = ,243).

Il existe une différence significative entre les travailleurs orientés par les différents référents, en fonction du **secteur (*p* < ,001)**. La majorité des travailleurs hospitaliers sont orientés par le médecin du travail (92 personnes - 86,6 %) ou le CPAP (40 personnes - 81,6 %), tandis que le médecin traitant est responsable de l'orientation de 42 personnes du secteur hospitalier (62,1 %) et 26 travailleurs du secteur bancaire (37,9 %).

Il existe également une différence significative entre les travailleurs orientés par différents référents en fonction de la **langue ($p < ,001$)**. La proportion de travailleurs francophones orientés par le CPAP est de 61,2 %, alors que les travailleurs originaires de Flandre sont principalement orientés par le médecin du travail (87,7 %).

Pour les **autres** facteurs **liés à la personne** (par exemple, âge ≤ 45 ans et > 45 ans, stade de burn-out...) et les **autres caractéristiques liées au travail** (par exemple, horaire fixe / variable, jour ou nuit, durée de l'emploi, ...), il n'y avait pas de différence significative entre les différents référents.

Tous les tableaux relatifs à ces analyses se trouvent en annexe (Annexe 17.2).

3. Efficacité du trajet de prise en charge en ce qui concerne la santé mentale

Le tableau 3.1 met en évidence les résultats d'une analyse de variance à mesures répétées en 3 temps concernant l'évolution des indicateurs psychologiques entre le pré-test (au moment du diagnostic, avant la prise en charge), après la prise en charge (post-test 1) et 3 à 6 mois après la fin de la prise en charge (post-test 2), en différenciant les 2 secteurs d'activité. La même analyse a été répétée en différenciant les résultats pour l'âge, la langue, le genre, le type de contrat et le stade du burn-out.

Au niveau intra-individuel, on constate que le burn-out (mesuré par le OLBI et le BAT) ainsi que les scores de dépression, anxiété et stress (mesurés par le DASS) diminuent de façon significative après la prise en charge. Il est également intéressant de noter que les diminutions constatées après la prise en charge se maintiennent 3 à 6 mois après la fin de celle-ci.

Selon les normes disponibles en annexe (voir Annexe 17.4), pour le OLBI, on passe d'un niveau élevé de burn-out à un niveau moyen de burn-out. Pour le BAT, on constate également un passage d'un niveau supérieur de risque d'épuisement professionnel vers un niveau plus faible. Plus spécifiquement, on passe, pour l'échantillon total de participants, d'un score rouge de « Risque élevé d'épuisement professionnel » à un score vert « En bonne santé ». Ceci s'applique aussi si on ne considère que le secteur hospitalier et de soins. Pour le secteur bancaire, on passe d'un score rouge de « Risque élevé d'épuisement professionnel » à un score orange de « Risque d'épuisement professionnel ».

Toujours selon les normes disponibles en annexe, pour la dépression (DASS), on passe d'un niveau « Modéré à élevé » à un niveau « Normal à léger » après la prise en charge. Pour l'anxiété (DASS), on passe d'un niveau sévère à un niveau léger après la prise en charge. Pour le stress (DASS), on passe d'un niveau sévère à un niveau normal après la prise en charge.

Au niveau inter-individuel, on note une seule différence significative, sur le score de burn-out (BAT), selon le secteur d'activité (Tableau 3.1). Quel que soit le moment du test, il y a un effet significatif du secteur d'activité au niveau du burn-out (BAT). Les participants du secteur bancaire ont un score de burn-out plus élevé que les participants du secteur hospitalier et de soins.

Pour les autres variables socio-démographiques (voir Annexe 17.3), on ne note pas de différence significative des scores selon l'âge et le type de contrat. La langue, le genre et le stade du burn-out présentent cependant quelques différences significatives.

Pour la langue, on observe une différence significative pour le score de dépression (DASS) et de stress (DASS). Quel que soit le moment du test, il y a un effet significatif de la variable langue au niveau de la dépression et du stress. Les participants FR ont un score de dépression et de stress plus élevés que les participants NL.

Pour le genre, on constate une différence inter-sujets significative au niveau de l'anxiété, les femmes manifestant un niveau d'anxiété plus élevé que les hommes.

Pour le stade du burn-out, on constate, au niveau inter-sujets, que les niveaux de dépression et d'anxiété sont plus faibles pour les participants diagnostiqués en stade 1 de burn-out.

Tableau 3.1 : Évolution des indicateurs psychologiques (pré-test, post-test 1 et post-test 2) selon le secteur d'activité.

	Secteur (PRE_T1_RECOD)	Moyenne (Ecart-type) Pré-test	Moyenne (Ecart-type) Post-test1	Moyenne (Ecart-type) Post-test2	Test des effets	*F*(ddl)	P	Sign.
Burn-out (OLBI)	Bancaire	62.40 (7.76)	53.85 (9.10)	54.58 (8.58)	Intrasujets	64.45 (1.80 ; 268.13)	$p < 0.001$	***
	Hospitalier	62.81 (6.17)	52.40 (9.82)	51.75 (9.60)	Intersujets	0.71 (1 ; 149)	$p = 0.401$	/
	TOTAL	62.74 (6.44)	52.64 (9.69)	52.22 (9.47)				
Burn-out (BAT)	Bancaire	3.46 (0.49)	2.89 (0.50)	2.99 (0.82)	Intrasujets	31.35 (1.78 ; 142.49)	$p < 0.001$	***
	Hospitalier	3.25 (0.56)	2.43 (0.66)	2.31 (0.73)	Intersujets	6 (1 ; 80)	$p = 0.017$	*
	TOTAL	3.27 (0.55)	2.48 (0.66)	2.39 (0.77)				
Dépression (DASS)	Bancaire	20.08 (9.95)	10.25 (9.53)	11.18 (11.79)	Intrasujets	93.46 (1.79 ; 401. 85)	$p < 0.001$	***
	Hospitalier	20.35 (9.83)	9.69 (9.80)	9.43 (10.05)	Intersujets	0.28 (1 ; 225)	$p = 0.598$	/
	TOTAL	20.29 (9.83)	9.81 (9.73)	9.80 (10.44)				
Anxiété (DASS)	Bancaire	16.58 (9.75)	8.62 (7.51)	9.29 (9.65)	Intrasujets	75.88 (1.78 ; 404.69)	$p < 0.001$	***
	Hospitalier	17.22 (10.27)	8.26 (8.43)	8.16 (8.47)	Intersujets	0.06 (1 ; 227)	$p = 0.807$	/
	TOTAL	17.09 (10.14)	8.33 (8.23)	8.39 (8.72)				
Stress (DASS)	Bancaire	25.96 (8.42)	13.99 (8.63)	13.79 (10.66)	Intrasujets	124.88 (1.88 ; 423.67)	$p < 0.001$	***
	Hospitalier	26.81 (9.82)	14.08 (9.93)	13.75 (10.44)	Intersujets	0.06 (1 ; 225)	$p = 0.804$	/
	TOTAL	26.63 (9.53)	14.06 (9.65)	13.76 (10.46)				
/ = NS ; * = < .05 ; ** < .01 ; *** < .001								

4. État de santé physique et psychologique autodéclaré

Le tableau 4.1 présente les résultats d'une analyse de variance à trois mesures répétées pour l'évolution de l'état de santé physique et psychologique autodéclaré (sur un score de 0 = très mauvais à 100 = très bon) entre le pré-test (au moment du diagnostic, avant le traitement), après le traitement (post-test 1) et 3 à 6 mois après la fin du trajet (post-test 2), en distinguant les 2 secteurs. La même analyse a été répétée, les résultats étant successivement différenciés par langue et par sexe.

Au niveau intra-individuel, nous constatons que l'état de santé physique et psychologique auto-déclaré s'améliore de manière significative (les scores augmentent) après le traitement. Il est également intéressant de noter que les améliorations observées au niveau du score après le traitement se maintiennent 3-6 mois après la fin du trajet. La différence est significative entre le pré-test et le post-test 1, et entre le pré-test et le post-test 2, mais pas entre le post-test 1 et le post-test 2. Des graphiques sont disponibles en annexe (Annexe 17.5).

La différence d'évolution de l'état de santé entre les travailleurs du secteur bancaire et ceux du secteur des soins de santé n'est pas marquée. En ce qui concerne les autres variables sociodémographiques, aucune différence significative n'est par ailleurs constatée entre l'évolution de la condition physique et de l'état psychologique, à l'exception de la condition physique avant le trajet, qui est nettement moins bonne pour les travailleurs francophones que pour les travailleurs néerlandophones (Annexe 17.5).

Tableau 4.1 : Évolution de la condition physique et de l'état psychologique (moyenne et déviation standard) au pré-test, post-test 1 et post-test 2 par secteur, langue, sexe (score 0 = très mauvais à 100 = très bon)

		Moyenne (ET) Pré-test	Moyenne (ET) Post-test1	Moyenne (ET) Post-test2	Tests des effets	*F* (ddl)	P	Sign.
Physique	Banque	44,09 (21,68)	70,00 (19,62)	69,32 (21,23)	Intrasujets	89,92 (1,83 ; 362,05)	$p < 0,001$	***
	Soins	49,68 (21,67)	66,48 (18,18)	66,68 (18,92)	Intersujets	0,005 (1 ; 197)	$p = 0,943$	/
	TOTAL	48,44 (21,74)	67,26 (18,52)	67,26 (19,43)				
Psycho	Banque	35,57 (19,57)	67,05 (20,07)	68,64 (23,90)	Intrasujets	145,73 (1,75 ; 344,70)	$p < 0,001$	***
	Soins	38,74 (20,09)	67,29 (19,14)	67,35 (19,38)	Intersujets	0 085 (1 ; 197)	$p = 0,770$	/
	TOTAL	38,04 (19,97)	67,24 (19,29)	67,64 (20,41)				
Physique	Français	41,75 (20,64)	67,54 (18,47)	66,75 (19,22)	Intrasujets	107,28 (1,84 ; 363, 53)	$p < 0.001$	***
	Néerlandais	51,54 (21,61)	67,13 (18,61)	67,50 (19,59)	Intersujets	2,04 (1 ; 197)	$p = 0,155$	/
	TOTAL	48,44 (21,74)	67,26 (18,52)	67,26 (19,43)				
Psycho	Français	33,50 (19,45)	64,92 (18,17)	65,50 (18,97)	Intrasujets	173,74 (1,75 ; 344,83)	$p < 0,001$	***
	Néerlandais	40,00 (19,95)	68,24 (19,74)	68,56 (21,00)	Intersujets	3,87 (1 ; 197)	$p = 0,051$	/
	TOTAL	38,04 (19,97)	67,24 (19,30)	67,64 (20,41)				
Physique	Homme	49,88 (22,48)	67,44 (19,37)	72,91 (17,23)	Intrasujets	73,34 (1,81 ; 356,91)	$p < 0,001$	***
	Femme	48,04 (21,59)	67,21 (18,34)	65,71 (19,76)	Intersujets	1,33 (1 ; 197)	$p = 0,251$	/
	TOTAL	48,44 (21,74)	67,26 (18,52)	67,26 (19,43)				
Psycho	Homme	39,27 (18,89)	67,28 (19,68)	72,93 (18,16)	Intrasujets	134,74 (1,74 ; 342,33)	$p < 0,001$	***
	Femme	37,72 (20,29)	67,07 (19,26)	66,27 (20,97)	Intersujets	1,14 (1 ; 197)	$p = 0,286$	/
	TOTAL	38,04 (19,97)	67,24 (19,29)	67,64 (20,41)				
/ = NS ; * = < ,05 ; ** < ,01 ; *** < ,001								

5. Consommation de soins avant, pendant et après le trajet

Les participants ont été interrogés sur la présence ou l'absence de consultations auprès de différents prestataires de soins de santé et sur leur consommation médicale au cours des trois mois précédant le trajet (pré-test), pendant le trajet (post-test 1) et après la fin du trajet (post-test 2) (tableau 5.1).

Tableau 5.1 : Consultations médicales et consommation dans les 3 mois précédant le début du trajet (N = 223), pendant le trajet (N = 223) et après le trajet (N = 222).

Consommation		Chiffres			
		N oui	% oui	N non	% non
Avant le trajet	Médecin traitant	186	83,4	37	16,6
	Médecin du travail	116	52,3	106	47,7
	Spécialiste / autre prestataire de soins de santé	128	57,4	95	42,6
	Examens médicaux	80	35,9	143	64,1
	Médicaments	131	58,7	93	41,3
Pendant le trajet	Médecin généraliste	158	70,9	65	29,1
	Médecin du travail	105	47,1	118	52,9
	Spécialiste / autre prestataire de soins de santé	97	43,5	125	56,3
	Examens médicaux	81	36,3	142	63,7
	Médicaments	101	45,3	122	54,7
Après le trajet	Médecin généraliste	77	34,5	146	65,5
	Médecin du travail	47	21,2	175	78,8
	Spécialiste / autre prestataire de soins de santé	58	26,2	163	73,8
	Examens médicaux	40	18,1	181	81,9
	Médicaments	81	36,5	141	63,5

Il n'y a pas de différence significative dans la consommation de soins de santé par **secteur** pour le trajet de consultation du médecin généraliste, du spécialiste, les examens médicaux et la consommation de médicaments, mais il y avait une différence significative en ce qui concerne la consultation du médecin du travail *(p* = ,032) : les travailleurs du secteur des hôpitaux et des soins de santé étaient plus nombreux à consulter que les travailleurs du secteur bancaire. Il n'y avait pas de différence significative dans la consommation de soins de santé entre les secteurs juste après le trajet et au post-test 2.

Il y avait une différence significative dans la consommation de soins de santé en fonction de l'**emploi** pour le trajet des consultations auprès d'un médecin généraliste (p < ,001) et d'un spécialiste / autre prestataire de soins de santé (p = ,008) : les personnes malades étaient plus nombreuses à consulter que les personnes au travail. Juste après le trajet, il y avait une différence significative en ce qui concerne les consultations chez le médecin généraliste (p < ,001) et chez le médecin du travail (p < ,001) : les personnes malades ont eu un nombre croissant de consultations par rapport aux personnes au travail. Au post-test 2, il n'y avait plus de différences.

Il n'y avait pas de différence significative dans la consommation de soins de santé en fonction de l'**âge** (< 45 et > 45 ans) avant le trajet. Il y avait une différence significative dans l'utilisation des médicaments juste après le trajet *(p* = ,015 ; > 45 ans plus d'utilisation), au post-test 2 pour les consultations du médecin généraliste*(p* = ,037 ; > 45 ans plus de consultations).

Il existe une différence significative dans la consommation de soins de santé selon la **langue** pour le trajet des consultations avec le médecin du travail (p < ,001) : les néerlandophones étaient plus nombreux à consulter que les francophones. Juste après le trajet, il y avait une différence significative en ce qui concerne les consultations de spécialistes *(p* = ,022), les examens médicaux *(p* = ,037) et les médicaments *(p* = ,002) : les francophones consomment plus que les néerlandophones. Trois à six mois après le trajet, il y avait toujours une différence significative dans la médication *(p* = ,061) : > NL.

Il n'y avait pas de différence significative dans la consommation de soins en fonction du **stade de burn-out** avant le trajet, juste après le trajet et trois à six mois après le trajet.

De même, il n'y avait pas de différence significative dans la consommation de soins de santé en fonction du **sexe** avant le trajet, juste après le trajet, et trois à six mois après le trajet.

Pour avoir une idée du nombre de fois où le **médecin généraliste et le médecin du travail** ont été consultés par les participants avant, pendant et après le trajet, les chiffres des questionnaires ont été conservés.

Tableau 5.2 : Fréquence des contacts avec le médecin généraliste/médecin du travail dans les 3 mois avant, pendant et après le trajet

		Chiffres	
N Contacts avec le médecin généraliste		N	%
Avant le trajet	1-4	163	87,6
	5-9	22	11,8
	10 et plus	1	0,05
	Total	186	100
Pendant le trajet	1-4	63	39,9
	5-9	67	42,4
	10 et plus	28	17,7
	Total	158	100
Après le trajet	1-4	62	80,5
	5-9	10	13,0
	10 et plus	5	6,5
	Total	77	100

N Contacts avec les médecins du travail		Chiffres	
		N	%
Avant le trajet	1-4	116	100
	5-9	0	0
	10 et plus	0	0
	Total	116	100
Pendant le trajet	1-4	90	86,5
	5-9	12	11,5
	10 et plus	2	1,9
	Total	104	100
Après le trajet	1-4	45	95,7
	5-9	2	4,3
	10 et plus	0	0
	Total	47	100

Pour avoir une idée du nombre de **spécialistes / autres prestataires de soins de santé** consultés par les participants avant, pendant et après le trajet, les chiffres des questionnaires ont été conservés ; pour connaître le type de spécialiste /autre prestataire de soins de santé, le texte libre a été divisé en quelques catégories communes et celles-ci ont été comptabilisées.

Tableau 5.3 : Nombre et type de prestataires de soins de santé consultés dans les 3 mois avant, pendant et après le trajet

Avant le trajet	**Pendant le trajet**	**Après le trajet**
Nombre : N = 128	Nombre : N = 97	Nombre : N = 58
1 spécialiste : N = 75	1 spécialiste : N = 51	1 spécialiste : N = 23
2 spécialistes : N = 36	2 spécialistes : N = 28	2 spécialistes : N = 23
3 spécialistes : N = 14	3 spécialistes : N = 8	3 spécialistes : N = 7
≥ 4 spécialistes : N = 3	≥ 4 spécialistes : N = 10	≥ 4 spécialistes : N = 4
Type	Type	Type
Psychologues : 63	Psychologues : 29	Psychologues : 28
Kiné : 18	Kiné : 8	Kiné : /
Coach : 10	Coach : 7	Coach : 2
Psychiatre : 8	Psychiatre : 13	Psychiatre : 11
Cardio : 7	Cardio : 12	Cardio : 3
Gastro : 5	Gastro : 5	Gastro : /
Neuro : 4	Neuro : 4	Neuro : 2
Rhumato : 4	Rhumato : 1	Rhumato : /
ORL : 3	ORL : 2	ORL : /
Ortho : 4	Ortho : 5	Ortho : 2

Le test du Chi-carré n'a pas montré de différence significative dans le nombre de consultations en fonction du secteur, du sexe et du stade de burn-out, mais une différence significative pour la langue Post-test 1 : FR > NL (p = ,025).

Pour avoir une idée du nombre d'**examens médicaux** subis par les participants avant, pendant et après le trajet, les chiffres des questionnaires ont été conservés ; pour connaître le type d'examen, les réponses en texte libre ont été classées dans certaines catégories communes et celles-ci ont été comptabilisées.

Tableau 5.4 : Nombre et type d'examens médicaux effectués au cours des 3 derniers mois avant, pendant et après le trajet

Avant le trajet	Pendant le trajet	Après le trajet
Nombre : N =79	Nombre : N = 81	Nombre : N = 40
1 examen : N= 43	1 examen : N= 39	1 examen : N= 15
2 examens : N = 23	2 examens : N = 21	2 examens : N = 15
3 examens : N = 10	3 examens : N = 11	3 examens : N = 6
≥ 4 examens : N = 3	≥ 4 examens : N = 10	≥ 4 examens : N = 4
Type d'examen 1	Type d'examen 1	Type d'examen 1
Prélèvement de sang : N = 60	Prélèvement de sang : N = 44	Prélèvement de sang : N = 19
Imagerie : N = 12	Imagerie : N = 5	Imagerie : N = 7
Cardiologue : N = 7	Cardiologue : N = 16	Cardiologue : N = 7
Gastro-entérologue : N = 1	Gastro-entérologue : N = 3	Gastro-entérologue : N = 1

Les tests du Chi-carré n'ont pas montré de différence significative dans le nombre d'examens médicaux en fonction du secteur, du sexe et de la langue, mais ont montré une différence significative en ce qui concerne le stade de burn-out : avant le trajet (pré-test), les travailleurs au stade 2 de burn-out ont passé plus d'examens que les travailleurs au stade 1 (p = ,036).

Pour avoir une idée du type de **médicaments** utilisés par les participants avant, pendant et après le trajet, les chiffres des questionnaires ont été conservés ;

Tableau 5.5 : Consommation de médicaments au cours des 3 derniers mois avant (N = 221), pendant (N = 223) et après le trajet (N = 223)

	Avant le trajet	Pendant le trajet	Après le trajet
Tranquillisants	35	25	14
Antidépresseurs	25	50	35
Antidouleurs	54	32	25
Somnifères	52	40	30
Gastro-intestinal	36	27	15
Cardiaque	14	15	12

Les analyses (Mc Nemar, mesures répétées) ont montré, pour tous les types de médicaments (hors antidépresseurs), des différences de nombre significatives dans les comparaisons par paire pré-post 1 et pré-post 2 : la consommation de médicaments diminue pendant et après le trajet, par rapport à avant le début du trajet.

Avant le trajet - Pré-test :
Il n'y a pas de différence dans l'utilisation des médicaments entre le secteur, le sexe et le stade de burn-out.
Il existe une différence significative dans l'utilisation de tranquillisants en fonction de la langue : FR > NL (p = ,004) et dans l'utilisation de médicaments gastro-intestinaux : FR > NL (p = ,002).

Pendant le trajet - Post-test 1 :
Il n'y a pas de différence dans l'utilisation des médicaments entre les secteurs et le stade de burn-out.
Il existe une différence significative dans l'utilisation de tranquillisants en fonction de la langue : FR > NL *(p* = ,004) ; dans l'utilisation de médicaments gastro-intestinaux avec FR > NL *(p* = ,001) ; dans l'utilisation de somnifères avec FR > NL *(p* = ,034) et une différence dans l'utilisation de médicaments cardiaques en fonction du sexe : Homme > Femme *(p* = ,007)

Après le trajet - Post-test 2 :
Il n'y a pas de différence dans l'utilisation des médicaments en fonction du stade de burn-out.
Il existe une différence significative dans la consommation d'antidépresseurs par secteur : hôpitaux et soins de santé > banques *(p* = ,018) ; dans la consommation de tranquillisants selon la langue : FR > NL *(p* = ,028) et une différence dans l'utilisation de médicaments cardiaques selon le sexe : Homme > Femme *(p* = ,050)

6. Efficacité du trajet de prise en charge en ce qui concerne les améliorations ressenties

Le tableau 6.1 met en évidence les résultats d'une analyse de variance à mesures répétées en 2 temps concernant l'amélioration perçue sur plusieurs indicateurs après la prise en charge (post-test 1) et 3 à 6 mois après la fin de la prise en charge (post-test 2), en différenciant les 2 secteurs d'activité. La même analyse a été répétée en différenciant les résultats pour l'âge, la langue, le genre, le type de contrat et le stade du burn-out. L'amélioration était mesurée sur une échelle de 1 (pas du tout d'accord) à 4 (tout à fait d'accord).

Les résultats montrent que les participants sont en moyenne *D'accord à Tout à fait d'accord* pour dire qu'il y eu une amélioration de leur bien-être en général (M = 3.22), de leur qualité de vie (M = 3.12) et de leur conciliation vie privée-vie professionnelle (M = 3.12). Les participants tendent à être d'accord sur le fait que leur bien-être au travail (M = 2.91), leur sommeil (M = 3.00) et leur facilité dans les tâches (M = 2 .82) se sont améliorés grâce à leur prise en charge.

Au niveau intra-individuel, aucune différence entre le post-test 1 et le post-test 2 n'est significative, ce qui tend à conclure que les améliorations se maintiennent dans le temps.

On ne note pas de différence inter-sujets significative selon le secteur d'activité (Tableau 6.1).

Pour les autres variables sociodémographiques (voir Annexe 17.6), on ne note pas non plus de différence inter-sujets significative si on considère les scores selon la langue, le genre et le stade du burn-out. L'âge et le type de contrat présentent cependant quelques différences significatives.

Pour l'âge, on observe une différence inter-sujets significative pour l'amélioration de la qualité de vie, qui semble obtenir un niveau d'accord plus élevé pour les plus de 55 ans par rapport au 35-55 ans.

Pour le type de contrat, on constate que les CDD perçoivent une amélioration plus importante de leur bien-être général, de leur bien-être au travail et de la facilité à réaliser leurs tâches que les CDI ou les statutaires. À noter qu'il faudra interpréter les résultats avec prudence car sur les 223 participants, seuls 7 sont en CDD. Ces 7 participants sont issus du secteur des soins de santé et 6 d'entre eux ont moins de 35 ans (1 se situe dans la tranche d'âge 36-55 ans).

Tableau 6.1 : Amélioration perçue entre post-test 1 et post-test 2 après la prise en charge selon le secteur d'activité

	Secteur (PRE_T1_RECOD)	Moyenne Post-test 1	Moyenne Post-test 2	Test des effets	*F*(ddl)	Probabilité	Sign.
Amélioration du bien-être général (J41)	Bancaire	3.17 (0.71)	3.09 (0.66)	Intrasujets	0.34 (1 ; 220)	*p* = 0.561	/
	Hospitalier	3.23 (0.71)	3.26 (0.66)	Intersujets	1.33 (1 ; 220)	*p* = 0.250	/
	TOTAL	3.22 (0.71)	3.22 (0.66)				
Amélioration du bien-être au travail (J412)	Bancaire	2.74 (0.83)	2.84 (0.82)	Intrasujets	0.93 (1 ; 195)	*p* = 0.337	/
	Hospitalier	2.96 (0.78)	2.99 (0.83)	Intersujets	2.04 (1 ; 195)	*p* = 0.155	/
	TOTAL	2.91 (0.79)	2.96 (0.83)				
Plus de facilité dans les tâches (J42)	Bancaire	2.76 (0.72)	2.81 (0.81)	Intrasujets	1.37 (1 ; 193)	*p* = 0.244	/
	Hospitalier	2.84 (0.75)	2.96 (0.73)	Intersujets	0.96 (1 ; 193)	*p* = 0.328	/
	TOTAL	2.82 (0.74)	2.93 (0.75)				
Amélioration du sommeil (J43)	Bancaire	3.00 (0.79)	2.91 (0.78)	Intrasujets	2.27 (1 ; 212)	*p* = 0.133	/
	Hospitalier	3.01 (0.79)	2.89 (0.81)	Intersujets	0.003 (1 ; 212)	*p* = 0.958	/
	TOTAL	3.00 (0.78)	2.89 (0.80)				
Amélioration de la qualité de vie (J44)	Bancaire	3.02 (0.72)	3.02 (0.72)	Intrasujets	0.003 (1 ; 214)	*p* = 0.959	/
	Hospitalier	3.14 (0.75)	3.15 (0.71)	Intersujets	1.26 (1 ; 214)	*p* = 0.263	/
	TOTAL	3.12 (0.74)	3.12 (0.71)				
Amélioration conciliation vie privée/prof. (J45)	Bancaire	3.08 (0.59)	3.13 (0.62)	Intrasujets	0.03 (1 ; 193)	*p* = 0.860	/
	Hospitalier	3.13 (0.77)	3.06 (0.86)	Intersujets	0.01 (1 ; 193)	*p* = 0.938	/
	TOTAL	3.12 (0.74)	3.07 (0.82)				
/ = NS ; * = < .05 ; ** < .01 ; *** < .001							

7. Situation professionnelle avant, pendant et après le trajet

Le tableau 7.1 présente la situation d'emploi des participants aux trois moments. Avant le début du trajet d'accompagnement (pré-test), seuls 45,3 % des participants travaillaient, dont un peu moins de la moitié à temps partiel. Le taux d'emploi est passé à 81,9 % juste après le trajet d'accompagnement (post-test 1) et même parmi eux, un peu moins de la moitié travaillait encore à temps partiel. Trois à six mois (post-test 2) après le trajet d'accompagnement, il n'y a plus d'augmentation de l'emploi et il n'y a pas non plus beaucoup d'évolution d'un emploi à temps partiel vers un emploi à temps plein. On observe donc, dans l'ensemble, une tendance positive dans l'emploi des participants, mais la proportion de ceux qui sont employés à temps partiel est plus élevé après le trajet qu'avant. Il est également souligné que 3,6 % des participants sont demandeurs d'emploi trois à six mois après leur participation.

Tableau 7.1. Tableau récapitulatif de l'emploi des participants à 3 moments

Emploi		Chiffres	
		N	%
Avant le trajet	Temps plein	53	23,8 %
	Temps partiel	48	21,5 %
	Interruption de carrière	1	0,4 %
	Congé de maladie	115	51,6 %
	Autres	6	2,7 %
	Total	223	100 %
Juste après le trajet	Temps plein	91	41,2 %
	Temps partiel	90	40,7 %
	Interruption de carrière	1	0,5 %
	Congé de maladie	28	12,7 %
	Chômage	2	0,9 %
	Autres	9	4,1 %
	Total	221	100 %
3-6 mois après le trajet	Temps plein	90	40,5 %
	Temps partiel	87	39,2 %
	Interruption de carrière	3	1,4 %
	Congé de maladie	27	12,2 %
	Chômage	8	3,6 %
	Autres	7	3,2 %
	Total	222	100 %

La situation d'emploi avant le trajet (dichotomique oui/non) et juste après le trajet était significativement différente (McNemar $p < .001$) : on dénombre plus de personnes en situation d'emploi juste après le trajet. De même, les personnes employées 3 à 6 mois après le trajet (dichotomique oui / non) étaient nettement plus nombreuses qu'avant le trajet (McNemar $p < ,001$).

Il n'y avait pas de différence significative dans l'emploi par **secteur** avant le trajet *(p* = ,646), mais il y avait une différence à la limite du significatif juste après le trajet *(p* = 0,050), et une différence significative trois-six mois après le trajet *(p* = ,035). Le nombre de travailleurs ayant repris le travail dans le secteur des soins de santé est plus élevé que dans le secteur bancaire (temps plein et temps partiel confondus : 81 % contre 73,4 %).

Il n'y avait pas de différence significative dans l'emploi selon l'**âge** avant le trajet *(p* = ,448), juste après le trajet *(p* = ,216) et trois-six mois après le trajet *(p* = ,825).

Il n'y avait pas de différence significative dans l'emploi selon le **sexe** avant le trajet *(p* = ,530), mais il y en avait juste après le trajet *(p* = ,013), et trois-six mois après le trajet *(p* = ,006). Les femmes travaillent davantage à temps partiel juste après le trajet et trois-six mois après le trajet.

Il n'y avait pas de différence significative dans l'emploi selon la **langue** avant le trajet *(p* = ,214), juste après le trajet *(p* = ,215) et trois-six mois après le trajet *(p* = ,762).

Il n'y avait pas de différence significative dans l'emploi en fonction du **stade de burn-out**, avant le trajet *(p* = ,223), juste après le trajet *(p* = ,422) et trois-six mois après le trajet *(p* = ,118).

Il n'y avait pas de différence significative dans l'emploi selon le **référent** avant le trajet *(p* = ,114), juste après le trajet *(p* = ,787) et trois mois après le trajet *(p* = ,979).

Tous les tableaux relatifs à ces analyses se trouvent en annexe (Annexe 17.7).

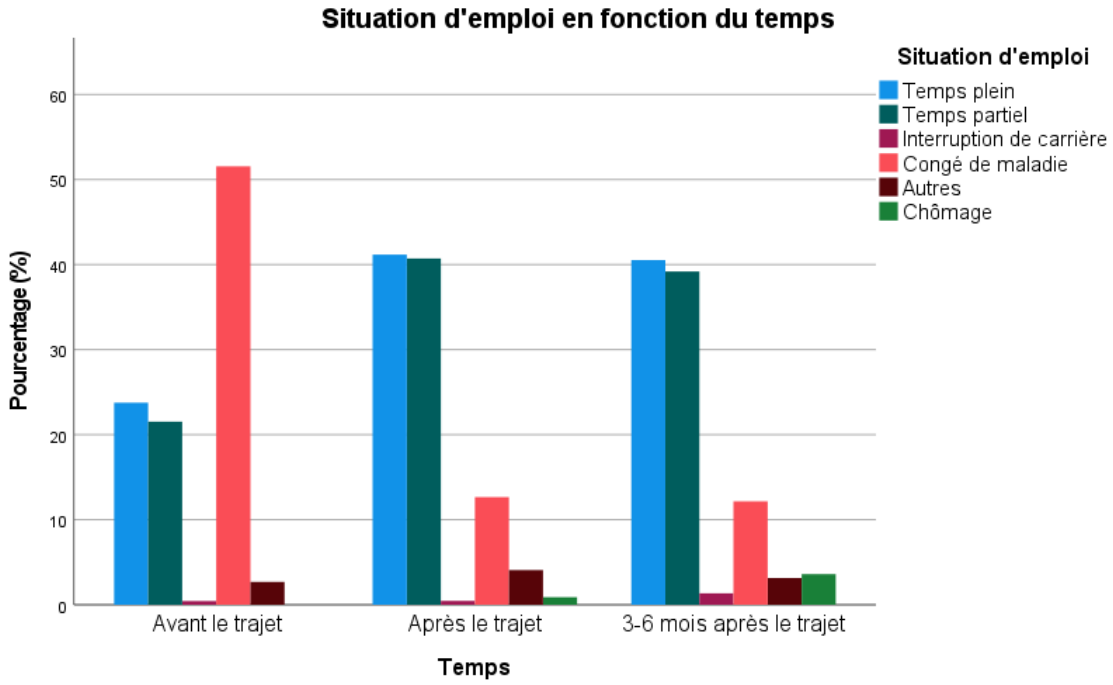


Figure 7.1 : Situation d'emploi (%) des participants à trois moments différents

8. Emploi et présence ou absence de burn-out après le trajet

Les données relatives à la situation d'emploi ont été obtenues à partir des questionnaires et le rapport final a permis de vérifier la présence ou l'absence de burn-out (post-test 1) et son stade. Juste après le trajet (post-test 1), 33 personnes au travail sont encore en état de burn-out, contre 139 sans burn-out. 20 personnes en état de burn-out sont sans emploi et 10 personnes sans état de burn-out ne travaillent pas (tableau 8.1 ; $p < ,001$).

Tableau 8.1 : Emploi (oui/non) juste après le trajet (post-test 1) et présence de burn-out (N = 210)

	burn-out présent		Plus de burn-out		Total	
	N	%	N	%	N	%
Au travail	33	62,3	139	88,5	172	81,9
Pas au travail	20	37,7	18	11,5	38	18,1
Total	53	100,0	157	100,0	210	100,0

Un constat identique (sans burn-out, il y a plus de participants au travail) a été établi lorsque la situation d'emploi a été présentée plus en détail (tableau 8.2 ; $p < ,001$).

Tableau 8.2 : Emploi (tous les choix de réponses) juste après le trajet (post-test 1) et présence de burn-out (N = 210)

		Burn-out présent			
		Oui		Non	
		N	%	N	%
Emploi après le trajet	Temps plein	13	24,5 %	73	46,5 %
	Temps partiel	20	37,7 %	66	42,0 %
	Interruption de carrière	0	0,0 %	1	0,6 %
	Congé de maladie	16	30,2 %	11	7,0 %
	Chômeurs	2	3,8 %	0	0,0 %
	Autres	2	3,8 %	6	3,8 %
	Total	53	100 %	157	100 %

Aucune différence n'a été observée quant au fait d'être ou non au travail, en fonction du stade de burn-out (tableau 8.3 ; $p = ,09$). À noter que cela concerne 51 personnes, dont 5 sont encore au stade 3.

Tableau 8.3 : Emploi juste après le trajet (post-test 1), en fonction du stade de burn-out (N = 51)

		Stade de burn-out						Total	
		Stade 1		Stade 2		Stade 3			
		N	%	N	%	N	%	N	%
Emploi après le trajet	Oui	23	69,7	7	53,8	1	20,0	31	60,8
	Non	10	30,3	6	46,2	4	80,0	20	39,2
Total		33	100	13	100	5	100	51	100

9. Évaluation du programme de prise en charge (Post-test 1)

Dès la fin de la prise en charge, les participants étaient invités à remplir le post-test 1. Plusieurs dimensions de satisfaction ont été évaluées.

9.1 Satisfaction par rapport à l'environnement géographique, distance domicile ou travail vers prise en charge

Le tableau 9.1.1 met en évidence un pourcentage très élevé de participants satisfaits et tout à fait satisfaits sur les aspects d'environnement géographique et des locaux de la prise en charge.

Tableau 9.1.1 : Satisfaction par rapport à l'environnement géographique et les locaux

Environnement géographique, distance domicile ou travail vers prise en charge	Secteur	N	Pas du tout satisfait	Pas satisfait	Satisfait	Tout à fait satisfait
Proximité du lieu de prise en charge (POST1_D1)	Bancaire	67	1,50%	4,50%	26,90%	**67,20%**
	Hospitalier et soins	224	1,80%	6,30%	33,90%	**58,00%**
	TOTAL	291	1,70%	5,80%	32,30%	**60,10%**
Facilité d'accès/accessibilité du lieu de prise en charge (POST1_D2)	Bancaire	66	0%	1,50%	25,80%	**72,70%**
	Hospitalier et soins	220	0,50%	2,70%	32,30%	**64,50%**
	TOTAL	286	0,30%	2,40%	30,80%	**66,40%**
Adaptabilité des locaux (POST1_D3)	Bancaire	65	0,00%	3,10%	26,20%	**70,80%**
	Hospitalier et soins	211	0,90%	2,40%	31,30%	**65,40%**
	TOTAL	276	0,70%	2,50%	30,10%	**66,70%**

Les données qui suivent se rapportent à la satisfaction des participants par rapport à la logistique des prestations des intervenants. À noter que le tableau 9.1.2 met en évidence que la plupart des participants rapporte avoir été pris en charge par un même intervenant (58.9%) ou 2 intervenants (31.8%). Moins de 10% des participants rapportent avoir été pris en charge par 3 intervenants ou plus. Nous présenterons donc les résultats de satisfaction sur les prestations des intervenants pour les intervenants 1 et 2, regroupant donc un nombre d'avis élevé.

Tableau 9.1.2 : Nombre d'intervenants impliqués dans la prise en charge

Nombre d'intervenants	N	%
1 intervenant	126	58.9
2 intervenants	68	31.8
3 intervenants ou plus	20	9.3
TOTAL	214	100

Le tableau 9.1.3 met en évidence un pourcentage très élevé de participants satisfaits et tout à fait satisfaits sur les aspects de logistique concernant les prestations de leur intervenant 1, en termes de facilité de prise de rendez-vous, de flexibilité des plages horaires, de ponctualité et de coordination du BOTP. Les participants sont, pour la plupart, satisfaits ou très satisfaits des séances de leur intervenant 1.

Tableau 9.1.3 : Satisfaction par rapport à l'intervenant 1 au niveau de la logistique de ses prestations

	Secteur	N	Pas du tout satisfait	Pas satisfait	Satisfait	Tout à fait satisfait
Facilité de prise de rendez-vous - Intervenant 1 (POST1_E12)	Bancaire	74	0%	1.40%	20.30%	**78.40%**
	Hospitalier et soins	238	0.40%	0.40%	19.70%	**79.40%**
	TOTAL	312	0.30%	0.60%	19.90%	**79.20%**
Flexibilité des plages horaires - Intervenant 1 (POST1_E13)	Bancaire	74	1.40%	0%	27.00%	**71.60%**
	Hospitalier et soins	237	0.40%	2.50%	19.80%	**77.20%**
	TOTAL	311	0.60%	1.90%	21.50%	**75.90%**
Ponctualité de l'intervenant burn-out - Intervenant 1 (POST1_E14)	Bancaire	73	0%	1.40%	20.50%	**78.10%**
	Hospitalier et soins	237	1.30%	0.40%	19.40%	**78.90%**
	TOTAL	310	1.00%	0.60%	19.70%	**78.70%**
Coordination du BOTP - Intervenant 1 (POST1_E15)	Bancaire	67	0%	1.50%	28.40%	**70.10%**
	Hospitalier et soins	196	1.10%	3.10%	18.40%	**77.60%**
	TOTAL	263	0.80%	2.70%	20.90%	**75.70%**
Satisfaction des séances - Intervenant 1 (POST1_E16)	Bancaire	72	0%	2.80%	19.40%	**77.80%**
	Hospitalier et soins	236	0.40%	4.70%	21.20%	**73.70%**
	TOTAL	308	0.30%	4.20%	20.80%	**74.70%**

Le tableau 9.1.4 met en évidence un pourcentage très élevé de participants satisfaits et tout à fait satisfaits sur les aspects de logistique concernant les prestations de leur intervenant 2, en termes de facilité de prise de rendez-vous, de flexibilité des plages horaires, de leur ponctualité et de la coordination du BOTP. Les participants sont pour la plupart satisfaits ou très satisfaits des séances de leur intervenant 2.

Tableau 9.1.4 : Satisfaction par rapport à l'intervenant 2 au niveau de la logistique de ses prestations.

	Secteur	N	Pas du tout satisfait	Pas satisfait	Satisfait	Tout à fait satisfait
Facilité de prise de rendez-vous - Intervenant 2 (POST1_E22)	Bancaire	32	3.10%	3.10%	37.50%	**56.30%**
	Hospitalier et soins	118	2.50%	2.50%	26.30%	**68.60%**
	TOTAL	150	2.70%	2.70%	28.70%	**66.00%**
Flexibilité des plages horaires - Intervenant 2 (POST1_E23)	Bancaire	31	0%	6.50%	38.70%	**54.80%**
	Hospitalier et soins	117	3.40%	4.30%	25.60%	**66.70%**
	TOTAL	148	2.70%	4.70%	28.40%	**64.20%**
Ponctualité de l'intervenant burn-out - Intervenant 2 (POST1_E24)	Bancaire	29	6.90%	3.40%	31.00%	**58.60%**
	Hospitalier et soins	118	2.50%	2.50%	19.50%	**75.40%**
	TOTAL	147	3.40%	2.70%	21.80%	**72.10%**
Coordination du BOTP - Intervenant 2 (POST1_E25)	Bancaire	8	0%	0%	25.00%	75.00%
	Hospitalier et soins	26	7.70%	7.70%	15.40%	69.20%
	TOTAL	34	5.90%	5.90%	17.60%	70.60%
Satisfaction des séances - Intervenant 2 (POST1_E26)	Bancaire	30	10.00%	0%	33.30%	56.70%
	Hospitalier et soins	118	1.70%	7.60%	22.00%	68.60%
	TOTAL	148	3.40%	6.10%	24.30%	66.20%

9.2 Satisfaction par rapport au contenu du trajet de prise charge

Tout d'abord, le tableau 9.2.1 nous informe sur le type de professionnel privilégié par le participant pour son trajet de prise en charge. On constate que, dans 80% des cas, un psychologue est intervenu seul dans la prise en charge du participant. Son action était couplée avec celle d'un kinésithérapeute ou médecin dans 16% et 2% des cas, respectivement. Ces résultats confirment que le rôle du psychologue est prépondérant dans le trajet de prise en charge : au niveau du diagnostic, au niveau de la première séance de prise en charge, au niveau de la coordination du trajet. Les kinésithérapeutes n'interviennent éventuellement que pour les séances individuelles selon l'approche psychocorporelle. Il est également important de noter que la liste des intervenants comptait peu de kinésithérapeutes.

Tableau 9.2.1 : Type(s) de professionnel impliqué(s) dans le trajet de prise en charge

	Type de professionnel pour la prise en charge (FTF1CM)		
Secteur	Bancaire	Hospitalier et soins	TOTAL
N	74	237	311
Psychologue	**83.80%**	**78.50%**	**79.70%**
Kinésithérapeute	0%	0%	0%
Psychologue + Kinésithérapeute	14.90%	17.30%	16.70%
Médecin	0%	1.30%	1.00%
Psychologue + Médecin	1.40%	2.50%	2.30%
Psychologue, Médecin et Kinésithérapeute	0%	0.40%	0.30%

Globalement, le tableau 9.2.2 nous informe de la satisfaction des participants par rapport à différentes dimensions du trajet de prise en charge. Plus de 90% des participants sont satisfaits ou très satisfaits du nombre de séances ainsi que de la diversité des séances proposées dans le cadre du trajet de prise en charge. Plus de 90% sont satisfaits ou très satisfaits de la modularité ou du degré de personnalisation de l'offre qui leur était proposée. Plus de 90% sont satisfaits ou très satisfaits de la durée du trajet de prise en charge. Plus de 80% sont satisfaits ou très satisfaits de la possibilité de prise en charge par plusieurs professionnels de la santé. Concernant les explications données à propos du trajet de prise en charge, plus de 95% sont satisfaits ou très satisfaits de celles données par l'intervenant BO contre près de 90% par Fedris. Enfin, en ce qui concerne la dynamique de la réunion pluridisciplinaire, globalement près de 80% des participants en sont satisfaits ou très satisfaits. Ce résultat est surprenant quand on sait qu'il n'y a eu qu'une seule demande de réunion multidisciplinaire. Or, 191 des 312 participants (soit 61,21%) ont répondu à cette question ! Il est donc vraisemblable que la réflexion sur l'adaptation ou aménagement des conditions de travail du participant avec des acteurs de la prévention ou de l'entreprise se soit déroulée de manière informelle, sans activer la proposition de Fedris d'une réunion multidisciplinaire avec levée de l'anonymat.

Tableau 9.2.2 : Satisfaction par rapport au contenu de la prise en charge

	Secteur	N	Pas du tout satisfait	Pas satisfait	Satisfait	Tout à fait satisfait
Nombre de séances (POST1_G1)	Bancaire	71	1.40%	7.00%	35.20%	**56.30%**
	Hospitalier et soins	238	0.40%	7.60%	37.80%	**54.20%**
	TOTAL	309	0.60%	7.40%	37.20%	**54.70%**
Diversité de l'offre proposée (POST1_G2)	Bancaire	71	0%	7.00%	42.30%	**50.70%**
	Hospitalier et soins	235	0%	6.80%	42.60%	**50.60%**
	TOTAL	306	0%	6.90%	42.50%	**50.70%**
Modularité/degré de personnalisation de l'offre proposée (POST1_G3)	Bancaire	71	1.40%	4.20%	32.40%	**62.00%**
	Hospitalier et soins	236	0.40%	5.90%	30.50%	**63.10%**
	TOTAL	307	0.70%	5.50%	30.90%	**62.90%**
Durée du trajet de prise en charge (POST1_G4)	Bancaire	72	1.40%	8.30%	44.40%	**45.80%**
	Hospitalier et soins	237	1.30%	9.30%	38.00%	**51.50%**
	TOTAL	309	1.30%	9.10%	39.50%	**50.20%**
Explications du programme de prise en charge par l'intervenant BO (POST1_G5)	Bancaire	71	0%	2.80%	33.80%	**63.40%**
	Hospitalier et soins	234	0%	3.40%	28.20%	**68.40%**
	TOTAL	305	0%	3.30%	29.50%	**67.20%**
Explications du programme de prise en charge par Fedris (POST1_G6)	Bancaire	68	0%	11.80%	**57.40%**	30.90%
	Hospitalier et soins	218	1.40%	8.30%	**46.30%**	44.00%
	TOTAL	286	1.00%	9.10%	**49.00%**	40.90%
Prise en charge par plusieurs professionnels (IB et ISI) (POST1_G7)	Bancaire	49	2.00%	20.40%	32.70%	**44.90%**
	Hospitalier et soins	142	2.80%	13.40%	30.30%	**53.50%**
	TOTAL	191	2.60%	15.20%	30.90%	**51.30%**
Dynamique de la réunion pluridisciplinaire (POST1_G8)	Bancaire	33	0%	15.20%	**42.40%**	**42.40%**
	Hospitalier et soins	81	8.60%	14.80%	30.90%	**45.70%**
	TOTAL	114	6.10%	14.90%	34.20%	**44.70%**

9.3 Évaluation globale du trajet de prise charge

Lorsqu'on demande aux participants d'évaluer globalement le programme de prise en charge sur une échelle de 1 à 10 (Tableau 9.3.1), on constate que près de 75% d'entre eux accordent une note de plus de 8 sur 10 (on atteint près de 90% si on considère une note de plus de 7 sur 10). En moyenne, l'évaluation globale s'élève à 8.01 sur 10 (avec un écart-type de 1.79).

Tableau 9.3.1 : Évaluation globale de la prise en charge (sur une échelle de 1 à 10)

Évaluation globale de la prise en charge (Sur une échelle de 1 à 10) (POST1_H1)			
Secteur	Bancaire	Hospitalier et soins	TOTAL
N	67	227	294
1	0%	0.90%	0.70%
2	3.00%	1.30%	1.70%
3	0%	0.40%	0.30%
4	3.00%	1.30%	1.70%
5	3.00%	1.80%	2.00%
6	6.00%	5.30%	5.40%
7	17.90%	14.10%	14.30%
8	**26.90%**	**29.10%**	**28.60%**
9	**26.90%**	28.20%	27.90%
10	16.40%	17.60%	17.30%

On ne constate pas de différence sur l'évaluation globale de la prise en charge selon le nombre d'intervenants impliqués dans la prise en charge ($F(2, 293) = 1.78$, p = NS) (Tableau 9.3.2).

Tableau 9.3.2 : Évaluation globale de la prise en charge (sur une échelle de 1 à 10) selon le nombre d'intervenants ayant suivi le participant

Évaluation globale - Sur une échelle de 1 à 10	**N**	**Moyenne**	**Ecart type**
1 intervenant	147	7,97	1,72
2 intervenants	117	8,09	1,72
3 intervenants ou plus	30	8,60	1,16
Total	294	8,08	1,68

Le tableau suivant (Tableau 9.3.3) suggère que près de 95% des participants recommanderaient ce trajet de prise en charge à d'autres. Un peu plus de 75% des participants n'ont pas éprouvé le besoin de continuer le suivi avec leur intervenant BO ou leur intervenant séances individuelles.

Tableau 9.3.3 : Évaluation globale de la prise en charge – Recommandation et suivi

Evaluation globale de la prise en charge - Recommandation et suivi				
Recommandation du BOTP à d'autres (POST1_H2)			Oui	Non
	Bancaire	74	**94.60%**	5.40%
	Hospitalier et soins	238	**95.00%**	5.00%
	TOTAL	312	**94.90%**	5.10%
Continuer le suivi avec l'intervenant BO (POST1_H3)			Oui	Non
	Bancaire	74	21.60%	**78.40%**
	Hospitalier et soins	236	24.60%	**75.40%**
	TOTAL	310	23.90%	**76.10%**
Continuer le suivi avec l'intervenant individuel (POST1_H31)			Oui	Non
	Bancaire	73	24.70%	**75.30%**
	Hospitalier et soins	232	31.90%	**68.10%**
	TOTAL	305	30.20%	**69.80%**

9.4 Perception de la situation actuelle (post-test 1)

9.4.1 Au niveau de l'organisation du travail

Les données présentées dans le tableau 9.4.1 permettent de cerner dans quelle mesure le participant perçoit une amélioration au niveau de l'organisation du travail. On observe plus de variabilité inter-individuelle dans les perceptions. Près de 60% des participants estiment que l'entreprise n'a pas pris conscience du problème au niveau collectif ; près de 80% qu'il n'y a pas eu de changement dans le style de management ; près de 65% qu'il n'y a pas eu davantage d'actions pour le bien-être ; plus de 75% qu'il n'y a pas eu davantage de support matériel.

Concernant la relation avec la hiérarchie, les avis sont partagés. Entre 45 et 50% des participants pensent qu'il n'y a pas eu d'amélioration tandis que les autres participants rapportent une amélioration. Les avis sont plus positifs pour la relation avec les collègues puisque près de 75% des participants perçoivent une amélioration de ce type de relation.

Tableau 9.4.1 : Perception de la situation actuelle au niveau de l'entreprise

Perception de la situation actuelle	Secteur	N	Pas du tout d'accord	Pas d'accord	D'accord	Tout à fait d'accord
Entreprise a conscience du problème au niveau collectif (POST1_J11)	Bancaire	63	30.20%	27.00%	**34.90%**	7.90%
	Hospitalier et soins	210	28.10%	**33.80%**	30.50%	7.60%
	TOTAL	273	28.60%	**32.20%**	31.50%	7.70%
Changement du style de management (POST1_J12)	Bancaire	64	31.30%	**40.60%**	21.90%	6.30%
	Hospitalier et soins	211	**40.30%**	39.80%	18.00%	1.90%
	TOTAL	275	38.20%	**40.00%**	18.90%	2.90%
Davantage d'actions pour le bien-être (POST1_J13)	Bancaire	65	27.70%	**40.00%**	24.60%	7.70%
	Hospitalier et soins	210	23.30%	**40.00%**	31.90%	4.80%
	TOTAL	275	24.40%	**40.00%**	30.20%	5.50%
Amélioration de la relation avec la hiérarchie (POST1_J21)	Bancaire	55	20.00%	30.90%	**38.20%**	10.90%
	Hospitalier et soins	194	20.60%	23.20%	**42.30%**	13.90%
	TOTAL	249	20.50%	24.90%	**41.40%**	13.30%
Amélioration de la relation avec les collègues (POST1_J22)	Bancaire	41	12.20%	22.00%	**48.80%**	17.10%
	Hospitalier et soins	182	9.30%	18.10%	**55.50%**	17.00%
	TOTAL	223	9.90%	18.80%	**54.30%**	17.00%
Davantage de support matériel (POST1_J23)	Bancaire	48	27.10%	**47.90%**	25.00%	0%
	Hospitalier et soins	163	38.70%	**39.30%**	19.60%	2.50%
	TOTAL	211	36.00%	**41.20%**	20.90%	1.90%

9.4.2 Au niveau de son propre rapport au travail

Le tableau 9.4.2 indique que plus de 65% des participants se disent *D'accord ou Tout à fait d'accord* avec le fait de percevoir plus d'aspects positifs dans leur travail, près de 90% aussi avec le fait d'avoir pris de la distance vis-à-vis du travail et plus de 80% finalement avec le fait d'avoir aujourd'hui des attentes plus réalistes par rapport au travail.

Tableau 9.4.2 : Perception du rapport au travail après la prise en charge

Rapport au travail	Secteur	N	Pas du tout d'accord	Pas d'accord	D'accord	Tout à fait d'accord
Perception d'aspects positifs dans le travail (POST1_J31)	Bancaire	63	7.90%	31.70%	**47.60%**	12.70%
	Hospitalier et soins	212	6.60%	24.10%	**53.30%**	16.00%
	TOTAL	275	6.90%	25.80%	**52.00%**	15.30%
Prise de distance vis-à-vis du travail (POST1_J32)	Bancaire	65	1.50%	12.30%	**43.10%**	43.10%
	Hospitalier et soins	230	2.20%	7.00%	**57.40%**	33.50%
	TOTAL	295	2.00%	8.10%	**54.20%**	35.60%
Attentes plus réalistes (POST1_J33)	Bancaire	64	4.70%	14.10%	**68.80%**	12.50%
	Hospitalier et soins	219	1.40%	12.80%	**63.90%**	21.90%
	TOTAL	283	2.10%	13.10%	**65.00%**	19.80%

10. Ajustements du poste de travail

10.1 Maintien / changement d'employeur (EM) et / ou de poste de travail (PT)

Selon les données des questionnaires, juste après le trajet (post-test 1) et trois mois à 6 mois après le trajet (post-test 2), environ 88 % des travailleurs sont toujours employés par le même employeur, et près de 3 sur 4 occupent toujours le même poste de travail. Environ 11,5 % ont changé d'employeur (tableaux 10.1.1 et 10.1.2).

Tableau 10.1.1 : Maintien / changement d'employeur et / ou de poste de travail au post-test 1 (N = 216)

	Emploi Poste 1	
	N	%
Même EM, même PT	160	74,1
Même EM, autre PT	31	14,4
Sous-total 1	191	88,5
Autre EM, même PT	10	4,6
Autre EM, autre PT	15	6,9
Sous-total 2	25	11,5
Total	216	100

Tableau 10.1.2 : Maintien / changement d'employeur et / ou de poste de travail au post-test 2 (N = 212)

	Emploi Poste 2	
	N	%
Même EM, même PT	153	72,2
Même EM, autre PT	34	16,0
Sous-total 1	187	88,2
Autre EM, même PT	12	5,7
Autre EM, autre PT	13	6,1
Sous-total 2	25	11,8
Total	212	100

183 rapports finaux mentionnent que 54 personnes ont changé d'employeur et / ou de poste de travail (29,5 %) et 116 (63,4 %) ne l'ont pas fait. Il y avait aussi 13 mentions « autres » (7,1 %). 40 rapports finaux ne mentionnent rien.

163 rapports finaux mentionnent que 4 personnes ont changé de secteur (2,5 %) et 159 ne l'ont pas fait (97,5 %). 60 rapports finaux ne comportent aucune donnée.

L'échantillon étant composé de moins de 5 participants, il n'est donc pas pertinent de réaliser un test statistique sur un échantillon aussi faible.

Il n'y a pas de différence significative entre le post-test 1 (p = 0,636) et le post-test 2 (p = 0,396) en ce qui concerne le nombre de participants.

Tableau 10.1.3: Maintien / changement d'employeur et / ou de poste de travail au post-test 1 (N = 216)

	Emploi Poste 1 - N	
	Bancaire	Hospitalier et soins
Même EM, même PT	34	126
Même EM, autre PT	8	23
Sous-total 1	42	149
Autre EM, même PT	1	9
Autre EM, autre PT	2	13
Sous-total 2	3	22
Total	45	171

Tableau 10.1.4: Maintien / changement d'employeur et / ou de poste de travail au post-test 2, par secteur (N = 212)

	Emploi Poste 2 - N	
	Bancaire	Hospitalier et soins
Même EM, même PT	31	122
Même EM, autre PT	10	24
Sous-total 1	41	146
Autre EM, même PT	3	9
Autre EM, autre PT	1	12
Sous-total 2	4	21
Total	45	167

10.2 Ajustements du poste de travail par l'employeur (EM) et / ou le travailleur (TR)

Les participants ont été interrogés sur les ajustements de leur poste de travail juste après le trajet (post-test 1) et trois à six mois après la fin du trajet d'accompagnement (post-test 2).

L'employeur a procédé à des ajustements du poste de travail pour 30 % des participants juste après le trajet et pour 28 % des participants trois à six mois après la fin du trajet (tableau 10.2.1).

Des ajustements du poste de travail ont été effectués par le travailleur dans 45,8 % des cas après l'achèvement du trajet et dans 41,4 % des cas trois à six mois après la fin du trajet. Il existe un lien significatif entre les ajustements du poste de travail par l'employeur et les ajustements du poste de travail par le travailleur, tant après la fin du trajet d'accompagnement *(p* < ,001) que trois à six mois après la fin du trajet d'accompagnement *(p* < ,001). Il n'y a pas de différence significative entre les secteurs que ce soit pour l'employeur ou le travailleur ayant bénéficié de l'adaptation au poste de travail, et ce à n'importe quel moment.

Dans 183 rapports finaux, 89 personnes ont été signalées comme ayant pris des mesures au travail (74,8 %) et 30 personnes n'en ont pas pris (25,4 %).

Tableau 10.2.1 : Fréquence des ajustements du poste de travail par l'employeur (EM) et le travailleur (TR) post-test 1 et post-test 2

	Nombre/total	% Total	Bancaire	Hospitalier et soin
Ajustements du poste de travail EM-post-test 1	65/217	30.0%	12/46	53/171
Ajustements du poste de travail EM post-test 2	59/211	28.0%	12/45	47/166
Ajustements du poste de travail TR post-test 1	99/216	45.8%	18/46	81/170
Ajustements du poste de travail TR WN post-test 2	87/210	41.4%	13/45	74/165

Les tests du Chi-carré n'indiquent pas de différence significative au post-test 1, mais bien au post-test 2 :

<u>Ajustements du poste de travail EM post-test 2</u> :
Âge *(p* = ,031) : il y a plus d'ajustements chez les travailleurs âgés de plus de 45 ans.
Langue *(p* = ,033) : les ajustements sont plus nombreux chez les travailleurs NL.

<u>Ajustements du poste de travail TR post-test 2</u> :
Référent *(p* = ,039) : il y a plus d'ajustements après avoir été référé par le médecin du travail et le CPAP.

10.3 Type d'ajustements du poste de travail par l'employeur (EM) et / ou le travailleur (TR)

Pour avoir une idée du type d'aménagements du poste de travail, les aménagements du poste de travail par le travailleur et par l'employeur notés en texte libre juste après le trajet ont été codés dans différentes catégories.

Pour les ajustements de poste de travail par l'employeur, nous avons retenu 65 réponses, dont certaines comportaient plusieurs types d'ajustements de poste de travail. Le tableau 10.3.1 présente la fréquence par catégorie. Les aménagements de poste de travail les plus fréquents effectués par l'employeur sont les aménagements d'horaire, la réduction du nombre d'heures de travail, le changement de service pour une partie ou la totalité du travail, l'embauche de collègues supplémentaires et l'attribution d'autres tâches. Pour chaque ajustement de poste de travail, un exemple de réponse a été ajouté ci-dessous :

« Pas d'horaires tardifs en semaine. »
« Actuellement, travail à temps partiel et heures supplémentaires à jour fixe. »
« Pour l'instant, seuls les soins de maternité et les soins à domicile, … Pas de salle d'accouchement. »
« Le groupe de pairs a été élargi. »
« Autre travail pour l'instant, en attendant un autre emploi au sein de l'entreprise. »

Tableau 10.3.1 : Ajustements du poste de travail par l'employeur juste après le trajet (post-test 1)

Ajustement du poste de travail	Fréquence
Aménagements d'horaire	14
Prester moins d'heures de travail	12
Changement de service pour une partie ou la totalité du travail	9
Recruter des collègues supplémentaires	7
Autre travail	7
Ajuster /limiter / mieux répartir les tâches	6
Prester moins d'heures supplémentaires / récupérer des heures supplémentaires (plus rapidement)	4
Clarté des tâches / délimitation des tâches	4
Moins de charge de travail	4
Communication avec les travailleurs sur les difficultés	3
Ajustements du bureau / de l'espace de bureau	3
Adaptation du régime des congés	2
Soutien des collègues / meilleure coopération entre eux	2
Plus d'évaluations	2
Réduire la charge administrative	2
Personnaliser le système d'attente	2
Autres	13

Pour les ajustements du poste de travail par le travailleur, nous avons retenu 98 réponses, dont certaines consistaient en plusieurs types d'ajustements du poste de travail, mais aussi en des changements dans le style d'adaptation personnelle et la stratégie de travail. Le tableau 10.3.2 présente la fréquence par catégorie. Les ajustements du poste de travail les plus fréquemment effectués par le travailleur sont les suivants : diminution du nombre d'heures prestées, clarté des tâches / limitation des tâches, respect des horaires de travail / arrêt en temps voulu / déconnexion après le travail, respect des pauses / incorporation de périodes de repos et aménagement de l'horaire.

Pour chacun des ajustements (poste de travail et adaptation personnelle), un exemple de réponse a été ajouté ci-dessous :
« Le régime de travail est progressivement augmenté tous les mois, d'un commun accord et sous ma direction. »
« *Un retour après un congé de maladie n'est possible que si un cadre clair a été établi, comprenant des descriptions de poste et des moments d'évaluation à intervalles réguliers. »*
« Je n'emporte plus de travail à la maison. »
« S'est efforcé de pouvoir prendre une pause déjeuner. »
« Plus d'équipes. »

Tableau 10.3.2 : Ajustements du poste de travail par le travailleur juste après le trajet (post-test 1)

Ajustement du poste de travail	Fréquence
Prester moins d'heures de travail	16
Clarté des tâches / délimitation des tâches	14
Respecter les horaires de travail / arrêter le travail à temps / se déconnecter après le travail	11
Respecter les pauses / incorporer des pauses supplémentaires ou des périodes de repos	10
Aménagements d'horaire	10
Communication sur le lieu de travail à propos des difficultés	8
Autre travail	8
Prester moins d'heures supplémentaires / récupérer des heures supplémentaires (plus rapidement)	7
Établir des priorités / ne pas faire plusieurs choses à la fois	7
Changement de service pour une partie ou la totalité du travail	5
Lâcher le travail / créer plus de distance	5
Adaptation du bureau / de l'espace de bureau	4
Adaptation du régime des congés	3
Ajuster / limiter / mieux répartir les tâches	3
Télétravail prévu	3
Dialogue avec la hiérarchie	3
Plus de structure	2
Ne plus exercer de fonctions dirigeantes	2
Meilleure communication au sein de l'équipe	2
Autres	20

Parmi les ajustements du poste de travail de l'employeur qui ont donné lieu à une évolution positive de l'emploi (c'est-à-dire du passage de la maladie / l'interruption de carrière à l'emploi à temps partiel / temps plein et du temps partiel au temps plein), on retient principalement les aménagements d'horaire et les mutations vers un autre service de l'entreprise.

Parmi les ajustements du poste de travail du travailleur qui ont donné lieu à une évolution positive de l'emploi, on retient principalement la réduction du temps de travail et un changement de fonction. En outre, certains changements de comportements des travailleurs sont également importants, comme le fait d'établir des priorités au travail et de fixer des limites, tant en ce qui concerne le contenu de l'ensemble des tâches que la limitation des heures de travail (ne pas emporter de travail à la maison).

Il a ensuite été examiné s'il existait une différence significative entre la présence d'ajustements du poste de travail et le changement de la situation d'emploi.

Il n'y a pas de différence significative en matière d'emploi selon que l'employeur ait procédé ou non à des ajustements du poste de travail après la fin du trajet *(p* = ,073) et trois à six mois après la fin du trajet d'accompagnement *(p* = ,508). Il n'y a pas non plus de différence significative en matière d'emploi selon que le travailleur ait ou non procédé à des ajustements du poste de travail après la fin du trajet d'accompagnement *(p* = ,088) et trois à six mois après la fin du même trajet *(p* = ,370).

Lorsque le groupe de participants a été ventilé par langue, aucune différence significative en matière d'emploi n'a été constatée pour les participants francophones juste après *(p* = ,279) et trois à six mois après le trajet *(p* = ,571) ou, pour les participants néerlandophones, juste après *(p* = ,202) et trois à six mois après le trajet *(p* = ,727), en fonction de l'ajustement du poste de travail effectué par l'employeur.

Lorsque le groupe de participants a été ventilé par secteur, aucune différence significative en matière d'emploi n'a été constatée dans le secteur bancaire juste après *(p* = ,718) et trois à six mois après le trajet *(p* = ,440), ou dans le secteur des soins de santé juste après *(p* = ,070) et trois à six mois après le trajet *(p* = ,774), en fonction de l'ajustement du poste de travail effectué par l'employeur.

Il n'y a pas non plus de différence significative en matière d'emploi selon que le travailleur ait ou non procédé à des ajustements de son poste de travail après la fin du trajet d'accompagnement *(p* = ,088) et trois à six mois après la fin du même trajet *(p* = ,370).

Lorsque le groupe de participants a été ventilé par langue, aucune différence significative en termes d'emploi n'a été constatée pour les participants francophones juste après *(p* = ,279) et trois mois à six mois après le trajet *(p* = ,419) ou, pour les participants néerlandophones, juste après *(p* = ,202) et trois à six mois après le trajet *(p* = ,910), en fonction de l'ajustement du poste de travail effectué par le travailleur.

Lorsque le groupe de participants a été ventilé par secteur, aucune différence significative en matière d'emploi n'a été constatée pour le secteur bancaire juste après *(p* = ,408) et trois mois à six mois après le trajet *(p* = ,292) ou, pour le secteur des soins de santé, juste après *(p* = ,118) et trois mois à six mois après le trajet *(p* = ,915), en fonction de l'ajustement du poste de travail effectué par le travailleur.

D'autres tableaux sont disponibles en annexe (Annexe 17.8).

11. Caractéristiques du programme de prise en charge (sur base des données du rapport final de l'intervenant BO)

En moyenne, le nombre total de séances s'élève à 12.41 (12.81 dans le secteur bancaire et 12.29 dans le secteur hospitalier et de soins). 161 participants (72,2%) ont bénéficié de 10 séances ou plus (142, soit 63,7% de 12 séances ou plus et 119, soit 53,4 % de 14 séances ou plus). Le tableau 11.1 présente la fréquence des participants selon le nombre de séances dont ils ont bénéficié. 161 participants (72,2%) ont bénéficié de 10 séances ou plus (142, soit 63,7% de 12 séances ou plus et 119, soit 53,4 % de 14 séances ou plus). Le tableau 11.1 présente la fréquence des participants selon le nombre de séances dont ils ont bénéficié. Vous trouverez également ces données par module dans les tableaux de l'annexe 17.9. Ces tableaux nous informent que 86,8% des participants bénéficient des 4 séances de clinique du travail, 74,4 % des 3 séances Start-kit, 46,2% des 7 séances individuelles (mais aussi 22% qui bénéficient de 4 à 6 séances individuelles), 80,2% de 1 ou 2 séances de suivi et 27,8% de 1 ou 2 séances de réorientation.

Tableau 11.1 : Nombre total de séances dont ont bénéficié les participants

Nombre total de séances	N	%	% valide	% cumulé
1 séance	1	,4	,4	,4
2 séances	2	,9	,9	1,3
3 séances	3	1,3	1,3	2,7
4 séances	3	1,3	1,3	4,0
5 séances	4	1,8	1,8	5,8
6 séances	7	3,1	3,1	9,0
7 séances	8	3,6	3,6	12,6
8 séances	16	7,2	7,2	19,7
9 séances	18	8,1	8,1	27,8
10 séances	9	4,0	4,0	31,8
11 séances	10	4,5	4,5	36,3
12 séances	10	4,5	4,5	40,8
13 séances	13	5,8	5,8	46,6
14 séances	16	7,2	7,2	53,8
15 séances	17	7,6	7,6	61,4
16 séances	44	19,7	19,7	81,2
17 séances	12	5,4	5,4	86,5
18 séances	22	9,9	9,9	96,4
19 séances	6	2,7	2,7	99,1
21 séances	2	,9	,9	100,0
Total	223	100,0	100,0	

Le tableau 11.2 présente par ailleurs le nombre moyen de séances par module du trajet de prise en charge. On constate donc en moyenne 3.69 séances de clinique du travail ; 2.45 séances de psychoéducation (starter kit) ; 4.35 séances individuelles ; 1.32 séances de suivi et 0.46 séance de réorientation. Le trajet comporte donc un peu plus de 6 séances en moyenne avec son intervenant burn-out et près de 4 séances avec son intervenant séances individuelles pour une approche psychocorporelle ou cognitivo-émotionnelle. Entre 2 et 3 séances de psychoéducation sont aussi sollicitées. À noter que les modules COVID ont été peu utilisés dans le cadre de ce trajet de prise en charge. Il en est de même pour la réunion multidisciplinaire, module du programme de prise en charge qui ne sera donc pas analysé dans ce chapitre. On peut enfin constater que très peu de séances ont été annulées.

Tableau 11.2 : Caractéristiques du trajet de prise en charge

Caractéristiques du trajet de prise en charge	Secteur	N	Oui	Non	**Nombre moyen de séances (E-T)**
Séances de clinique du travail (RF1OY - RF2CC)	Bancaire	74	**97.30%**	2.70%	3.70 (0.86)
	Hospitalier et soins	238	**97.90%**	2.10%	3.69 (0.83)
	TOTAL	312	**97.80%**	2.20%	3.69 (0.83)
Séances Starter Kit (RF3OY - RF4CC)	Bancaire	74	**91.90%**	8.10%	2.58 (0.94)
	Hospitalier et soins	238	**89.10%**	10.90%	2.41 (1.03)
	TOTAL	312	**89.70%**	10.30%	2.45 (1.01)
Séances Starter Kit COVID (RFCOV1OY - RFCOV2CC)	Bancaire	74	9.50%	**90.50%**	0.09 (0.30)
	Hospitalier et soins	238	4.60%	**95.40%**	0.05 (0.21)
	TOTAL	312	5.80%	**94.20%**	0.06 (0.23)
Séances individuelles (RF5OY - RF6CC)	Bancaire	74	**81.10%**	18.90%	4.73 (2.78)
	Hospitalier et soins	238	**71.80%**	28.20%	4.23 (3.00)
	TOTAL	312	**74.00%**	26.00%	4.35 (2.95)
Séances de suivi (RF7OY - RF8CC)	Bancaire	74	**73.00%**	27.00%	1.24 (0.86)
	Hospitalier et soins	238	**77.30%**	22.70%	1.34 (0.83)
	TOTAL	312	**76.30%**	23.70%	1.32 (0.83)
Séances de réorientation (RF9OY - RF10CC)	Bancaire	74	25.70%	**74.30%**	0.46 (0.81)
	Hospitalier et soins	238	26.50%	**73.50%**	0.47 (0.81)
	TOTAL	312	26.30%	**73.70%**	0.46 (0.81)
Séances module COVID (RFCOV3OY - RFCOV4CC)	Bancaire	74	0%	**100%**	0 (0.00)
	Hospitalier et soins	238	2.50%	**97.50%**	0.11 (0.70)
	TOTAL	312	1.90%	**98.10%**	0.08 (0.61)
Annulation séances (RF12OY - RF13CC)	Bancaire	72	11.10%	**88.90%**	0.14 (0.42)
	Hospitalier et soins	234	14.50%	**85.50%**	0.21 (0.59)
	TOTAL	306	13.70%	**86.30%**	0.20 (0.56)

Il est également important de noter que près de 74% des participants ont suivi un trajet de prise en charge complet mais que 26% l'ont interrompu (Tableau 11.3).

Tableau 11.3 : Pourcentage de trajets complets vs interrompus

	Secteur	N	Complet	Interrompu
Trajets BOTP complet vs interrompu (RF29CM)	Bancaire	74	**77.00%**	23.00%
	Hospitalier et soins	229	**72.50%**	27.50%
	TOTAL	303	**73.60%**	26.40%

Concernant le nombre d'intervenants conventionnés ayant participé à la prise en charge, les données du tableau 11.3 (rapportées par l'intervenant BO dans son rapport final) permettent de conclure que près de 90% des participants ont bénéficié des prestations de maximum 2 intervenants dans leur prise en charge.

Tableau 11.4 : Nombre d'intervenants conventionnés ayant participé à la prise en charge (données du rapport final de l'intervenant)

Nombre d'intervenants conventionnés ayant participé à la prise en charge (RF14CC_RECOD)			
Secteur	Bancaire	Hospitalier et soins	TOTAL
N	74	238	312
1	**52.70%**	**50.80%**	**51.30%**
2	35.10%	39.90%	38.80%
3 et plus	12.20%	9.20%	9.90%

Le tableau 11.5 met en évidence une diversité en ce qui concerne l'ordre des différents types de séances proposées. Néanmoins, la première séance est majoritairement une séance de clinique du travail (dans plus de 80% des cas) ou une séance de psychoéducation. La dernière séance est assez logiquement une séance de suivi dans près de 60% des cas.

Tableau 11.5 : Types de séance pour la première et dernière consultation

	Type de la première séance BOTP (RF23CM)			Type de la dernière séance BOTP (RF25CM)		
Secteur	Bancaire	Hospitalier et soins	TOTAL	Bancaire	Hospitalier et soins	TOTAL
N	74	236	312	74	238	312
Clinique du travail	**81.10%**	**83.10%**	**82.60%**	2.70%	6.30%	5.40%
Starter Kit	17.60%	13.60%	14.50%	12.20%	10.50%	10.90%
Individuelle	1.40%	2.10%	1.90%	21.60%	14.30%	16.00%
Suivi	0%	0.40%	0.30%	**54.10%**	**58.40%**	**57.40%**
Module COVID	0%	0.80%	0.30%	0%	0%	0%
Réorientation	0%	0%	0%	9.50%	10.50%	10.30%

Le tableau 11.6 met en évidence que la très grande majorité des séances de clinique du travail et les séances individuelles sont organisée de manière individuelle, ce qui semble logique et est attendu. Au niveau des séances de psychoéducation (starter kit), le choix du collectif s'élève à 27% des cas dans le secteur bancaire contre 12% des cas dans le secteur hospitalier et de soins. Cela semble justifié dans la mesure où le contenu des séances de psychoéducation se prête bien à des séances en groupe.

Tableau 11.6 : Organisation des séances en individuel ou en collectif (groupe)

Organisation des séances en individuel ou en collectif

	Secteur	N	Individuelles	En groupe	Les deux
Séances clinique du travail (RF26CM)	Bancaire	69	**98.60%**	1.40%	0%
	Hospitalier et soins	213	**100%**	0%	0%
	TOTAL	282	**99.60%**	0.40%	0%
Séances Starter Kit (RF27CM)	Bancaire	67	**73.10%**	26.90%	0%
	Hospitalier et soins	195	**86.70%**	11.80%	1.50%
	TOTAL	262	**83.20%**	15.60%	1.10%
Séances individuelles (RF28CM)	Bancaire	54	**98.10%**	1.90%	0%
	Hospitalier et soins	157	**99.40%**	0.60%	0%
	TOTAL	211	**99.10%**	0.90%	0%

12. Aspects de diagnostic (sur base des données du rapport final de l'intervenant BO)

Le tableau 12.1 aborde les aspects de diagnostic par l'intervenant BO sur base de son jugement clinique. Dans près de 90% des cas, le diagnostic initial de burn-out est confirmé et moins de 3% des intervenants estiment nécessaire de corriger le diagnostic pour un « non-burn-out ». Près de 70% des cas sont confirmés en stade 1 ou 2 de burn-out tandis que moins de 10% sont confirmés en stade 3 de burn-out. On reste donc bien, dans la majorité des cas, dans le cadre de la prévention secondaire. Enfin, on constate que 70% des cas concernent une problématique de burn-out dont le lien avec le travail est prépondérant.

Tableau 12.1 : Diagnostic sur jugement clinique après la prise en charge

Confirmation du diagnostic après la prise en charge (dans le rapport final)

	Secteur	N	**Oui**	**Non**
Confirmation diagnostic initial (RF40OY)	Bancaire	29	**93.10%**	6.90%
	Hospitalier et soins	105	**87.60%**	12.40%
	TOTAL	134	**88.80%**	11.20%
	Secteur	N	**Burn-out**	**Pas de burn-out**
Correction diagnostic (RF41CM)	Bancaire	63	**98.40%**	2%
	Hospitalier et soins	206	**97.10%**	2.90%
	TOTAL	269	**97.40%**	2.60%
	Secteur	N	**Pas coché**	**Coché**
Diagnostic BO - Stade précoce (1 ou 2) (RF411PA)	Bancaire	74	33.80%	**66.20%**
	Hospitalier et soins	238	26.50%	**73.50%**
	TOTAL	312	28.20%	**71.80%**
Diagnostic BO - Stade avancé (3) (RF412PA)	Bancaire	74	**89.20%**	10.80%
	Hospitalier et soins	238	**92.00%**	8.00%
	TOTAL	312	**91.30%**	8.70%
Diagnostic BO - Avec lien prépondérant au travail (RF413PA)	Bancaire	74	27.00%	**73.00%**
	Hospitalier et soins	238	30.70%	**69.30%**
	TOTAL	312	29.80%	**70.20%**

Plus particulièrement, on constate dans le tableau 12.2 que, dans la majorité des cas (à savoir plus de 80%), le burn-out est bien le trouble principal à l'origine de la symptomatologie. Dans 5% des cas, l'intervenant pense, après la prise en charge, que le burn-out est à l'origine d'autres troubles psychologiques et, dans 12% des cas, que le burn-out est la conséquence de difficultés ou troubles antérieurs.

Tableau 12.2 : Hypothèse initiale revue

Hypothèse initiale revue (RF42CM)	Secteur	N	BO trouble principal à l'origine de la symptomatologie	BO origine d'autres troubles psychologiques	BO conséquence de difficultés ou troubles antérieurs
	Bancaire	51	**86.30%**	7.80%	5.90%
	Hospitalier et soins	165	**81.80%**	3.60%	14.50%
	TOTAL	216	**82.90%**	4.60%	12.50%

Le tableau 12.3 nous communique des informations sur l'évolution de la symptomatologie du burn-out après la prise en charge. Dans plus de 75% des cas, le diagnostic du burn-out n'est plus d'actualité pour le participant après la prise en charge. Parmi les 24% pour qui le BO est toujours présent, plus de 65% se trouvent en stade 1 du BO, 24% en stade 2 et moins de 10% en stade 3. Dans près de 95% des cas, la symptomatologie s'est améliorée ; dans près de 80% des cas d'autres difficultés psychologiques ne sont pas apparues. Enfin, pour 93% des cas, le BOTP était adapté pour le travailleur.

Tableau 12.3 : Évolution du BO

	Secteur	N	Oui	Non	
BO toujours présent (RF43OY)	Bancaire	70	32.90%	**67.10%**	
	Hospitalier et soins	226	20.80%	**79.20%**	
	TOTAL	296	23.60%	**76.40%**	
	Secteur	N	Stade 1	Stade 2	Stade 3
BO toujours présent - Stade (RF44CM)	Bancaire	23	**65.20%**	30.40%	4.30%
	Hospitalier et soins	43	**67.40%**	20.90%	11.60%
	TOTAL	66	**66.70%**	24.20%	9.10%
	Secteur	N	Oui	Non	
Amélioration symptomatologie BO (RF45OY)	Bancaire	58	**87.90%**	12.10%	
	Hospitalier et soins	171	**96.50%**	3.50%	
	TOTAL	229	**94.30%**	5.70%	
Apparition d'autres difficultés psychologiques (RF46OY)	Bancaire	69	24.60%	**75.40%**	
	Hospitalier et soins	221	19.90%	**80.10%**	
	TOTAL	290	21.00%	**79.00%**	
BOTP adapté pour le travailleur (RF47OY)	Bancaire	70	**90.00%**	10.00%	
	Hospitalier et soins	223	**94.60%**	5.40%	
	TOTAL	293	**93.50%**	6.50%	

12.1 Prise en charge poursuivie avec l'intervenant BO (IBO) selon l'évolution du diagnostic et de la symptomatologie BO (dans le rapport final (RF))

Le tableau 12.1.1 met en évidence que 81% des participants qui ne sont plus diagnostiqués en BO à la fin de la prise en charge n'ont pas poursuivi la prise en charge avec leur IBO. Parmi ceux qui sont encore diagnostiqués en BO à la fin de la prise en charge, 35% choisissent de poursuivre leur prise en charge avec leur IBO contre 65% qui préfèrent arrêter leur prise en charge avec leur IBO ($\chi^2(1, 294) = 7.37$, $p = .007$).

Tableau 12.1.1 : BO toujours présent dans le rapport final x prise en charge poursuivie par l'IBO

			Prise en charge poursuivie avec IBO		Total
			Oui	Non	
BO toujours présent (RF)	Oui	Effectif	24	45	69
		% dans BO toujours présent (RF)	34,8%	65,2%	100,0%
	Non	Effectif	43	182	225
		% dans BO toujours présent (RF	19,1%	80,9%	100,0%
Total		Effectif	67	227	294
		% dans BO toujours présent (RF	22,8%	77,2%	100,0%

Le tableau 12.1.2 met en évidence un pourcentage plus élevé de participants (66.7%) qui continuent leur prise en charge avec l'IBO chez ceux qui sont encore identifiés en stade 3 de burn-out dans le rapport final après le trajet de prise en charge. Le test statistique n'est cependant pas pertinent car on a des cellules dont le N est inférieur à 5 participants.

Tableau 12.1.2 : Stade BO spécifié dans le rapport final x prise en charge poursuivie par l'IBO

			Prise en charge poursuivie avec IBO		Total
			Oui	Non	
Stade BO spécifié dans le RF	Stade 1	Effectif	14	29	43
		% dans stade BO dans RF	32,6%	67,4%	100,0%
	Stade 2	Effectif	5	11	16
		% dans stade BO dans RF	31,3%	68,8%	100,0%
	Stade 3	Effectif	4	2	6
		% dans stade BO dans RF	66,7%	33,3%	100,0%
Total		Effectif	23	42	65
		% dans stade BO dans RF	35,4%	64,6%	100,0%

Pour le tableau suivant, le test statistique n'est pas non plus significatif ($\chi^2(1, 227) = .86$, p =NS).

Pour la majorité des participants, l'amélioration de la symptomatologie du BO est constatée et on n'observe pas de différence significative au niveau du suivi de la prise en charge par l'IBO selon le fait que la symptomatologie se soit améliorée ou non.

Tableau 12.1.3 : Amélioration de la symptomatologie BO spécifiée dans le rapport final x prise en charge poursuivie par l'IBO

			Prise en charge poursuivie avec IBO		Total
			Oui	Non	
Amélioration de la symptomatologie BO dans le RF	Oui	Effectif	57	157	214
		% dans Amélioration symptomatologie BO dans RF	26,6%	73,4%	100,0%
	Non	Effectif	5	8	13
		% dans Amélioration symptomatologie BO dans RF	38,5%	61,5%	100,0%
Total		Effectif	62	165	227
		% dans Amélioration symptomatologie BO dans RF	27,3%	72,7%	100,0%

Le tableau 12.1.4 met en évidence que 34.4 % des participants pour qui d'autres difficultés psychologiques sont apparues continuent le suivi avec leur intervenant IBO contre 20% pour ceux qui n'ont pas de nouvelles difficultés psychologiques ($\chi^2(1, 288) = 4.65$, $p = .03$).

Tableau 12.1.4 : Apparition d'autres difficultés spécifiées dans le rapport final x prise en charge poursuivie par l'IBO

			Prise en charge poursuivie avec IBO		Total
			Oui	Non	
Apparition d'autres difficultés psychologiques dans le RF	Oui	Effectif	21	40	61
		% dans Apparition autres difficultés psychologiques dans RF	34,4%	65,6%	100,0%
	Non	Effectif	48	179	227
		% dans Apparition autres difficultés psychologiques dans RF	21,1%	78,9%	100,0%
Total		Effectif	69	219	288
		% dans Apparition autres difficultés psychologiques dans RF	24,0%	76,0%	100,0%

12.2 Prise en charge poursuivie avec l'intervenant séances individuelles (ISI) selon l'évolution du diagnostic et de la symptomatologie BO

Le tableau 12.2.1 met en évidence que 73 % des participants qui ne sont plus diagnostiqués en BO à la fin de la prise en charge n'ont pas poursuivi la prise en charge avec leur ISI. Parmi ceux qui sont encore diagnostiqués en BO à la fin de la prise en charge, 39% choisissent de poursuivre leur prise en charge avec leur ISI contre 61% qui préfèrent arrêter leur prise en charge avec leur ISI ($\chi^2(1, 289) = 3.71$, $p = .05$).

Tableau 12.2.1 : BO toujours présent dans le rapport final x prise en charge poursuivie par l'ISI

			Prise en charge poursuivie avec ISI		Total
			Oui	Non	
BO toujours présent (RF)	Oui	Effectif	26	41	67
		% dans BO toujours présent (RF)	38,8%	61,2%	100,0%
	Non	Effectif	59	163	222
		% dans BO toujours présent (RF	26,6%	73,4%	100,0%
Total		Effectif	67	85	204
		% dans BO toujours présent (RF	22,8%	29,4%	70,6%

Le tableau 12.2.2 met en évidence un pourcentage plus élevé de participants (60%) qui continuent leur prise en charge avec l'ISI chez ceux qui sont encore identifiés en stade 3 de burn-out dans le rapport final après le trajet de prise en charge. Le test statistique n'est cependant pas pertinent car on a des cellules dont le N est inférieur à 5 participants.

Tableau 12.2.2 : Stade BO spécifié dans le rapport final x prise en charge poursuivie par l'ISI

			Prise en charge poursuivie avec ISI		Total
			Oui	Non	
Stade BO spécifié dans le RF	Stade 1	Effectif	17	26	43
		% dans stade BO dans RF	39,5%	60,5%	100,0%
	Stade 2	Effectif	5	10	15
		% dans stade BO dans RF	33,3%	66,7%	100,0%
	Stade 3	Effectif	3	2	5
		% dans stade BO dans RF	60,0%	40,0%	100,0%
Total		Effectif	25	38	63
		% dans stade BO dans RF	39,7%	60,3%	100,0%

Pour le tableau suivant, le test statistique n'est pas non plus significatif ($\chi^2(1, 223) = .09$, p =NS).

Pour la majorité des participants, l'amélioration de la symptomatologie du BO est constatée et on n'observe pas de différence significative au niveau du suivi de la prise en charge par l'ISI selon le fait que la symptomatologie se soit améliorée ou non.

Tableau 12.2.3 : Amélioration de la symptomatologie BO spécifiée dans le rapport final x prise en charge poursuivie par l'ISI

			Prise en charge poursuivie avec ISI		Total
			Oui	Non	
Amélioration de la symptomatologie BO dans le RF	Oui	Effectif	72	138	210
		% dans Amélioration symptomatologie BO dans RF	34,3%	65,7%	100,0%
	Non	Effectif	5	8	13
		% dans Amélioration symptomatologie BO dans RF	38,5%	61,5%	100,0%
Total		Effectif	77	146	223
		% dans Amélioration symptomatologie BO dans RF	34,5%	65,5%	100,0%

Le tableau 12.2.4 met en évidence que 48.3% des participants pour qui d'autres difficultés psychologiques sont apparues continuent le suivi avec leur intervenant ISI contre 24% pour ceux qui n'ont pas de nouvelles difficultés psychologiques ($\chi^2(1, 284) = 13.43$, $p < 0,001$).

Tableau 12.2.4 : Apparition d'autres difficultés spécifiées dans le rapport final x prise en charge poursuivie par l'ISI

			Prise en charge poursuivie avec ISI		Total
			Oui	Non	
Apparition d'autres difficultés psychologiques dans le RF	Oui	Effectif	29	31	60
		% dans Apparition autres difficultés psychologiques dans RF	48,3%	51,7%	100,0%
	Non	Effectif	54	170	224
		% dans Apparition autres difficultés psychologiques dans RF	24,1%	75,9%	100,0%
Total		Effectif	83	201	284
		% dans Apparition autres difficultés psychologiques dans RF	29,2%	70,8%	100,0%

13. Synthèse et discussion des résultats

PUBLICATION DU PROJET, RÉFÉRENCE ET DESCRIPTION DES PARTICIPANTS

La majorité des participants au projet pilote (85 %) a été informée par des sources liées au travail (conseillers en prévention, employeur, superviseur...), tandis qu'environ 10 à 15 % ont été contactés par des fournisseurs d'informations non liés au travail (prestataire de soins de santé, psychologue, ...). Le référent, tel qu'envisagé dans le projet pilote, était le médecin du travail, le conseiller en prévention pour les aspects psychosociaux (CPAP) ou le médecin traitant. Le médecin du travail a été le principal fournisseur d'informations et référent, en particulier pour les participants néerlandophones. Les travailleurs francophones ont été principalement informés et également orientés par le CPAP, tandis que le médecin traitant a orienté les travailleurs qui avaient été informés du projet par d'autres fournisseurs d'informations.

Il existe peu de littérature comparative sur les canaux à utiliser idéalement pour faire connaître un projet pilote sur le burn-out et recruter des participants. Selon une étude de 2017 réalisée par Ahola et al., des travailleurs avaient, dans cinq études, participé à une enquête et s'étaient vu proposer l'intervention en raison de leur score élevé en matière de burn-out ou d'épuisement. Dans les trois autres études, les participants avaient contacté un service de santé au travail, fait une demande de réadaptation, ou été admis à la suite d'une recommandation et par l'intermédiaire des médias. Ces dernières années, le projet pilote Fedris s'est fait connaître non seulement par les canaux professionnels prévus (conseillers en prévention, brochures sur le lieu de travail, etc.), mais aussi par le « bouche à oreille » (famille, accompagnateurs de personnes victimes de burn-out). L'orientation par le biais de trois acteurs / points d'entrée est suffisante et suffisamment accessible pour que tout travailleur appartenant au groupe cible puisse accéder au programme.

La majorité des participants au projet pilote étaient des femmes d'un âge médian de 44 ans et au niveau d'éducation supérieur. Le secteur des hôpitaux et des soins de santé est avant tout un secteur féminin, mais ces caractéristiques sont très similaires à celles des participants à d'autres interventions sur le burn-out. Dans leur examen de 16 études, Perski et al. (2017) rapportent que l'âge moyen des participants se situait entre 39,5 et 46 ans, que les femmes étaient surreprésentées et qu'elles avaient un niveau d'éducation moyen à élevé. En 2018, Dreison et al., dans leur méta-analyse de 35 ans de recherche sur le burn-out chez les professionnels de la santé mentale, brossent un tableau similaire. La majorité des participants étaient des femmes (70,6 %), de race blanche (72,7 %) et titulaires d'un diplôme (59,7 %). Les disciplines les plus courantes étaient les infirmières (44,1 %) et les thérapeutes (34,7 %). Des observations similaires peuvent également être trouvées dans l'étude de De Simone et al. de 2021. Selon le Vlaamse Werkbaarheidsmonitor, il n'y a pas de différence dans le burn-out en fonction au niveau d'instruction des travailleurs, mais il y a une différence en fonction du sexe, de l'âge et de la profession: la proportion des travailleurs présentant des symptômes de burn-out est plus faible chez les hommes, dans le groupe d'âge de moins de 30 ans et plus élevée dans le secteur de l'éducation et des soins (Sociaal-Economische Raad van Vlaanderen, 2022).

EFFICACITE DE LA PRISE EN CHARGE

L'efficacité du trajet de prise en charge sur la santé mentale est démontrée tant sur le niveau de burn-out que sur les scores de dépression, d'anxiété et de stress. Pour toutes ces mesures, on observe une diminution significative après la prise en charge. Il est également intéressant de noter que les diminutions constatées après la prise en charge se maintiennent 3 à 6 mois après la fin de celle-ci.

Quel que soit le moment du test, les participants du secteur bancaire ont un score de burn-out (BAT) plus élevé que les participants du secteur hospitalier et de soins. On constate aussi que les participants FR ont un score de dépression et de stress plus élevé que les participants NL. Ces résultats sont en accord avec ceux de l'enquête Sciensano 2018 sur la santé mentale (Gisle et al., 2020) selon lesquels les habitants de la Flandre sont en meilleure posture que les Bruxellois et les Wallons quels que soient les troubles envisagés (dépression, anxiété, comportements alimentaires ou suicidaires). On observe aussi que les femmes manifestent un niveau d'anxiété plus élevé que les hommes. La même enquête Sciensano de 2018 (Gisle et al., 2020) appuie également ces résultats en montrant qu'il existe des inégalités de genre dans la distribution des troubles de la santé mentale examinés au sein de la population, les femmes étant plus souvent affectées que les hommes. Selon Mensah (2018), la différence serait due à une ségrégation sociétale homme-femme et à une différence de secteur de travail. Hommes et femmes ne seraient pas exposés aux mêmes niveaux de stress car ils n'exercent pas les mêmes jobs, ils ne sont pas perçus et traités de la même manière dans la société et ils n'ont pas accès aux mêmes conditions de travail. Enfin, pour le stade du burn-out, on constate, au niveau inter-sujets, que le niveau de dépression et d'anxiété est plus faible pour les participants diagnostiqués en stade 1 de burn-out. L'état de santé physique et psychologique auto-évalué s'améliore (augmente) de manière significative après la prise en charge. Il est également intéressant de noter que les améliorations observées après le traitement se maintiennent 3 à 6 mois après la fin du trajet de prise en charge.

Il est difficile de trouver des points de comparaison dans la littérature tant les méthodologies de prise en charge sont différentes d'une étude à l'autre. Ahola et al. (2017) font état d'un petit nombre d'études sur l'efficacité de la prise en charge mais soulignent surtout l'hétérogénéité des méthodologies utilisées. Pijpker et al. (2019) relèvent que la plupart de ce type d'études décrivent seulement de façon très générale la méthodologie des interventions mises en place, ce qui permet difficilement de les comparer. Toutefois, nous pouvons dire que, globalement, ces résultats positifs sont cohérents par rapport à la littérature scientifique. Par exemple, Corbière et ses collègues (2019) soulignent les effets positifs de la thérapie ou du suivi médical dans leur scoping review sur la réintégration au travail des travailleurs en arrêt de travail en raison de troubles mentaux communs (dont les troubles liés au stress chez les travailleurs). Les auteurs s'accordent aussi pour dire que les interventions combinées (focalisées à la fois sur l'individu et l'organisation), ont un impact positif plus important sur le burn-out et présentent des effets positifs qui se maintiennent davantage dans le temps. Westermann et al. (2014) mettent en évidence que les interventions combinées (et organisationnelles) ont un effet à long terme sur le burn-out (de l'ordre de plus d'un an). Awa et al. (2010) rejoignent cet avis en soulignant que les interventions combinées ont des effets positifs sur le burn-out et que ces effets se prolongent dans le temps. Le programme Fedris

se définissait au départ comme une intervention combinée à travers la possibilité pour le participant d'activer la demande d'une réunion multidisciplinaire pour adapter/aménager ses conditions de travail. Ce module spécifique n'a été activé que par un seul participant. Nous constatons cependant dans les résultats que plus de 60% des participants ont répondu à la question portant sur leur satisfaction de la dynamique de la réunion multidisciplinaire, ce qui nous fait penser que des mécanismes informels se sont mis en place. Il est possible que les séances de clinique du travail, où l'intervenant burn-out aide le travailleur à réfléchir à des solutions centrées sur son travail et prépare le travailleur à discuter de ses conditions de travail avec les acteurs de prévention ou de l'entreprise concernés, aient stimulé des démarches actives mais informelles des participants en ce sens.

Nous avons également évalué l'efficacité de la prise en charge à travers les améliorations ressenties après la prise en charge au niveau du bien-être général, du bien-être au travail, de la facilité à effectuer les tâches, du sommeil, de la qualité de vie et de la conciliation vie privée-vie professionnelle. Les participants sont en moyenne d'accord voire tout à fait d'accord sur l'amélioration de ces aspects après leur prise en charge. Ces résultats positifs se maintiennent entre le post-test 1 et le post-test 2, soit entre 3 et 6 mois après la fin de la prise en charge. Quel que soit le moment du test, les participants de plus de 55 ans obtiennent un degré d'accord plus élevé que les 35-55 ans sur l'amélioration de la qualité de vie. Ces résultats sont convergents avec les résultats de l'enquête EUROFOUND 2015 (p.188) selon lesquels, on observe que plus le répondant avance en âge, plus l'impact négatif du travail sur la santé est ressenti, sauf pour les travailleurs de plus de 55 ans encore actifs. Ceci peut s'expliquer selon les auteurs par le 'healthy worker effect' soutenant l'idée que les travailleurs plus âgés encore actifs sont ceux qui bénéficient de conditions de travail positives et qui ressentent peu d'impacts de leurs conditions de travail sur leur santé. De toute évidence, il semble que la réflexion sur les politiques de gestion des âges doit se maintenir au sein des environnements de travail. Par ailleurs, les 7 participants en contrat à durée déterminée (CDD) tous issus du secteur des soins de santé, perçoivent une amélioration plus importante de leur bien-être général, de leur bien-être au travail et de la facilité à réaliser leurs tâches que les participants en CDI ou les statutaires. Ce résultat pourrait s'expliquer par le fait que les participants en CDD et en souffrance au travail ont plus de facilités et moins de contraintes légales que les CDI/statutaires à changer d'environnement de travail plutôt que d'essayer de négocier une adaptation de leurs conditions de travail.

Pour conclure, ces résultats rejoignent le constat de Maslach et Leiter (2016) selon lequel les interventions visant à diminuer les demandes au travail combinées à des améliorations au niveau des stratégies de récupération (à travers un meilleur sommeil, des exercices physiques et une meilleure alimentation) ont un effet direct sur la fatigue liée au burn-out. Le fait de combiner une réflexion sur la réalité du travail (séances de clinique du travail) avec des séances de psychoéducation pourrait expliquer en partie les résultats observés.

CONSOMMATION DE SOINS

Les améliorations signalées par les participants après le trajet, tant en termes de bien-être général que de sommeil, de qualité de vie et d'équilibre entre vie professionnelle et vie privée (cf. supra), se reflètent dans leur consommation de soins de santé. Le nombre de consultations avec les différents collaborateurs actifs dans le domaine des soins de santé, pendant et après le trajet, diminue par rapport au nombre de contacts avant le début du trajet. Il en va de même pour le nombre d'examens médicaux et la prise de médicaments (à l'exception des antidépresseurs). Avant le trajet, plus de 80 % consultent le médecin généraliste et plus de 50 % le médecin du travail et/ou un spécialiste. Après le trajet, ce nombre diminue considérablement : 34,5 % pour le médecin généraliste, 21,2 % pour le médecin du travail et 26,2 % pour un autre prestataire de soins de santé. Ces données ne sont pas inattendues ou exceptionnelles car le travailleur se sent d'abord épuisé et présente divers problèmes de santé pour lesquels il cherche une cause et / ou un traitement. Des examens médicaux sont effectués (essentiellement une prise de sang et une imagerie) pour établir un diagnostic différentiel. Les participants inaptes au travail consultent davantage que ceux qui travaillent encore: ce premier groupe peut être touché par des plaintes plus nombreuses et plus graves, mais il a également besoin d'un certificat de maladie (dans le cadre d'une absence légitime) et doit s'adresser à un médecin pour ce faire. Les prestataires de soins de santé les plus fréquemment consultés, outre le médecin généraliste, sont le psychologue, le kinésithérapeute, le coach et le psychiatre. Pendant le trajet d'accompagnement, Fedris travaille en effet en collaboration avec des psychologues et médecins, en tant qu'accompagnateurs des personnes victimes de burn-out, et en collaboration avec des kinésithérapeutes, en tant qu'accompagnateurs individuels.

Aucune différence dans la consommation de soins de santé n'est observée en fonction du secteur, du sexe ou du stade de burn-out.

Il existe cependant une différence importante entre les participants francophones et néerlandophones: les francophones utilisent davantage les services de santé et prennent plus de médicaments, en particulier des tranquillisants. Cette différence est cohérente avec les résultats de l'enquête Sciensano 2018 sur la santé mentale en Région flamande, à Bruxelles et en Région wallonne, évoqués plus haut (Gisle et al., 2020). Les travailleurs plus âgés (>45 ans) consultent également plus souvent des médecins généralistes et prennent plus de médicaments. En effet, avec l'âge, le risque de maladie chronique augmente et un traitement médicamenteux est souvent mis en place.

Dans l'étude épidémiologique auprès de prestataires de soins de santé suisses ayant dans leur patientèle des personnes souffrant de burn-out (Plys et al., 2022), seuls 14,6 % ont eu recours à des analyses ou mesures biologiques pour affiner leur « diagnostic », telles que le cortisol salivaire ou sanguin (19,5 %), les marqueurs inflammatoires (43,7%) et la variabilité de la fréquence cardiaque (35,5 %).

Les principales formes de thérapies prescrites étaient un congé de maladie (80,2 %), un traitement médicamenteux (67,9 %) et une réduction du niveau d'activité (49,8 %). Les médicaments les plus souvent prescrits étaient les antidépresseurs, suivis par les tranquillisants et les somnifères. Cependant, dans le cadre de la discussion, il a été mentionné qu'au lieu d'une thérapie médicamenteuse, il serait préférable de prescrire un autre type de thérapie ou une thérapie combinée (p.ex. intervention psychologique, psychoéducation, relaxation, ...), mais qu'il y a des temps d'attente chez les psychologues et que les personnes à faibles revenus ne peuvent pas se permettre ces séances, ce qui fait des médicaments une solution « facile ». En moyenne, l'absentéisme ou l'absentéisme cumulé pour cause de burn-out était d'environ 5 mois.

Les lignes directrices sur le burn-out d'EBM Practice Net (basées à l'origine sur une ligne directrice finlandaise Duodecim et adaptées au contexte belge des soins de santé en 2017) et de l'Association néerlandaise des médecins généralistes (2018) recommandent de prescrire un congé de maladie de 2 à 3 semaines en cas de fatigue grave. Du fait que la fatigue et l'épuisement sont au centre du problème et que la capacité fonctionnelle est entravée, il est nécessaire d'octroyer un repos au travailleur. Durant cette période, le but est que le travailleur puisse se reposer; il ne doit cependant pas être laissé tranquille. Un accompagnement activant et de soutien est alors nécessaire pour structurer les problèmes et chercher des solutions, en collaboration avec le travailleur/patient et son entourage. La reprise des activités telles que le travail a du sens si le travailleur/patient dispose de solutions concrètes. Normalement, le travailleur / patient peut à nouveau fonctionner dans les 3 mois. Si le travailleur ne se sent toujours pas capable de travailler après 4-6 semaines, davantage de soutien est nécessaire ainsi que le recours à d'autres spécialistes.

L'utilisation de médicaments par les participants au projet pilote est en contradiction avec les lignes directrices susmentionnées, dans lesquelles les médicaments pour le burn-out ne sont pas recommandés, car leur efficacité pour traiter le burn-out n'a pas été démontrée. Lors des consultations (chez le généraliste), il arrive cependant que, durant la première période d'absence au travail en raison de plaintes psychiques et en cas de troubles graves du sommeil, on ait brièvement recours à des benzodiazépines (somnifères) pour traiter les problèmes de sommeil et l'agitation, ainsi qu'à des médicaments symptomatiques pour soigner les plaintes physiques fonctionnelles, comme la douleur et les plaintes gastro-intestinales.

Contrairement aux Pays-Bas et à la Belgique, le Réseau Suisse d'experts sur le burn-out (SEB), lui, préconise un traitement médicamenteux dans ses recommandations thérapeutiques (Hochstrassera et al., 2016). Il s'agit principalement d'antidépresseurs pour traiter la dépression comorbide et de médicaments sédatifs pour rétablir le sommeil.

SATISFACTION DES PARTICIPANTS A PROPOS DU TRAJET DE PRISE EN CHARGE

Concernant les aspects de logistique du trajet de prise en charge, un pourcentage très élevé de participants se dit satisfait et tout à fait satisfait sur les aspects de proximité, de facilité d'accès et d'adaptabilité des locaux de la prise en charge. Sachant que près de 90% des participants ont été pris en charge par un ou deux intervenants, on constate qu'un pourcentage très élevé de participants sont satisfaits et tout à fait satisfaits sur les aspects de logistique concernant les prestations de leurs intervenants, en termes de facilité de prise de rendez-vous, de flexibilité des plages horaires, de ponctualité et de coordination du BOTP. Les participants sont, pour la plupart, satisfaits ou très satisfaits des séances de leur intervenant.

Concernant le contenu du trajet de prise en charge, plus de 90% des participants sont satisfaits ou très satisfaits du nombre de séances, de la diversité des séances proposées, de la modularité ou du degré de personnalisation de l'offre qui leur était proposée ainsi que de la durée du trajet de prise en charge. Concernant les explications données à propos du trajet de prise en charge, plus de 95% sont satisfaits ou très satisfaits de celles données par l'intervenant BO contre près de 90% pour celles données par Fedris. Enfin, en ce qui concerne la dynamique de la réunion pluridisciplinaire, globalement près de 80% des participants en sont satisfaits ou très satisfaits.

On constate que, dans 80% des cas, un psychologue est intervenu seul dans la prise en charge du participant. Son action était couplée avec celle d'un kinésithérapeute ou médecin dans 16% et 2% des cas, respectivement. Plus de 80% des participants sont satisfaits ou très satisfaits de la possibilité de prise en charge par plusieurs professionnels de la santé.

Près de 75% des participants accordent une note d'évaluation globale du programme de prise en charge de plus de 8 sur 10 (on atteint près de 90% si on considère une note de plus de 7 sur 10). En moyenne, l'évaluation globale s'élève à 8.01 sur 10 (avec un écart-type de 1.79). Il n'y a pas de différence significative de l'évaluation globale de la prise en charge selon le nombre d'intervenants impliqués dans la prise en charge. Près de 95% des participants recommanderaient ce trajet de prise en charge à d'autres. Un peu plus de 75% des participants n'ont pas éprouvé le besoin de continuer le suivi avec leur intervenant BO ou leur intervenant séances individuelles.

PERCEPTION DE LA SITUATION ACTUELLE (POST-TEST 1)

S'agissant de l'organisation du travail, on constate que près de 60% des participants estiment que l'entreprise n'a pas pris conscience du problème au niveau collectif ; près de 80% qu'il n'y a pas eu de changement dans le style de management ; près de 65% qu'il n'y a pas eu davantage d'actions pour le bien-être et plus de 75% qu'il n'y a pas eu davantage de support matériel. Nos résultats sont donc plus mitigés sur les actions liées à l'organisation du travail. Pourtant, la littérature souligne le rôle positif des actions sur l'organisation pour lutter contre le burn-out. Les études de Kärkkäinen et al. (2017, 2018a, 2018b) montrent que les adaptations du travail sont bénéfiques. Dans la scoping review de Corbière et al. (2019) portant sur la réintégration au travail après un arrêt de travail pour les troubles liés au stress, la plupart des articles suggèrent que les ressources nécessaires (matérielles et humaines) nécessitent d'être déployées. Au niveau belge, l'avis n° 2330 du Conseil National du Travail (CNT)

(https://cnt-nar.be/fr/dossiers-thematiques/burn-out) concernant les projets-pilotes en matière de prévention primaire du burn-out (initiés dans le cadre de l'exécution de l'accord-interprofessionnel 2017-2018 et en étroite coopération avec le SPF Emploi) souligne « combien il est important, parallèlement aux interventions axées sur les ressources individuelles permettant de faire face à des situations professionnelles difficiles, de s'atteler à changer le contexte et les circonstances organisationnels ». Le CNT confirme les principes suivants comme bonnes pratiques pour la prévention primaire du burn-out : (1) une approche large, pluridisciplinaire, orientée à la fois sur l'individu et sur l'organisation, (2) la nécessité d'une approche participative soutenue à la fois par l'employeur/le management et les travailleurs, (3) une approche soutenue par les organes de concertation conformément à leurs compétences respectives, (4) une approche intégrée de manière structurelle dans la politique stratégique de l'organisation à plus long terme. Il faudrait donc, selon ces principes, sensibiliser et inciter davantage les organisations à réfléchir à la prévention primaire et à remettre en question et améliorer le contenu des emplois, les circonstances de travail, les conditions de travail, les relations de travail et l'organisation du travail.

De plus, les articles soulignent que l'employeur ou le HR doit assurer les modifications de travail et leur implémentation. Cependant, Bastien et Corbière (2019) expliquent que les managers ont tendance à surtout se focaliser sur des aspects strictement liés aux aspects du travail (horaire et modifications des tâches) plutôt que de se focaliser sur des actions visant à réduire les risques psychosociaux (stress, conflits, manque de support social, etc.). Il serait donc utile que le CPAP puisse assurer un suivi après le trajet de prise en charge en conseillant le management sur les interventions spécifiques aux risques psychosociaux.

Le module « Réunion multidisciplinaire » de notre trajet de prise en charge n'a néanmoins pas été activé ou demandé par le participant, mais près de 80% des participants sont satisfaits ou très satisfaits de la dynamique de cette réunion. Il est donc vraisemblable que la réflexion sur l'adaptation ou aménagement des conditions de travail du participant avec des acteurs de la prévention ou de l'entreprise se soit déroulée de manière informelle, sans activer la proposition de Fedris d'une réunion multidisciplinaire avec levée de l'anonymat

Ceci rejoint le constat de Pijpker et al. (2019) selon lequel, dans une revue systémique de la littérature portant sur les interventions combinées destinées à réduire le burn-out et à promouvoir le retour au travail, l'implication des employés dans la prise de décision, l'amélioration de leur job control et du support social ainsi que la diminution des stresseurs expliquent l'efficacité de ces interventions.

Concernant la relation avec la hiérarchie, les avis sont partagés. Entre 45 et 50% des participants pensent qu'il n'y a pas eu d'amélioration tandis que les autres participants rapportent une amélioration. Les avis sont plus positifs pour la relation avec les collègues puisque près de 75% des participants perçoivent une amélioration de ce type de relation. Selon Hämmig (2017), le manque de soutien du superviseur est un facteur de risque concernant le bien-être au travail. Etuknwa (2019) et de Vries et al. (2017) soulignent l'importance du soutien des collègues et du superviseur lors de la réintégration au travail. Une étude allemande sur la réintégration au travail après une crise (Schroder et al., 2022) menée par BAuA, une institution similaire à Fedris, va

encore plus loin dans la réflexion. Une des conclusions porte sur le fait que « toutes les personnes interrogées bénéficient d'un soutien social très probablement de la part de collègues, un peu moins de la part de leurs supérieurs et encore moins de la part de l'entreprise », ce qui rejoint assez bien nos résultats. L'étude va plus loin en mettant en évidence que les personnes ayant des stratégies d'adaptation axées sur les connaissances bénéficient davantage du soutien social de leurs collègues, ainsi que de leurs supérieurs et le perçoivent positivement par rapport à celles qui reviennent avec d'autres stratégies d'adaptation. Ceci met en évidence l'importance et l'impact différencié selon l'accompagnement individuel afin de maximiser les apports des ressources organisationnelles.

Ces résultats nous suggèrent donc d'une part de réfléchir à la manière de sensibiliser et de former davantage le management de proximité à ces aspects. On peut à ce sujet se référer au référentiel sur les compétences managériales relatives aux risques psychosociaux de Yarker et al. (2008, voir aussi SPF Emploi, Travail et Concertation Sociale, 2017). Et d'autre part, il s'agira de proposer un suivi par le CPAP pendant ou après la fin du trajet de prise en charge pour optimaliser la prise en charge des risques psychosociaux mis en évidence.

S'agissant de leur propre rapport au travail, plus de 65% des participants approuvent le fait de percevoir plus d'aspects positifs dans leur travail, près de 90% aussi le fait d'avoir pris de la distance vis-à-vis du travail et plus de 80% finalement le fait d'avoir aujourd'hui des attentes plus réalistes par rapport au travail. Ces résultats positifs sont aussi soutenus par la littérature. Plusieurs études, dont celles de Karkkainen et al. (2017) et Gragnano et al. (2017), font état du fait qu'un rapport au travail positif semble être porteur dans la réintégration au travail. Dans une méta-analyse, Etuknwa et al. (2019) soutiennent qu'une attitude positive vis-à-vis du travail permet une réintégration durable. À contrario, de Vries et al. (2017) rapportent qu'un mauvais rapport au travail est délétère.

Stegmann et al. (2021), toujours dans l'étude menée par BAuA en Allemagne, vont plus loin en intégrant les ressources personnelles comme levier pour stimuler la réussite de la réintégration au travail. Selon ces auteurs, dans l'ensemble, le retour au travail peut être compris comme un processus cohérent et continu. Un retour au travail réussi et durable peut être décrit comme un processus axé sur les ressources. Dans cette étude, l'auto-efficacité semble être une ressource centrale pendant le retour au travail. Les travailleurs réussissent leur retour s'ils recherchent activement de l'aide et adoptent une attitude d'ouverture d'esprit envers la coopération, en appliquant une interaction positive (coping prosocial). Les résultats de l'étude vont aussi montrer que les personnes qui axeront leur stratégie d'adaptation sur les connaissances atteignent plus souvent un niveau élevé de travail et de performance après six mois et ont un meilleur résultat sur le long terme que les autres stratégies d'adaptation.

EMPLOI ET AJUSTEMENT DES POSTES DE TRAVAIL

Avant le début du trajet d'accompagnement, seuls 45 % des participants avaient un emploi, dont un peu moins de la moitié à temps partiel. L'emploi a augmenté après le trajet d'accompagnement pour atteindre environ 80 %, mais la moitié des personnes concernées - en particulier les femmes - ne travaillent toujours qu'à temps partiel. Ces résultats positifs d'augmentation de l'emploi sont conformes à d'autres études (Pijpker et al., 2019 ; Perski et al., 2017 ; Ahola et al., 2017). Toutes les études ne font toutefois pas état d'une augmentation de l'emploi et ces résultats peuvent s'expliquer par des différences dans la durée et l'intensité des interventions, les populations étudiées, la période de suivi, etc.

Quelque 88 % des participants sont restés employés par le même employeur et un peu plus de 70 % au même poste de travail. L'employeur n'a procédé à des ajustements que dans 30 % des cas, principalement pour les travailleurs plus âgés (>45 ans). Il s'agit en grande partie d'aménagements d'horaire et de mutations de travailleurs vers un autre service.

45 % des travailleurs ont également pris eux-mêmes des mesures, notamment après avoir été orientés par le médecin du travail ou le CPAP. Comme dans les interventions réussies décrites dans la revue de Perski et al. (2017), ces participants ont reçu des conseils d'amélioration ciblés par le biais de contacts avec le(s) conseiller(s) en prévention et, en suivant le trajet d'accompagnement, ont acquis les compétences nécessaires pour engager un dialogue à ce sujet avec leur employeur/supérieur hiérarchique ou leurs collègues. Une réduction du temps de travail et un changement de fonction ont été mis en œuvre dans la plupart des situations. Des changements sont aussi intervenus dans leur style d'adaptation, leur résilience et leur comportement, et ces travailleurs ont fixé davantage de limites, tant en termes de contenu de l'ensemble des tâches que de temps de travail.

Bien que les changements opérés par l'employeur, d'une part, et par le travailleur, d'autre part, aient un impact bénéfique sur le (ré)emploi, ils ne sont pas encore, selon la littérature scientifique, suffisants pour avoir un impact généralisé et durable. Comme décrit dans la section ci-dessus, une politique de bien-être participative et préventive doit être poursuivie, en mettant l'accent sur des interventions individuelles et organisationnelles.

CARACTERISTIQUES DU PROGRAMME DE PRISE EN CHARGE

En moyenne, le nombre total de séance s'élève à 12.41 (12.81 dans le secteur bancaire et 12.29 dans le secteur hospitalier et de soins), avec en moyenne 3.69 séances de clinique du travail ; 2.45 séances de psychoéducation (starter kit) ; 4.35 séances individuelles ; 1.32 séances de suivi et 0.46 séance de réorientation. Le trajet comporte donc un peu plus de 6 séances en moyenne avec son intervenant burn-out et près de 4 séances avec son intervenant séances individuelles pour une approche psychocorporelle ou cognitivo-émotionnelle. Entre 2 et 3 séances de psychoéducation sont aussi sollicitées. Très peu de séances ont été annulées. Près de 74% des participants ont suivi un trajet de prise en charge complet tandis que seulement 26% l'ont interrompu.

Il est intéressant de constater une diversité en ce qui concerne l'ordre des différents types de séances proposés. Néanmoins, la première séance est majoritairement une séance de clinique du travail (dans plus de 80% des cas) ou une séance de psychoéducation. La dernière séance est, assez logiquement, une séance de suivi dans près de 60% des cas.

Une très grande majorité des séances de clinique du travail et des séances individuelles a été organisée de manière individuelle, ce qui semble logique et était attendu par l'équipe projet. Au niveau des séances de psychoéducation (starter kit), le choix du collectif s'élève à 27% des cas dans le secteur bancaire contre 12% des cas dans le secteur hospitalier et de soins. Cela semble justifié dans la mesure où le contenu des séances de psychoéducation se prête bien à des séances en groupe.

ASPECTS DE DIAGNOSTIC ET PERTINENCE DU TRAJET DE PRISE EN CHARGE
(sur base des données du rapport final de l'intervenant BO)

Après la prise en charge, dans près de 90% des cas, le diagnostic initial de burn-out est confirmé et moins de 3% des intervenants estiment nécessaire de corriger le diagnostic pour un « non-burn-out ». Près de 70% des cas sont confirmés en stade 1 ou 2 de burn-out tandis que moins de 10% sont confirmés en stade 3 de burn-out. On reste donc bien, dans la majorité des cas, dans le cadre de la prévention secondaire. Enfin, on constate que 70% des cas concernent une problématique de burn-out dont le lien avec le travail est prépondérant.

Plus particulièrement, dans la majorité des cas (à savoir plus de 80%), le burn-out est bien le trouble principal à l'origine de la symptomatologie. Dans 5% des cas, l'intervenant pense, après la prise en charge, que le burn-out est à l'origine d'autres troubles psychologiques et, dans 12% des cas, que le burn-out est la conséquence de difficultés ou de troubles antérieurs.

Concernant l'évolution de la symptomatologie du burn-out après la prise en charge, dans plus de 75% des cas, le diagnostic du burn-out n'est plus d'actualité pour le participant après la prise en charge. Parmi les 24% pour qui le BO est toujours présent, plus de 65% se trouvent en stade 1 du BO, 24% en stade 2 et moins de 10% en stade 3. Dans près de 95% des cas, la symptomatologie s'est améliorée et, dans près de 80% des cas, d'autres difficultés psychologiques ne sont pas apparues. Enfin, pour 93% des cas, le BOTP était adapté pour le travailleur.

Le fait que les travailleurs souffrant de burn-out soient au travail est également constaté dans d'autres études. Selon Ahola et al. (2017), le burn-out n'est pas un phénomène stable ; il diminue avec le temps et la majorité des patients continuent à travailler. Dans le contexte du retour au travail et de la réintégration, il n'est pas nécessaire que les travailleurs soient pleinement aptes à reprendre le travail. Plusieurs études dans le domaine de la psychologie du travail (Schaufeli & Bakker, 2013) ont montré que l'emploi contribuait à la santé. Le travail agit comme un « médicament » et on parle même d'« ergothérapie ». Cela peut être associé au fait de jouer un rôle actif et d'apporter une contribution utile à la société, ce qui a un impact positif sur l'estime de soi.

Finalement, notre analyse des résultats permet de conclure que l'efficacité du programme de prise en charge de ce projet-pilote est vérifiée avec, comme point d'attention, la nécessité de travailler les aspects qui permettraient de maximiser la probabilité d'une évolution/adaptation des conditions de travail. On peut aussi conclure que tous les modules prévus dans ce trajet de prise en charge ont leur utilité. Cela rejoint les conclusions de Maslach et Leiter (2016) selon lesquels les recommandations les plus répandues concernant le traitement et la prévention du burn-out reprennent les éléments suivants : (1) Changer le modèle de travail (moins travailler, prendre plus de pauses, etc.), (2) Développer des stratégies de coping (résolution de conflits, gestion du temps, etc.), (3) Obtenir un support social (des collègues et de la famille), (4) Utiliser des techniques de relaxation, (5) Promouvoir une bonne santé et (6) Développer une meilleure compréhension de soi (via de la thérapie, des techniques auto-analytiques, etc.). Le projet-pilote tel que conçu permet d'englober ces différentes recommandations.

14. FORCES ET FAIBLESSES

La plupart des études sur la prévention et le traitement du burn-out sont à petite échelle et présentent une courte période de suivi. Ce projet pilote longitudinal suit un large échantillon de « centaines » de travailleurs sur une longue période. Les résultats présentés ici concernent 223 participants auprès desquels des données ont été recueillies à trois moments, à savoir avant le début du trajet d'accompagnement (pré-test), juste après le trajet (qui a une durée maximale de 9 mois, post-test 1) et trois à six mois après le trajet (post-test 2). Lors de ces trois moments de mesure, des indicateurs de burn-out, de stress, de dépression et d'anxiété ont été étudiés à l'aide de questionnaires validés (par exemple, OLBI, DASS, BAT), ainsi que des données relatives à la capacité / l'incapacité de travail, aux adaptations du travail et à la consommation de soins de santé. Juste après le trajet, les participants et les intervenants (accompagnateurs de personnes victimes de burn-out, conseillers en prévention, ...) sont également évalués sur la base de leur satisfaction par rapport au programme d'intervention proposé, aussi bien en termes de contenu que de nombre de séances, d'organisation pratique, etc. En plus de la collecte de données en ligne, des évaluations cliniques ont lieu et des rapports sont rédigés par les accompagnateurs de personnes victimes de burn-out. Ces accompagnateurs doivent répondre à des critères bien définis, tant en termes de formation que d'expérience avec les patients souffrant de burn-out.

L'intervention proposée est basée sur une revue de la littérature scientifique et des entretiens avec des experts. Le programme comprend à la fois des interventions individuelles ciblées et des actions axées sur l'organisation, dans la mesure où une approche combinée produit les meilleurs résultats. Une des limites du projet pilote est que l'intervention organisationnelle, à savoir la réunion multidisciplinaire, a failli ne pas avoir lieu. Toutefois, les données recueillies permettent de déduire que des interventions axées sur l'organisation ont eu lieu de manière informelle au cours du projet pilote.

Un biais de sélection a pu se produire parce que Fedris propose et finance le programme. Les travailleurs qui ne veulent pas que l'employeur, les collègues, les conseillers en prévention soient au courant de leur état de santé (burn-out) ne participent pas au projet et / ou à la réunion et cherchent un accueil et un accompagnement en dehors du travail et de ce programme.

Parmi les autres limites, citons le fait que seuls les travailleurs des secteurs bancaire et hospitalier / des soins de santé ont été inclus dans le projet pilote. La question de savoir si le trajet a également des effets positifs sur le burn-out et l'emploi dans d'autres secteurs doit faire l'objet d'un examen plus approfondi. La dernière collecte de données a eu lieu trois à six mois après le trajet, mais pour parler d'un effet durable, d'autres mesures de suivi sont nécessaires, par exemple après un an, deux ans, etc.

Le projet pilote était ciblé sur la prévention secondaire du burn-out, à savoir les travailleurs aux premiers stades de l'épuisement et encore au travail ou qui ne sont en congé de maladie que depuis peu (max. 2 mois). La question de savoir si le programme d'intervention est efficace pour les personnes présentant des symptômes plus graves ou qui sont en congé de maladie pour de plus longues périodes (prévention tertiaire) doit être étudiée séparément. L'évolution naturelle du burn-out n'est pas entièrement connue et il est possible que les symptômes s'atténuent spontanément. Comme il n'y a pas de groupe de contrôle, nous ne pouvons faire aucune déclaration à ce sujet.

Le projet a démarré en janvier 2019 : le monde et les travailleurs ont été confrontés à la pandémie de COVID-19 à partir de mars 2020. De nombreuses personnes ont développé des problèmes de santé physique et mentale. Le programme a été étendu pour inclure un module de crise COVID, mais seulement 4 personnes sur 223 ont participé à ces séances supplémentaires. Ce nombre est trop faible pour que l'on puisse se prononcer à ce sujet.

15. RECOMMANDATIONS

- En raison de la différence de fournisseur d'informations et de référent entre les deux langues nationales, il convient de continuer à informer les travailleurs et les prestataires de soins de santé par d'autres canaux, afin d'accroître la possibilité de participation au projet. Les hommes et les femmes, dans les trois langues nationales, de tous les groupes d'âge et de tous les niveaux d'éducation, devraient avoir la possibilité de participer au programme d'accompagnement. Une campagne d'appel et de sensibilisation soutenue est nécessaire, car les prestataires de soins de santé nouvellement diplômés et les travailleurs entrant sur le marché du travail ne sont sans doute pas au courant du projet, ou ne le sont pas suffisamment.

- L'accès actuel au programme d'intervention doit être maintenu car le système par étapes fonctionne efficacement: d'abord l'orientation par le médecin du travail, le CPAP ou le médecin traitant, et ensuite un diagnostic clinique avec le psychologue (via l'anamnèse, les questionnaires, l'exclusion d'autres causes). On peut se demander si la troisième étape (la vérification du diagnostic et du stade du burn-out par les psychologues de Fedris) doit également être maintenue. Cette inspection / vérification supplémentaire crée une charge de travail supplémentaire pour les fonctionnaires de Fedris, mais comme il est actuellement difficile d'établir des critères objectifs clairs pour diagnostiquer le burn-out, cette troisième étape reste nécessaire.

- L'efficacité du programme a été vérifiée, à travers une confirmation mixte des effets tant au niveau d'échelles auto-rapportées sur la santé psychologique et physique ou d'améliorations ressenties qu'au niveau de variables plus objectives sur la consommation des soins de santé et des médicaments ou encore sur l'évolution de la situation d'emploi des participants, par exemple. On constate aussi un maintien des effets dans le temps couplé à une satisfaction élevée des participants sur l'organisation du trajet de prise en charge et son contenu, le fait que les participants ont changé leur propre rapport au travail, etc. Ces résultats tendent à conseiller un élargissement des populations-cibles et le passage à un programme de prévention. Un défi majeur pour Fedris sera donc de définir la méthodologie pour acter de l'exposition professionnelle et de cibler les bénéficiaires d'un tel programme.

- Cela étant, nous observons un résultat moins positif sur l'impact au niveau de l'organisation du travail. Les avis des participants sont plus mitigés à ce sujet ou, du moins, démontrent une variabilité inter-individuelle importante dans les niveaux de satisfaction. Ce constat nous permet de rappeler l'importance de la prévention primaire mais aussi de la sensibilisation des organisations et des managers en particulier. Une approche intégrée est réellement nécessaire: prévention primaire, secondaire et tertiaire.

- Pour rappel, en moyenne, le nombre total de séances s'élève à 12.41. Plus intéressant, on constate que 187 participants (soit 83,9%) ont bénéficié d'un nombre de séances variant de 8 à 18. Par ailleurs, le nombre moyen de séances par module du trajet de prise en charge s'élève en moyenne à 3.69 séances de clinique du travail (IBO) ; 2.45 séances de psychoéducation (starter kit) (IBO ou ISI) ; 4.35 séances individuelles ; 1.32 séances de suivi (IBO) et 0.46 séance de réorientation (IBO). Le trajet moyen comporte donc un peu plus de 6 séances en moyenne avec son IBO et près de 4 séances avec son ISI pour une approche psychocorporelle ou cognitivo-émotionnelle. Entre 2 et 3 séances de psychoéducation sont aussi sollicitées. Ces analyses nous permettent ainsi de formuler la proposition suivante. Sachant qu'en psychothérapie, le patient a tendance à mettre fin à la thérapie lorsque les gains atteignent un niveau suffisant (Stiles et al., 2015), nous suggérons une approche flexible selon les besoins du participant au BOTP, sur base de maximum 18 sessions à choisir parmi la gamme ci-dessous :

  - Maximum 2 séances de diagnostic (+si nécessaire, une séance de débriefing ou de réorientation en cas de refus pour le BOTP Fedris),
  - Maximum 4 séances de clinique du travail,
  - Maximum 3 séances de « Start kit »,
  - Maximum 7 séances individuelles,
  - Maximum 2 séances de réorientation,
  - Maximum 2 séances de suivi.

Dans les statistiques du projet-pilote (Annexe 17.9), on constate que les 2 séances de réorientation ne sont utilisées que par 21,1% des participants, la plupart ne les utilisent pas (72,2%). Ces séances sont néanmoins utiles pour certains participants, lorsque les alternatives d'emploi doivent être envisagées. Force est de constater que la plupart des participants en stade précoce de burn-out ont plutôt la volonté de trouver une solution de maintien dans leur propre emploi.

Par ailleurs, dans les statistiques du projet-pilote (Annexe 17.9), on constate que les 2 séances de suivi ne sont utilisées que par 58,7% des participants (les autres ne les utilisant pas ou utilisent une seule séance. Ces séances de suivi et éventuellement de concertation avec le médecin du travail sont importantes car après le trajet, 80% des participants sont au travail mais pour la plupart, à temps partiel, et ce, même après 3-6 mois. Ces séances de suivi pourraient être utiles pour faciliter le retour au travail à temps plein. On sait par ailleurs que 23,6% des participants restent en diagnostic de burn-out après la prise en charge (pour 66,7% d'entre eux en stade 1 de burn-out). Globalement, leurs symptômes d'épuisement professionnel ont diminué mais en quelque sorte, ils ne sont pas encore « à 100% » et les séances de suivi pourraient être utiles pour réfléchir le maintien au travail à plus long terme. Pour ce, les actions à mettre en place sont souvent préparées avec l'intervenant burn-out mais aussi décidées en concertation avec le salarié, le médecin du travail et les différents acteurs du milieu de travail.

- Notre BOTP a été conçu pour la prévention secondaire, c'est-à-dire pour des travailleurs en stade précoce de burn-out, toujours au travail ou absents depuis moins de 2 mois. On peut se poser la question de sa pertinence pour la prévention tertiaire. Pour ce type de prévention, l'EBM nous conseille une dynamique temporelle quelque peu différente avec, notamment, une phase de repos en début de processus d'intervention pour permettre à la personne de se reposer et de récupérer de l'énergie. Il serait aussi nécessaire, pour la prévention tertiaire, de se focaliser plus longuement sur la préparation du retour au travail, la réintégration et la qualité du retour au travail.

- La réunion multidisciplinaire « formelle » n'a pas été activée par les participants. Nous constatons cependant dans les résultats que plus de 60% des participants ont répondu à la question portant sur leur satisfaction de la dynamique de la réunion multidisciplinaire, ce qui nous fait penser que des mécanismes informels se sont mis en place. On peut se demander si la levée de l'anonymat est le seul frein à ces réticences. Le caractère formel de la démarche avec l'implication de nombreux acteurs de la prévention et de l'entreprise intervient certainement aussi. Une approche moins formelle pourrait être proposée car considérée comme moins 'exposante' : pas de « réunion officielle » mais plutôt une conversation spontanée, une consultation avec seulement 1 ou 2 personnes choisie(s) par le participant, puis un élargissement en fonction de la demande du participant. Le BOTP tel que prévu s'appuyait sur l'importance d'une approche mixte. Ici, on peut considérer que l'approche mixte a été mise en place si on accepte que les séances de clinique du travail questionnent le travail et amènent une réflexion sur une possible adaptation ou un possible aménagement des conditions de travail. Il est en effet possible que les séances de clinique du travail, où

l'intervenant burn-out aide le travailleur à réfléchir à des solutions centrées sur son travail et prépare le travailleur à discuter de ses conditions de travail avec les acteurs de prévention ou de l'entreprise concernés, aient stimulé des démarches actives mais informelles des participants en ce sens.

- Il est aussi nécessaire de continuer à collecter des données ainsi que développer et publier des analyses statistiques sur les données actuelles (et futures). Nous disposons d'un fichier de données de plus de 1000 variables qui pourrait faire l'objet d'études spécifiques. Nous pensons, par exemple, à des études sur la symptomatologie du burn-out, à une étude approfondie de la spécificité de certains modules du BOTP sur nos outcomes (santé mentale et physique, améliorations ressenties, consommation des soins médicaux, etc.) ou encore aux aspects psychosociaux rapportés ayant le plus d'impact sur ces mêmes outcomes. Au-delà des statistiques, il serait également intéressant de se pencher, à travers une recherche qualitative, sur l'analyse des pratiques des intervenants burn-out et des intervenants séances individuelles, tant au niveau du diagnostic que des techniques d'intervention, à travers respectivement le rapport de diagnostic et le rapport final demandés à ces professionnels de la santé.

16. Bibliographie

Ahola, K., Toppinen-Tanner, S., & Seppänen, J. (2017). Interventions to alleviate burnout symptoms and to support return to work among employees with burnout: Systematic review and meta-analysis. *Burnout Research*, *4*, 1–11. https://doi.org/10.1016/j.burn.2017.02.001

Awa, W. L., Plaumann, M., & Walter, U. (2010). Burnout prevention: a review of intervention programs. *Patient education and counseling*, *78*(2), 184–190. https://doi.org/10.1016/j.pec.2009.04.008

Bastien, M. F., & Corbière, M. (2019). Return-to-work following depression: what work accommodations do employers and human resources directors put in place?. *Journal of Occupational Rehabilitation, 29*, 423-432.

Ebpracticenet.be (2018). Burnout richtlijn. Duodecim Publishing Company Ltd. Gescreend door ebpracticenet. Ebsources | Ebpracticenet (ebpnet.be)

Corbière, M., Mazaniello-Chézol, M., Bastien, M. F., Wathieu, E., Bouchard, R., Panaccio, A., Guay, S., & Lecomte, T. (2019). Stakeholders' Role and Actions in the Return-to-Work Process of Workers on Sick-Leave Due to Common Mental Disorders: A Scoping Review. *Journal of Occupational Rehabilitation*, *30*(3), 381-419. https://doi.org/10.1007/s10926-019-09861-2

DeChant, P. F., Acs, A., Rhee, K. B., Boulanger, T. S., Snowdon, J. L., Tutty, M. A., Sinsky, C. A., & Thomas Craig, K. J. (2019). Effect of Organization-Directed Workplace Interventions on Physician Burnout: A Systematic Review. Mayo Clinic proceedings. *Innovations, quality & outcomes, 3*(4), 384–408. https://doi.org/10.1016/j.mayocpiqo.2019.07.006

De Simone, S., Vargas, M. & Servillo, G. (2021). Organizational strategies to reduce physician burnout: a systematic review and meta-analysis. *Aging Clin Exp Res* 33, 883–894. https://doi.org/10.1007/s40520-019-01368-3

De Vries, H., Fishta, A., Weikert, B., Rodriguez Sanchez, A., & Wegewitz, U. (2017). Determinants of Sickness Absence and Return to Work Among Employees with Common Mental Disorders: A Scoping Review. *Journal of Occupational Rehabilitation, 28*(3), 393-417. https://doi.org/10.1007/s10926-017-9730-1

Dreison, K. C., Luther, L., Bonfils, K. A., Sliter, M. T., McGrew, J. H., & Salyers, M. P. (2018). Job burnout in mental health providers: A meta-analysis of 35 years of intervention research. *Journal of occupational health psychology*, *23*(1), 18–30. https://doi.org/10.1037/ocp0000047

Etuknwa, A., Daniels, K., & Eib, C. (2019). Sustainable Return to Work: A Systematic Review Focusing on Personal and Social Factors. *Journal of Occupational Rehabilitation, 29*(4), 679-700. https://doi.org/10.1007/s10926-019-09832-7

Gisle, L., Drieskens, S., Demarest, S. & Van der Heyden, J. (2020). *Enquête Sciensano. Epidémiologie et santé publique - Mode de vie et maladies chroniques. Santé mentale HIS 2018.* Bruxelles : Belgique. https://www.sciensano.be/en/biblio/enquete-de-sante-2018-sante-mentale-principaux-resultats

Gragnano, A., Negrini, A., Miglioretti, M., & Corbière, M. (2018). Common psychosocial factors predicting return to work after common mental disorders, cardiovascular diseases, and cancers: a review of reviews supporting a cross-disease approach. *Journal of occupational rehabilitation, 28*, 215-231.

Hämmig, O. (2017). Health and well-being at work: The key role of supervisor support. *SSM-Population Health, 3*, 393-402. https://doi.org/10.1016/j.ssmph.2017.04.002

Hochstrassera B, Brühlmannb T, Cattapanc K, Hättenschwilerd J, Holsboer-Trachslere E, Kawohlf W, et al., editors. (2016). Le traitement du burnout, partie 2: recommandations pratiques. Forum Médical Suisse; EMH Media.

Kärkkäinen, R., Saaranen, T., Hiltunen, S., Ryynänen, O.P., & Räsänen, K. (2017). Systematic review: Factors associated with return to work in burnout. *Occupational Medicine, 67*(6), 461–468. https://doi.org/10.1093/occmed/kqx093

Kärkkäinen, R., Saaranen, T., & Räsänen, K. (2018a). Occupational health care return-to-work practices for workers with job burnout. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy, 26*(3), 194-204. https://doi.org/10.1080/11038128.2018.1441322

Kärkkäinen, R., Saaranen, T., & Räsänen, K. (2018b). Return-to-work Coordinators' Practices for Workers with Burnout. *Journal of Occupational Rehabilitation, 29*(6), 493-502. https://doi.org/10.1007/s10926-018-9810-x

Maslach, C., & Leiter, M.P. (2016). Understanding the burnout experience: recent research and its implications for psychiatry. *World Psychiatry, 15*(2), 103-111. https://doi.org/10.1002/wps.20311

Mensah, A. (2021). Job Stress and Mental Well-Being among Working Men and Women in Europe: The Mediating Role of Social Support. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 18(5), 2494*. doi: 10.3390/ijerph18052494.

Nederlands Huisartsen Genootschap richtlijn Overspanning en burn-out. (2018). NHG-werkgroep Van Avendonk M, Oeij S, Seeleman J, Starmans R, Terluin B, Wewerinke A, Wiersma Tj. Overspanning en burn-out | NHG-Richtlijnen

Perski, O., Grossi, G., Perski, A., & Niemi, M. (2017). A systematic review and meta-analysis of tertiary interventions in clinical burnout. *Scandinavian Journal of Psychology*, *58*(6), 551–561. https://doi.org/10.1111/sjop.12398

Pijpker, R., Vaandrager, L., Veen, E. J., & Koelen, M. A. (2019). Combined Interventions to Reduce Burnout Complaints and Promote Return to Work: A Systematic Review of Effectiveness and Mediators of Change. *International journal of environmental research and public health*, *17*(1), 55. https://doi.org/10.3390/ijerph17010055

Plys E., Al-Gobari M., Farine A., Shoman Y., Rochat L., Talpain O., Blanc S., Weissbrodt R., Saillant S., Rota F., Droz N., Wahlen A., & Guseva Canu I. (2022). Prise en charge des personnes en burnout en Suisse : Résultats de l'étude épidémiologique auprès des professionnels de la santé. Lausanne, Unisanté – Centre universitaire de médecine générale et santé publique. (Raisons de santé 337). https://doi.org/10.16908/issn.1660-7104/337

Schaufeli, W., & Bakker, A. (2013). *De psychologie van arbeid en gezondheid* (3 ed.). Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.

SPF Emploi, Travail et Concertation Sociale (2017). *Managers de proximité: bien-faire et bien-être au travail. Guide de formation aux risques psychosociaux*. Bruxelles, Belgique : SPF Emploi, Travail et Concertation Sociale. Le guide est uniquement disponible en téléchargement: Managers de proximité: bien-faire et bien-être au travail. Guide de Formation aux risques psychosociaux (PDF, 874 KB).

Stegmann, R., Schulz, I.L.,& Schroder, U.B. (2021). *Psychische Erkrankungen in der Arbeitswelt: Betriebliche Wiedereingliederung aus der Perspektive der Zurückkehrenden.* BAuA, Project F 2386: Germany.

Stiles, W.B., Barkham, M., & Wheeler, S. (2015). Duration of psychological therapy: relation to recovery and improvement rates in UK routine practice. *The British Journal of Psychiatry, 207*, 115–122. doi: 10.1192/bjp.bp.114.145565

Schroder, U.B., Stegmann, R., Schulz, I.L., & Wegewitz, U. (2022). *Psychische Krisen : Biografische Deutungen, Bewältigungsstrategien und der Einfluss auf den Return to Work Prozess.* BAuA – Germany.

Sociaal-Economische Raad van Vlaanderen. (2022). Burn-out. Analyse van de werksituatie van werknemers en zelfstandige ondernemers met burn-outsymptomen. Brussel: SERV. SERV_Raad_20220523_burnout_StIA_RAP.pdf

Westermann, C., Kozak, A., Harling, M., & Nienhaus, A. (2014). Burnout intervention studies for inpatient elderly care nursing staff: systematic literature review. *International journal of nursing studies*, *51*(1), 63–71. https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2012.12.001

Yarker, J., Lewis, R., & Donaldsofeilder, E. (2008). *Management competencies for preventing and reducing stress at work. Identifying and developing the management behaviors necessary to implement the HSE Management Standards: Phase two*. Prepared by Goldsmiths, University of London for the HSE.

17. Annexes

17.1 Annexe relative au point 1 « Variables descriptives »

Temps de mesure répondus	N	%
Pré-test	581	46.7
Pré-test + Post-test 1	89	7.2
Pré-test + Post-test 1 + Post-test 2	223	17.9
Autres	350	28.2
TOTAL	1243	100

Echantillon 3 temps de mesure (N = 223)

Secteur d'activité	N	%
Secteur bancaire	49	22
Secteur hospitalier et de soins	174	78
TOTAL	223	100

		Secteur				TOTAL	
		Secteur bancaire		Secteur hospitalier et de soins			
		N	%	N	%	N	%
Sexe	Femme	28	57.1	151	86.8	179	80.3
	Homme	21	42.9	23	13.2	44	19.7
TOTAL		49	100	174	100	223	100

		Secteur				TOTAL	
		Secteur bancaire		Secteur hospitalier et de soins			
		N	%	N	%	N	%
Langue	Français	16	32.7	53	30.5	69	30.9
	Néerlandais	33	67.3	121	69.5	154	69.1
TOTAL		49	100	174	100	223	100

		Secteur				TOTAL	
		Secteur bancaire		Secteur hospitalier et de soins			
		N	%	N	%	N	%
AGE	Moins de 35 ans	4	8.2	44	25.3	48	21.5
	Entre 35 et 45	14	28.6	55	31.6	69	30.9
	Entre 46 et 55	24	49.0	50	28.7	74	33.2
	Plus de 55 ans	7	14.3	25	14.4	32	14.3
TOTAL		49	100	174	100	223	100

		Secteur				TOTAL	
		Secteur bancaire		Secteur hospitalier et de soins			
		N	%	N	%	N	%
Province	Anvers	1	2.0	32	18.4	33	14.8
	Brabant Flamand	0	0	29	16.7	29	13.0
	Brabant Wallon	0	0	7	4.0	7	3.1
	Bruxelles-Capitale	40	81.6	7	4.0	47	21.1
	Flandre Occidentale	1	2.0	21	12.1	22	9.9
	Flandre Orientale	5	10.2	19	10.9	24	10.8
	Hainaut	0	0.0	6	3.4	6	2.7
	Liège	0	0.0	5	2.9	5	2.2
	Limbourg	1	2.0	18	10.3	19	8.5
	Namur	1	2.0	30	17.2	31	13.9
TOTAL		49	100	174	100	223	100

Échantillon ayant participé au pré-test et post-test 1 (N = 312)

Secteur d'activité	N	%
Secteur bancaire	74	23.7
Secteur hospitalier et de soins	238	76.3
TOTAL	312	100

		Secteur				TOTAL	
		Secteur bancaire		Secteur hospitalier et de soins			
		N	%	N	%	N	%
Sexe	Femme	43	58.1	205	86.1	248	79.5
	Homme	31	41.9	33	13.9	64	20.5
TOTAL		74	100	238	100	312	100

		Secteur				TOTAL	
		Secteur bancaire		Secteur hospitalier et de soins			
		N	%	N	%	N	%
Langue	Français	26	35.1	73	30.7	99	31.7
	Néerlandais	48	64.9	165	69.3	213	68.3
TOTAL		74	100	238	100	312	100

		Secteur				TOTAL	
		Secteur bancaire		Secteur hospitalier et de soins			
		N	%	N	%	N	%
AGE	Moins de 35 ans	8	10.8	60	25.2	68	21.8
	Entre 35 et 45	19	25.7	73	30.7	92	29.5
	Entre 46 et 55	36	48.6	70	29.4	106	34.0
	Plus de 55 ans	11	14.9	35	14.7	46	14.7
TOTAL		74	100	238	100	312	100

		Secteur				TOTAL	
		Secteur bancaire		Secteur hospitalier et de soins			
		N	%	N	%	N	%
Province	Anvers	3	4.1	42	17.6	45	14.4
	Brabant Flamand	0	0	41	17.2	41	13.1
	Brabant Wallon	0	0	7	2.9	7	2.2
	Bruxelles-Capitale	63	85.1	13	5.5	76	24.4
	Flandre Occidentale	1	1.4	29	12.2	30	9.6
	Flandre Orientale	5	6.8	26	10.9	31	9.9
	Hainaut	0	0	7	2.9	7	2.2
	Liège	0	0	6	2.5	6	1.9
	Limbourg	1	1.4	25	10.5	26	8.3
	Namur	1	1.4	42	17.6	43	13.8
TOTAL		74	100	238	100	312	100

Échantillon ayant au moins participé au pré-test (N = 893)

Secteur d'activité	N	%
Secteur bancaire	220	24.6
Secteur hospitalier et de soins	673	75.4
TOTAL	893	100

		Secteur				TOTAL	
		Secteur bancaire		Secteur hospitalier et de soins			
		N	%	N	%	N	%
Sexe	Femme	140	63.6	593	88.1	733	82.1
	Homme	80	36.4	80	11.9	160	17.9
TOTAL		220	100	673	100	893	100

		Secteur				TOTAL	
		Secteur bancaire		Secteur hospitalier et de soins			
		N	%	N	%	N	%
Langue	Français	65	29.5	201	29.9	266	29.8
	Néerlandais	155	70.5	472	70.1	627	70.2
TOTAL		220	100	673	100	893	100

		Secteur				TOTAL	
		Secteur bancaire		Secteur hospitalier et de soins			
		N	%	N	%	N	%
AGE	Moins de 35 ans	20	9.1	169	25.1	189	21.2
	Entre 35 et 45	64	29.1	232	34.5	296	33.1
	Entre 46 et 55	98	44.5	190	28.2	288	32.3
	Plus de 55 ans	38	17.3	82	12.2	120	13.4
TOTAL		220	100	673	100	893	100

		Secteur				TOTAL	
		Secteur bancaire		Secteur hospitalier et de soins			
		N	%	N	%	N	%
Province	Anvers	7	3.2	93	13.8	100	11.2
	Brabant Flamand	6	2.7	122	18.1	128	14.3
	Brabant Wallon	0	0	17	2.5	17	1.9
	Bruxelles-Capitale	180	81.8	35	5.2	215	24.1
	Flandre Occidentale	4	1.8	58	8.6	62	6.9
	Flandre Orientale	20	9.1	98	14.6	118	13.2
	Hainaut	0	0	19	2.8	19	2.1
	Liège	0	0	22	3.3	22	2.5
	Limbourg	2	0.9	91	13.5	93	10.4
	Luxembourg	0	0	1	0.1	1	0.1
	Namur	1	0.5	117	17.4	118	13.2
TOTAL		220	100	673	100	893	100

Télétravail en fonction du diplôme

			PRE - Activité actuelle					
			Temps plein	Temps partiel	Pause carrière	Arrêt maladie	Autre	Total
PRE - Niveau d'étude	Secondaire supérieur	N	2	3	0	16	2	23
	Secondaire supérieur général	N	2	2	0	2	1	7
	Graduat/Bachelier	N	30	33	1	74	3	141
	Licence/Master	N	17	9	0	22	0	48
	Doctorat	N	2	1	0	1	0	4
Total			53	48	1	115	6	223

17.2 Annexe relative au point 2 « Fournisseur d'informations et référent »

Caractéristiques sociodémographiques et professionnelles des participants par type de référent (N = 223)

		Référent							
		CPAP		Médecin du travail		Médecin traitant		Total	
		N	%	N	%	N	%	N	%
Sexe(p = 0,119)	Homme	11	22,4	15	14,2	18	26,5	44	19,7
	Femme	38	77,6	91	85,8	50	73,5	179	80,3
	Total	49	100,0	106	100,0	68	100,0	223	100,0
Éducation (p=0,845)	Enseignement secondaire inférieur	0	0	3	2,8	0	0	3	1,3
	Secondaire supérieur TBK	6	12,2	9	8,5	5	7,4	20	9
	Enseignement secondaire supérieur général	0	0	6	5,7	1	1,5	7	3,1
	Graduat / Bachelier	32	65,3	69	65,1	40	58,8	141	63,2
	Licence / Maîtrise	10	20,4	18	17,0	20	29,4	48	21,5
	Doctorat	1	2	1	0,9	2	2,9	4	1,8
	Total	49	100,0	106	100,0	68	100,0	223	100,0
Secteur (p<0,001)	Secteur hospitalier	40	81,6	92	86,6	42	62,1	174	78,3
	Secteur bancaire	9	18,4	14	13,2	26	37,9	49	21,7
	Total	49	100,0	106	100,0	68	100,0	223	100,0
Langue (*p* < ,001)	Français	30	61,2	13	12,3	26	38,2	69	30,9
	Néerlandais	19	38,8	93	87,7	42	61,8	154	69,1
	Total	49	100,0	106	100,0	68	100,0	223	100,0
Âge(*p* = ,381)	≤45 ans	30	61,2	53	50,0	34	50,0	117	52,5
	>45 ans	19	38,8	53	50,0	34	50,0	106	47,5
	Total	49	100,0	106	100,0	68	100,0	223	100,0
Type de contrat (*p* = ,711)	Durée déterminée	1	2	3	2,8	3	4,4	7	3,1
	Durée indéterminée	45	91,8	95	89,6	63	92,6	203	91,0
	Statutaire	3	6,1	8	7,5	2	2,9	12	5,8
	Total	49	100,0	106	100,0	68	100,0	223	100,0

Ancienneté (*p* = ,252)	0-1 an	5		6		4		15	
	1,5 - 5 ans	10		28		20		58	
	6 - 10 ans	8		22		10		40	
	11 - 20 ans	20		22		20		62	
	21 - 30 ans	4		19		6		29	
	31 - 40 ans	2		9		8		19	
	Total	49	100,0	106	100,0	68	100,0	223	100,0
Horaire (*p* = ,438)	Fixe	21	42,9	50	47,2	37	54,4	108	48,4
	Variable	28	57,1	56	52,8	31	45,6	115	51,6
	Total	49	100,0	106	100,0	68	100,0	223	100,0
Jour / nuit (*p* = ,242)	Jour	36	73,5	79	75,2	55	80,9	170	76,6
	Nuit	2	4,1	0	0	2	2,9	4	1,8
	Jour et nuit	11	22,4	26	24,8	11	16,2	48	21,6
	Total	49	100,0	105	100,0	68	100,0	223	100,0
Stade de burn-out (*p* = ,899)	1	13	27,1	21	21,4	14	22,2	48	23,0
	2	28	58,3	66	67,3	43	68,3	137	65,5
	3-4	7	14,6	11	11,2	6	9,5	24	11,5
	Total	48	100,0	98	100,0	24	100,0	209	100,0
Emploi (*p* = ,140)	Temps plein	16	32,7	25	23,6	12	17,6	53	23,8
	Temps partiel	10	20,4	27	25,5	11	16,2	48	21,5
	Maladie	21	42,9	49	46,2	45	66,2	115	51,6
	Interruption	0	0	1	0,9	0	0	1	0,4
	Autres	2	4,1	4	3,8	0	0	6	2,7
	Total	49	100,0	106	100,0	68	100,0	223	100,0

17.3 Annexe relative au point 3 « Efficacité du trajet de prise en charge en ce qui concerne la santé mentale »

Analyses de variance à mesures répétées (3 temps de mesure) en différenciant l'âge, la langue, le genre, le type de contrat et le stade du burn-out.

Santé mentale X Âge

	Âge (en années) (PRE_SD6_RECOD)	Moyenne Pré-test	Moyenne Post-test1	Moyenne Post-test2	Test des effets	*F*(ddl)	P	Sign.
Burn-out (OLBI)	- de 35	63.37	51.50	51.70	Intrasujets	99.57 (1.81 ; 257.16)	$p < .001$	***
	35 – 45	61.96	52.39	50.87				
	46 – 55	63.35	52.98	53.16	Intersujets	0.99 (3 ; 142)	$p = .398$	/
	+ de 55	63.03	55.99	55.74				
	TOTAL	62.86	52.84	52.42				
Burn-out (BAT)	- de 35	3.27	2.52	2.42	Intrasujets	83.80 (1.66 ; 121.26)	$p < .001$	***
	35 – 45	3.36	2.52	2.51				
	46 – 55	3.16	2.46	2.33	Intersujets	0.690 (3 ; 73)	$p = .561$	/
	+ de 55	3.56	2.66	2.54				
	TOTAL	3.29	2.51	2.43				
Dépression (DASS)	- de 35	21.63	8.41	9.71	Intrasujets	134.12 (1.82 ; 393.69)	$p < .001$	***
	35 – 45	21.41	11.48	11.27				
	46 – 55	18.70	9.91	9.80	Intersujets	0.867 (3 ; 216)	$p = .459$	/
	+ de 55	20.00	9.24	8.34				
	TOTAL	20.36	9.97	10.05				
Anxiété (DASS)	- de 35	18.00	7.92	8.37	Intrasujets	110.21 (1.81 ; 393.87)	$p < .001$	***
	35 – 45	19.35	10.50	9.86				
	46 – 55	15.27	8.12	8.45	Intersujets	2.450 (3 ; 218)	$p = .065$	/
	+ de 55	15.93	6.20	6.67				
	TOTAL	17.21	8.54	8.62				
Stress (DASS)	- de 35	27.58	14.21	14.67	Intrasujets	159.48 (1.91 ; 412.69)	$p < .001$	***
	35 – 45	27.85	14.97	15.32				
	46 – 55	25.49	14.12	13.38	Intersujets	0.988 (3 ; 216)	$p = .399$	/
	+ de 55	25.43	13.31	12.47				
	TOTAL	26.67	14.29	14.14				
/ = NS ; * = <0.05 ; ** <0.01 ; *** <0.001								

Santé mentale X Langue

	Langue (LANG)	Moyenne Pré-test	Moyenne Post-test1	Moyenne Post-test2	Test des effets	*F*(ddl)	P	Sign.
Burn-out (OLBI)	Français	63.11	53.92	52.58	Intrasujets	113.98 (1.80 ; 269.51)	$p < .001$	***
	Néerlandais	62.61	52.04	52.06	Intersujets	0.60 (1 ; 150)	$p = .439$	/
	TOTAL	62.76	52.60	52.21				
Burn-out (BAT)	Français	3.21	2.60	2.54	Intrasujets	74.07 (1.78 ; 143.93)	$p < .001$	***
	Néerlandais	3.31	2.43	2.33	Intersujets	0.44 (1 ; 81)	$p = .509$	/
	TOTAL	3.28	2.48	2.39				
Dépression (DASS)	Français	24.14	12.14	12.45	Intrasujets	142.10 (1.79 ; 409.17)	$p < .001$	***
	Néerlandais	18.66	8.65	8.59	Intersujets	15.10 (1 ; 227)	$p < .001$	***
	TOTAL	20.36	9.73	9.79				
Anxiété (DASS)	Français	18.39	9.21	8.85	Intrasujets	112.91 (1.79 ; 404.69)	$p < .001$	***
	Néerlandais	16.53	7.89	8.24	Intersujets	1.53 (1 ; 229)	$p = .217$	/
	TOTAL	17.10	8.30	8.43				
Stress (DASS)	Français	29.21	16.53	15.04	Intrasujets	173.95 (1.88 ; 426.37)	$p < .001$	***
	Néerlandais	25.65	12.82	13.28	Intersujets	8.22 (1 ; 227)	$p = .005$	**
	TOTAL	26.76	13.97	13.83				

/ = NS ; * = < .05 ; ** < .01 ; *** < .001

Santé mentale X Genre

	Genre (PRE_SD7)	Moyenne Pré-test	Moyenne Post-test1	Moyenne Post-test2	Test des effets	*F*(ddl)	P	Sign.
Burn-out (OLBI)	Homme	62.17	52.11	50.87	Intrasujets	76.54 (1.80 ; 269.61)	$p < .001$	***
	Femme	62.87	52.69	52.46	Intersujets	0.38 (1 ; 150)	$p = .375$	/
	TOTAL	62.76	52.60	52.21				
Burn-out (BAT)	Homme	3.12	2.42	2.34	Intrasujets	43.74 (1.76 ; 142.24)	$p < .001$	***
	Femme	3.30	2.49	2.39	Intersujets	0.33 (1 ; 81)	$p = .569$	/
	TOTAL	3.28	2.48	2.39				
Dépression (DASS)	Homme	21.51	11.64	9.15	Intrasujets	102.93 (1.78 ; 403.36)	$p < .001$	***
	Femme	20.08	9.26	9.95	Intersujets	0.58 (1 ; 227)	$p = .447$	/
	TOTAL	20.36	9.73	9.79				
Anxiété (DASS)	Homme	14.09	7.60	6.19	Intrasujets	70.16 (1.78 ; 408.49)	$p < .001$	***
	Femme	17.83	8.47	8.97	Intersujets	4.37 (1 ; 229)	$p = .038$	*
	TOTAL	17.10	8.30	8.43				
Stress (DASS)	Homme	24.98	13.31	11.78	Intrasujets	122.11 (1.88 ; 426.86)	$p < .001$	***
	Femme	27.19	14.13	14.33	Intersujets	2.26 (1 ; 227)	$p = .134$	/
	TOTAL	26.76	13.97	13.83				
/ = NS ; * = < .05 ; ** < .01 ; *** < .001								

Santé mentale X Type de contrat

	Type de contrat (PRE_T2)	Moyenne Pré-test	Moyenne Post-test1	Moyenne Post-test2	Test des effets	*F*(ddl)	P	Sign.
Burn-out (OLBI)	CDD	62.78	46.66	42.84	Intrasujets	41.88 (1.81 ; 269.04)	*p* < .001	***
	CDI	62.87	52.72	52.59				
	Statutaire	61.20	54.49	52.73	Intersujets	1.68 (2 ; 149)	*p* = .190	/
	TOTAL	62.76	52.60	52.21				
Burn-out (BAT)	CDD	2.54	2.10	1.76	Intrasujets	13.76 (1.75 ; 140.26)	*p* < .001	***
	CDI	3.30	2.48	2.39				
	Statutaire	3.25	2.54	2.50	Intersujets	1.13 (2 ; 80)	*p* = .329	/
	TOTAL	3.28	2.48	2.39				
Dépression (DASS)	CDD	22.86	7.43	6.57	Intrasujets	25.21 (1.80 ; 407.34)	*p* < .001	***
	CDI	20.46	9.53	9.67				
	Statutaire	17.38	14.15	13.38	Intersujets	0.35 (2 ; 226)	*p* = .702	/
	TOTAL	20.36	9.73	9.79				
Anxiété (DASS)	CDD	15.14	6.86	7.43	Intrasujets	16.78 (1.79 ; 407.67)	*p* < .001	***
	CDI	17.12	8.09	8.28				
	Statutaire	17.85	12.46	11.38	Intersujets	1.05 (2 ; 228)	*p* = .352	/
	TOTAL	17.10	8.30	8.43				
Stress (DASS)	CDD	28.86	13.14	15.43	Intrasujets	30.06 (1.89 ; 426.27)	*p* < .001	***
	CDI	26.72	13.74	13.53				
	Statutaire	26.15	18.15	17.69	Intersujets	0.84 (2 ; 226)	*p* = .433	/
	TOTAL	26.76	13.97	13.83				
/ = NS ; * = < .05 ; ** < .01 ; *** < .001								

Santé mentale X Stade du burn-out

	Stade du burn-out (STAF2CM)	Moyenne Pré-test	Moyenne Post-test1	Moyenne Post-test2	Test des effets	*F*(ddl)	P	Sign.
Burn-out (OLBI)	Stade 1	61.49	52.88	52.22	Intrasujets	41.82 (1.91 ; 243.96)	$p < .001$	***
	Stade 2	63.67	53.65	53.18				
	Stade 3	61.89	51.73	50.20	Intersujets	0.77 (2 ; 128)	$p = .467$	/
	TOTAL	62.94	53.32	52.74				
Burn-out (BAT)	Stade 1	3.40	2.66	2.56	Intrasujets	29.06 (1.64 ; 104.61)	$p < .001$	***
	Stade 2	3.28	2.53	2.49				
	Stade 3	2.72	1.92	1.87	Intersujets	2.48 (2 ; 64)	$p = .092$	/
	TOTAL	3.28	2.53	2.47				
Dépression (DASS)	Stade 1[a]	15.91	8.04	8.82	Intrasujets	68.78 (1.82 ; 353.02)	$p < .001$	***
	Stade 2[a]	21.73	11.01	10.43				
	Stade 3	23.47	9.20	9.33	Intersujets	3.55 (2 ; 194)	$p = .031$	*
	TOTAL	20.48	10.16	9.96				
Anxiété (DASS)	Stade 1[a]	13.96	6.77	6.81	Intrasujets	50.26 (1.75 ; 343.06)	$p < .001$	***
	Stade 2[a]	18.49	9.54	9.02				
	Stade 3	16.80	7.07	7.73	Intersujets	3.84 (2 ; 196)	$p = .023$	*
	TOTAL	17.29	8.70	8.40				
Stress (DASS)	Stade 1	24.51	13.74	13.06	Intrasujets	79.19 (1.90 ; 369.04)	$p < .001$	***
	Stade 2	27.43	15.11	14.31				
	Stade 3	27.60	12.27	14.27	Intersujets	1.10 (2 ; 194)	$p = .335$	/
	TOTAL	26.75	14.57	14.01				

/ = NS ; * = < .05 ; ** < .01 ; *** < .001- [ab] différences post-hoc

17.4 Annexe relative au point 3 « Efficacité du trajet de prise en charge en ce qui concerne la santé mentale » : normes

NORMES OLBI (Scores standardisés)
https://emploi.belgique.be/sites/default/files/content/documents/Bien-être%20au%20travail/Projets%20de%20recherche/burnout2019_annexes_rapport_recherche.pdf

	OLBI
Faible	Moins de 40
Modéré	Entre 40 et 60
Elevé	Plus de 60

NORMES BAT (*Manual BAT - Version 2.0, Table 66, p. 113)*
https://burn-outassessmenttool.be/wp-content/uploads/2020/08/User-Manual-BAT-version-2.0.pdf

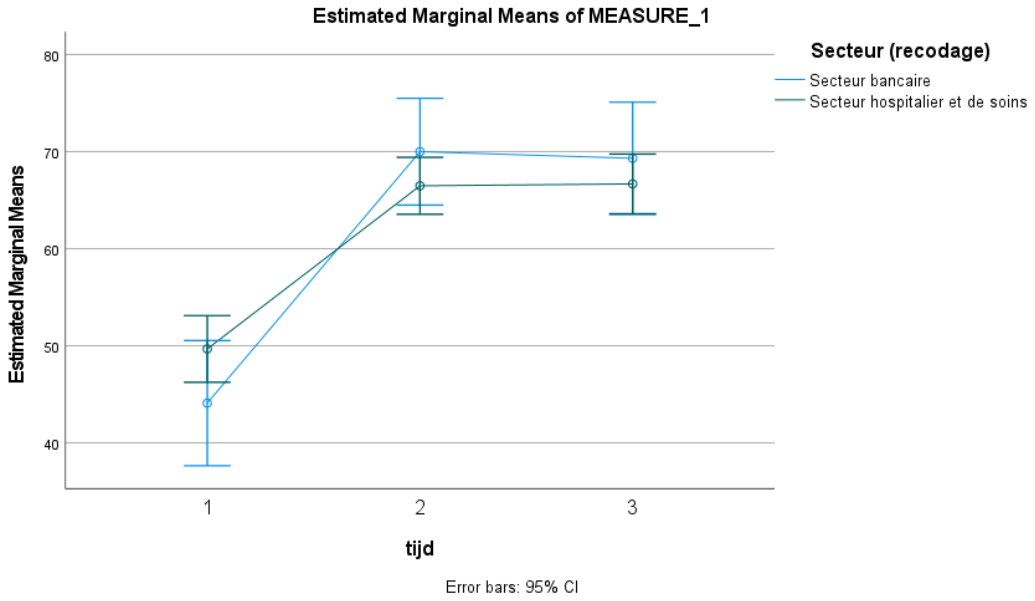
		Scores				
		UIT	DIS	ECO	CCO	TOT
	Score vert : « En bonne santé »	1 – 3.05	1 – 2.49	1 – 2.09	1 – 2.69	1 – 2.58
	Score orange : « Risque d'épuisement professionnel »	3.06 – 3.3	2.5 – 3.29	2.1 – 2.89	2.7 – 3.09	2.59 – 3.01
	Score rouge : « Risque élevé d'épuisement professionnel »	3.31 – 5	3.3 – 5	2.9 – 5	3.1 – 5	3.02 – 5

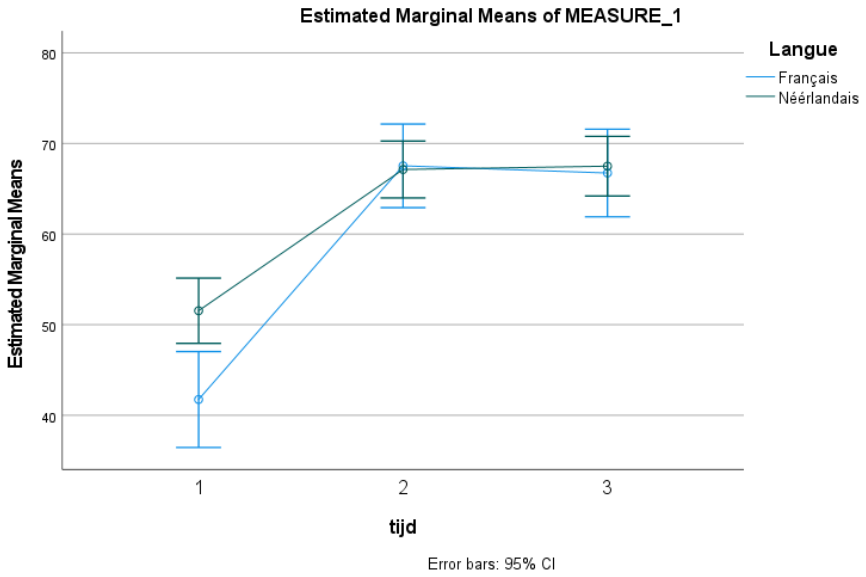
NORMES DASS
Lovibond, S.H. & Lovibond, P.F. (1995). Manual for the Depression Anxiety & Stress Scales. (2nd Ed.)Sydney: Psychology Foundation

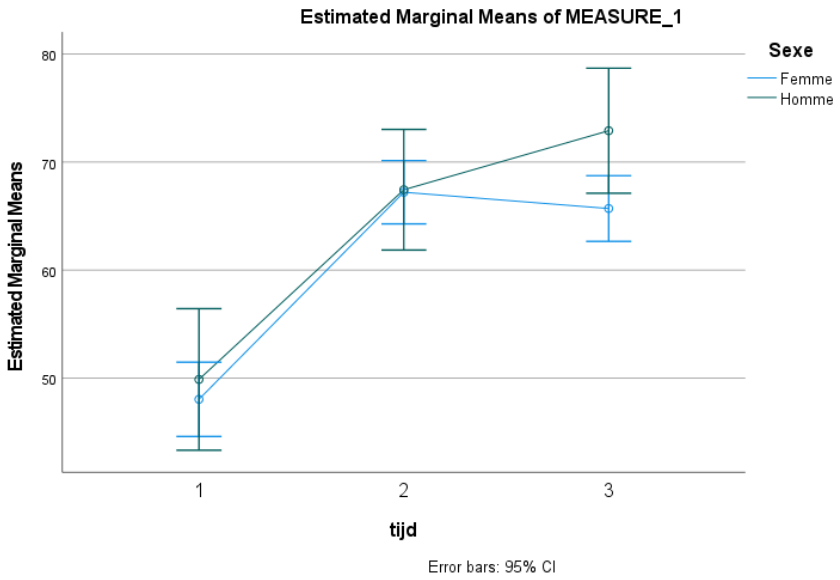
	Dépression	Anxiété	Stress
Normal	0-9	0-7	0-14
Léger	10-13	8-9	15-18
Modéré	14-20	10-14	19-25
Sévère	21-27	15-19	26-33
Extrêmement sévère	28+	20+	34+

17.5 Annexe relative au point 4 « État de santé autodéclaré (physique et psychologique) »

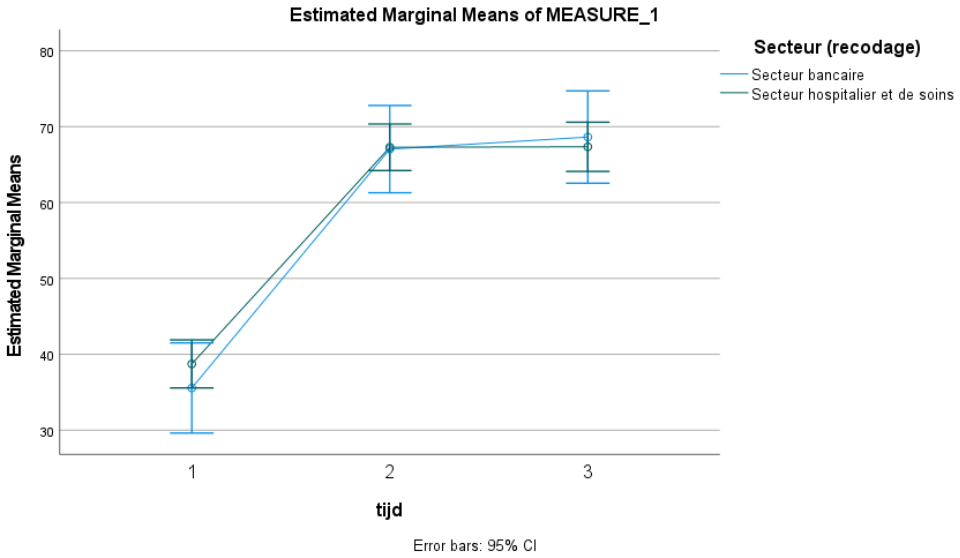
Évolution de la condition physique dans le temps par secteur - langue et sexe

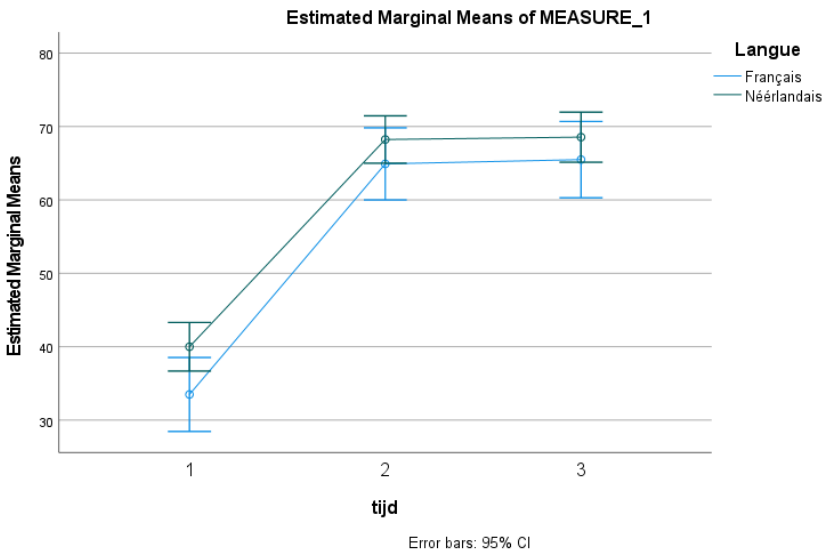


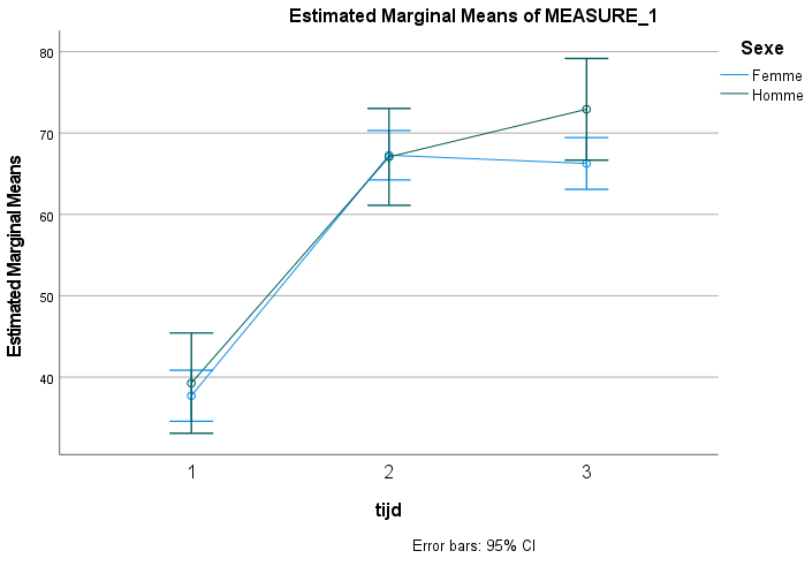




Évolution de l'état psychologique dans le temps par secteur - langue et sexe




Estimated Marginal Means of MEASURE_1
Langue
Français
Néérlandais
Estimated Marginal Means
80
70
60
50
40
30
1
2
3
tijd
Error bars: 95% CI


Estimated Marginal Means of MEASURE_1
Sexe
Femme
Homme
Estimated Marginal Means
80
70
60
50
40
1
2
3
tijd
Error bars: 95% CI

17.6 Annexe relative au point 6 « Efficacité du trajet de prise en charge en ce qui concerne les améliorations ressenties »

Analyses de variance à mesures répétées (3 temps de mesure) en différenciant l'âge, la langue, le genre, le type de contrat et le stade du burn-out.

Améliorations ressenties X Âge

	Âge (en années) (PRE_SD6_RECOD)	Moyenne Post-test 1	Moyenne Post-test 2	Test des effets	*F*(ddl)	Probabilité	Sign.
Amélioration du bien-être général (J41)	- de 35	3.30	3.30	Intrasujets	0.121 (1 ; 211)	*p* = .728	/
	35 – 45	3.20	3.18				
	46 – 55	3.09	3.11	Intersujets	2.15 (3 ; 211)	*p* = .095	/
	+ de 55	3.36	3.43				
	TOTAL	3.20	3.21				
Amélioration du bien-être au travail (J412)	- de 35	2.95	3.12	Intrasujets	1.12 (1 ; 186)	*p* = .235	/
	35 – 45	3.02	3.00				
	46 – 55	2.77	2.83	Intersujets	1.46 (3 ; 186)	*p* = .227	/
	+ de 55	2.79	2.88				
	TOTAL	2.89	2.95				
Plus de facilité dans les tâches (J42)	- de 35	2.95	3.07	Intrasujets	2.91 (1 ; 184)	*p* = .090	/
	35 – 45	2.82	2.93				
	46 – 55	2.71	2.84	Intersujets	1.23 (3 ; 184)	*p* = .300	/
	+ de 55	2.83	2.92				
	TOTAL	2.81	2.93				
Amélioration du sommeil (J43)	- de 35	3.15	2.96	Intrasujets	3.97 (1 ; 204)	*p* = .048	*
	35 – 45	2.85	2.81				
	46 – 55	2.97	2.87	Intersujets	1.84 (3 ; 204)	*p* = .142	/
	+ de 55	3.22	3.07				
	TOTAL	3.01	2.90				
Amélioration de la qualité de vie (J44)	- de 35	3.15	3.13	Intrasujets	0.03 (1 ; 205)	*p* = .870	/
	35 – 45[a]	2.95	3.03				
	46 – 55[b]	3.13	3.03	Intersujets	2.86 (3 ; 205)	*p* = .038	*
	+ de 55 [ab]	3.37	3.44				
	TOTAL	3.11	3.11				
Amélioration conciliation vie privée/prof. (J45)	- de 35	3.07	3.05	Intrasujets	1.79 (1 ; 184)	*p* = .183	/
	35 – 45	2.98	3.02				
	46 – 55	3.17	3.09	Intersujets	0.69 (3 ; 184)	*p* = .560	/
	+ de 55	3.33	3.08				
	TOTAL	3.11	3.06				

/ = NS ; * = <0.05 ; ** <0.01 ; *** <0.001 - [ab] différences post-hoc

Améliorations ressenties X Langue

	Langue (LANG)	Moyenne Post-test 1	Moyenne Post-test 2	Test des effets	*F*(ddl)	Probabilité	Sign.
Amélioration du bien-être général (J41)	Français	3.27	3.23	Intrasujets	0.03 (1 ; 232)	*p* = .869	/
	Néerlandais	3.21	3.23	Intersujets	0.14 (1 ; 232)	*p* = .705	/
	TOTAL	3.23	3.23				
Amélioration du bien-être au travail (J412)	Français	2.92	3.05	Intrasujets	1.52 (1 ; 207)	*p* = .337	/
	Néerlandais	2.91	2.93	Intersujets	0.31 (1 ; 207)	*p* = .581	/
	TOTAL	2.91	2.97				
Plus de facilité dans les tâches (J42)	Français	2.79	3.00	Intrasujets	4.33 (1 ; 203)	*p* = .039	*
	Néerlandais	2.83	2.89	Intersujets	0.10 (1 ; 203)	*p* = .755	/
	TOTAL	2.82	2.92				
Amélioration du sommeil (J43)	Français	3.04	2.86	Intrasujets	5.20 (1 ; 224)	*p* = .024	*
	Néerlandais	2.99	2.92	Intersujets	0.01 (1 ; 224)	*p* = .957	/
	TOTAL	3.01	2.90				
Amélioration de la qualité de vie (J44)	Français	3.08	3.10	Intrasujets	0.04 (1 ; 224)	*p* = .833	/
	Néerlandais	3.14	3.14	Intersujets	0.32 (1 ; 224)	*p* = .571	/
	TOTAL	3.12	3.13				
Amélioration conciliation vie privée/prof. (J45)	Français	3.07	3.07	Intrasujets	0.49 (1 ; 203)	*p* = .487	/
	Néerlandais	3.15	3.07	Intersujets	0.13 (1 ; 203)	*p* = .720	/
	TOTAL	3.13	3.07				

/ = NS ; * = < .05 ; ** < .01 ; *** < .001

Améliorations ressenties X Genre

	Genre (PRE_SD7)	Moyenne Post-test 1	Moyenne Post-test 2	Test des effets	*F*(ddl)	Probabilité	Sign.
Amélioration du bien-être général (J41)	Homme	3.09	3.16	Intrasujets	0.21 (1 ; 222)	*p* = .648	/
	Femme	3.26	3.24	Intersujets	1.50 (1 ; 222)	*p* = .222	/
	TOTAL	3.22	3.22				
Amélioration du bien-être au travail (J412)	Homme	2.77	3.03	Intrasujets	3.11 (1 ; 197)	*p* = .079	/
	Femme	2.95	2.95	Intersujets	0.15 (1 ; 197)	*p* = .698	/
	TOTAL	2.92	2.96				
Plus de facilité dans les tâches (J42)	Homme	2.80	2.89	Intrasujets	1.52 (1 ; 195)	*p* = .219	/
	Femme	2.83	2.94	Intersujets	0.14 (1 ; 195)	*p* = .713	/
	TOTAL	2.83	2.93				
Amélioration du sommeil (J43)	Homme	2.95	2.97	Intrasujets	0.78 (1 ; 214)	*p* = .379	/
	Femme	3.03	2.88	Intersujets	0.01 (1 ; 214)	*p* = .937	/
	TOTAL	3.01	2.89				
Amélioration de la qualité de vie (J44)	Homme	3.02	3.07	Intrasujets	0.06 (1 ; 216)	*p* = .805	/
	Femme	3.15	3.13	Intersujets	0.77 (1 ; 216)	*p* = .380	/
	TOTAL	3.12	3.12				
Amélioration conciliation vie privée/prof. (J45)	Homme	3.08	3.14	Intrasujets	0.05 (1 ; 195)	*p* = .820	/
	Femme	3.14	3.06	Intersujets	0.01 (1 ; 195)	*p* = .926	/
	TOTAL	3.13	3.07				
/ = NS ; * = < .05 ; ** < .01 ; *** < .001							

Améliorations ressenties X Type de contrat

	Type de contrat (PRE_T2)	Moyenne Post-test 1	Moyenne Post-test 2	Test des effets	*F*(ddl)	Probabilité	Sign.
Amélioration du bien-être général (J41)	CDD [ab]	3.86	3.71	Intrasujets	0.06 (1 ; 221)	*p* = .806	/
	CDI [a]	3.22	3.21				
	Statutaire [b]	2.92	3.15	Intersujets	3.87 (2 ; 221)	*p* = .022	*
	TOTAL	3.22	3.22				
Amélioration du bien-être au travail (J412)	CDD [ab]	3.50	3.83	Intrasujets	3.96 (1 ; 196)	*p* = .048	*
	CDI [a]	2.93	2.95				
	Statutaire [b]	2.36	2.82	Intersujets	4.67 (2 ; 196)	*p* = .010	**
	TOTAL	2.92	2.96				
Plus de facilité dans les tâches (J42)	CDD [ab]	3.83	3.33	Intrasujets	0.02 (1 ; 194)	*p* = .897	/
	CDI [a]	2.82	2.92				
	Statutaire [b]	2.36	2.82	Intersujets	5.24 (2 ; 194)	*p* = .006	**
	TOTAL	2.83	2.93				
Amélioration du sommeil (J43)	CDD	3.29	3.14	Intrasujets	1.64 (1 ; 213)	*p* = .201	/
	CDI	3.01	2.90				
	Statutaire	2.92	2.67	Intersujets	0.86 (2 ; 213)	*p* = .426	/
	TOTAL	3.01	2.89				
Amélioration de la qualité de vie (J44)	CDD	3.57	3.57	Intrasujets	0.25 (1 ; 215)	*p* = .620	/
	CDI	3.11	3.11				
	Statutaire	3.17	3.00	Intersujets	1.80 (2 ; 215)	*p* = .169	/
	TOTAL	3.12	3.12				
Amélioration conciliation vie privée/prof. (J45)	CDD	3.17	3.17	Intrasujets	0.38 (1 ; 194)	*p* = .538	/
	CDI	3.13	3.08				
	Statutaire	3.09	2.91	Intersujets	0.15 (2 ; 194)	*p* = .860	/
	TOTAL	3.13	3.07				

/ = NS ; * = < .05 ; ** < .01 ; *** < .001 [ab] différences post-hoc

Améliorations ressenties X Stade du burn-out

	Stade du burn-out (STAF2CM)	Moyenne Post-test 1	Moyenne Post-test 2	Test des effets	*F*(ddl)	Probabilité	Sign.
Amélioration du bien-être général (J41)	Stade 1	3.17	3.28	Intrasujets	1.83 (1 ; 190)	*p* = .178	/
	Stade 2	3.20	3.17				
	Stade 3	3.07	3.29	Intersujets	0.90 (2 ; 190)	*p* = .911	/
	TOTAL	3.19	3.21				
Amélioration du bien-être au travail (J412)	Stade 1	2.95	2.98	Intrasujets	1.89 (1 ; 165)	*p* = .171	/
	Stade 2	2.89	2.89				
	Stade 3	2.92	3.25	Intersujets	0.51 (2 ; 165)	*p* = .601	/
	TOTAL	2.90	2.94				
Plus de facilité dans les tâches (J42)	Stade 1	2.80	2.93	Intrasujets	3.65 (1 ; 163)	*p* = .058	/
	Stade 2	2.82	2.92				
	Stade 3	2.75	3.08	Intersujets	0.03 (2 ; 163)	*p* = .967	/
	TOTAL	2.81	2.93				
Amélioration du sommeil (J43)	Stade 1	3.02	2.89	Intrasujets	0.03 (1 ; 184)	*p* = .863	/
	Stade 2	2.98	2.86				
	Stade 3	2.79	3.00	Intersujets	0.06 (2 ; 184)	*p* = .940	/
	TOTAL	2.98	2.88				
Amélioration de la qualité de vie (J44)	Stade 1	3.15	3.11	Intrasujets	0.70 (1 ; 184)	*p* = .404	/
	Stade 2	3.09	3.09				
	Stade 3	2.93	3.14	Intersujets	1.14 (2 ; 184)	*p* = .870	/
	TOTAL	3.09	3.10				
Amélioration conciliation vie privée/prof. (J45)	Stade 1	3.15	3.15	Intrasujets	2.93 (1 ; 163)	*p* = .089	/
	Stade 2	3.04	3.04				
	Stade 3	3.27	2.82	Intersujets	0.35 (2 ; 163)	*p* = .706	/
	TOTAL	3.08	3.05				
/ = NS ; * = < .05 ; ** < .01 ; *** < .001							

17.7 Annexe relative au point 7 « Situation d'emploi avant, pendant et après le trajet »

Incapacité de travail ventilée par secteur

Il n'y avait pas de différence significative dans l'emploi par secteur avant le trajet *(p* = ,646), mais il y avait une différence significative à la limite juste après le trajet *(p* = ,050), et une différence significative trois à six mois après le trajet *(p* = ,035).

		Secteur			
		Secteur bancaire		Secteur de la santé	
		N	%	N	%
Avant le trajet	Temps plein	10	20,4 %	43	24,7 %
	Temps partiel	10	20,4 %	38	21,8 %
	Interruption de carrière	0	0,0 %	1	0,6 %
	Congé de maladie	29	59,2 %	86	49,4 %
	Autres	0	0,0 %	6	3,4 %
	Total	49	100 %	174	100 %
Après le trajet	Temps plein	24	49,0 %	67	39,0 %
	Temps partiel	16	32,7 %	74	43,0 %
	Interruption de carrière	0	0,0 %	1	0,6 %
	Congé de maladie	7	14,3 %	21	12,2 %
	Chômage	2	4,1 %	0	0,0 %
	Autres	0	0 %	9	5,2 %
	Total	49	100 %	172	100 %
4 mois après le trajet	Temps plein	25	51,0 %	65	37,6 %
	Temps partiel	11	22,4 %	76	43,9 %
	Interruption de carrière	1	2,0 %	2	1,2 %
	Congé de maladie	7	14,3 %	20	11,6 %
	Chômage	4	8,2 %	4	2,3 %
	Autres	1	2,0 %	6	3,5 %
	Total	49	100 %	173	100 %

Incapacité de travail ventilée par âge

Il n'y avait pas de différence significative dans l'emploi selon l'âge avant le trajet *(p* = ,448), juste après le trajet *(p* = ,216) et trois à six mois après le trajet *(p* = ,825).

		Âge			
		≤ 45 ans		> 45 ans	
Emploi		N	%	N	%
Avant le trajet	Temps plein	33	28,2 %	20	18,9 %
	Temps partiel	24	20,5 %	24	22,6 %
	Interruption de carrière	0	0,0 %	1	0,9 %
	Congé de maladie	57	48,7 %	58	54,7 %
	Autres	3	2,6 %	3	2,8 %
	Total	117	100 %	106	100 %
Après le trajet	Temps plein	53	45,7 %	38	36,2 %
	Temps partiel	42	36,2 %	48	45,7 %
	Interruption de carrière	1	0,9 %	0	0,0 %
	Congé de maladie	12	10,3 %	16	15,2 %
	Chômage	2	1,7 %	0	0 %
	Autres	6	5,2 %	3	2,9 %
	Total	116	100 %	105	100 %
4 mois après le trajet	Temps plein	52	44,4 %	38	36,2 %
	Temps partiel	42	35,9 %	45	42,9 %
	Interruption de carrière	1	0,9 %	2	1,9 %
	Congé de maladie	14	12,0 %	13	12,4 %
	Chômage	4	3,4 %	4	3,8 %
	Autres	4	3,4 %	3	2,9 %
	Total	117	100 %	105	100 %

Incapacité de travail ventilée par référent

Il n'y avait pas de différence significative dans l'emploi selon le référent avant le trajet *(p* = ,114), juste après le trajet *(p* = ,787) et trois à six mois après le trajet *(p* = ,979).

		Référent					
		Médecin du travail		Médecin traitant		Conseiller en prévention aspects psychosociaux	
Emploi		N	%	N	%	N	%
Avant le trajet	Temps plein	25	24,0 %	12	17,9 %	16	32,7 %
	Temps partiel	27	26,0 %	11	16,4 %	10	20,4 %
	Interruption de carrière	1	1,0 %	0	0,0 %	0	0,0 %
	Congé de maladie	48	46,2 %	44	65,7 %	21	42,9 %
	Autres	3	2,9 %	0	0 %	2	4,1 %
	Total	104	100 %	67	100 %	49	100 %
Après le trajet	Temps plein	42	40,8 %	27	40,3 %	22	45,8 %
	Temps partiel	41	39,8 %	31	46,3 %	15	31,3 %
	Interruption de carrière	1	1,0 %	0	0,0 %	0	0,0 %
	Congé de maladie	13	12,6 %	7	10,4 %	8	16,7 %
	Chômage	1	1,0 %	1	1,5 %	0	0,0 %
	Autres	5	4,9 %	1	1,5 %	3	6,3 %
	Total	103	100 %	67	100 %	48	100 %
4 mois après le trajet	Temps plein	43	41,7 %	26	38,8 %	21	42,9 %
	Temps partiel	40	38,8 %	27	40,3 %	17	34,7 %
	Interruption de carrière	1	1,0 %	1	1,5 %	1	2,0 %
	Congé de maladie	13	12,6 %	8	11,9 %	6	12,2 %
	Chômage	2	1,9 %	3	4,5 %	3	6,1 %
	Autres	4	3,9 %	2	3,0 %	1	2,0 %
	Total	103	100 %	67	100 %	49	100 %

Incapacité de travail ventilée par stade de burn-out

Il n'y avait pas de différence significative dans l'emploi en fonction du stade de burn-out, avant le trajet d'accompagnement, avant le trajet *(p* = 0,223), juste après le trajet *(p* = 0,422) et trois à six mois après le trajet *(p* = 0,118).

		Stade de burn-out					
		Stade 1		Stade 2		Stades 3 & 4	
Emploi		N	%	N	%	N	%
Avant le trajet	Temps plein	15	31,3 %	30	21,9 %	7	29,2 %
	Temps partiel	13	27,1 %	28	20,4 %	2	8,3 %
	Interruption de carrière	0	0,0 %	0	0,0 %	0	0,0 %
	Congé de maladie	18	37,5 %	75	54,7 %	15	62,5 %
	Autres	2	4,1 %	4	2,9 %	0	0,0 %
	Total	48	100 %	137	100 %	24	100 %
Après le trajet	Temps plein	14	29,8 %	59	43,4 %	12	50,0 %
	Temps partiel	25	53,2 %	53	39,0 %	6	25,0 %
	Interruption de carrière	0	0,0 %	1	0,7 %	0	0,0 %
	Congé de maladie	6	12,8 %	17	12,4 %	4	16,0 %
	Chômage	0	0,0 %	2	1,5 %	0	0,0 %
	Autres	2	4,2 %	4	3,0 %	2	8,0 %
	Total	47	100 %	136	100 %	24	100 %
4 mois après le trajet	Temps plein	17	35,4 %	57	41,9 %	10	41,7 %
	Temps partiel	25	52,1 %	52	38,2 %	5	20,8 %
	Interruption de carrière	0	0,0 %	2	1,5 %	0	0,0 %
	Congé de maladie	3	6,2 %	15	11,0 %	7	29,2 %
	Chômage	2	4,2 %	6	4,4 %	0	0,0 %
	Autres	1	2,1 %	4	3,0 %	2	8,3 %
	Total	48	100 %	136	100 %	24	100 %

Incapacité de travail ventilée par sexe

Il n'y avait pas de différence significative dans l'emploi selon le sexe avant le trajet (*p* = ,530), mais il y en avait juste après le trajet (*p* = ,013), et trois à six mois après le trajet (*p* = ,006).

		Genre			
		Homme		Femme	
Emploi		N	%	N	%
Avant le trajet	Temps plein	14	31,8 %	39	21,8 %
	Temps partiel	8	18,2 %	40	22,3 %
	Interruption de carrière	0	0,0 %	1	0,6 %
	Congé de maladie	22	50,0 %	93	52,0 %
	Autres	0	0,0 %	6	3,3 %
	Total	44	100 %	179	%
Après le trajet	Temps plein	25	56,8 %	66	37,3 %
	Temps partiel	10	22,7 %	80	45,2 %
	Interruption de carrière	0	0,0 %	1	0,6 %
	Congé de maladie	8	18,2 %	20	11,3 %
	Chômage	1	2,3 %	1	0,6 %
	Autres	0	0,0 %	9	5,1 %
	Total	44	100 %	177	100 %
4 mois après le trajet	Temps plein	27	61,4 %	63	35,4 %
	Temps partiel	8	18,2 %	79	44,4 %
	Interruption de carrière	0	0,0 %	3	1,7 %
	Congé de maladie	7	15,9 %	20	11,2 %
	Chômage	2	4,5 %	6	3,4 %
	Autres	0	0,0 %	7	3,9 %
	Total	44	100 %	178	100 %

Incapacité de travail ventilé par langue

Il n'y avait pas de différence significative dans l'emploi selon la langue avant le trajet *(p* = ,214), juste après le trajet *(p* = ,215) et trois à six mois après le trajet *(p* = ,762).

		Langue			
		Néerlandais		Français	
Emploi		N	%		%
Avant le trajet	Temps plein	38	24,7 %	15	21,7 %
	Temps partiel	38	24,7 %	10	14,5 %
	Interruption de carrière	1	0,6 %	0	0,0 %
	Congé de maladie	72	46,8 %	43	62,3 %
	Autres	5	3,2 %	1	1,5 %
	Total	154	100 %	69	100 %
Après le trajet	Temps plein	62	40,3 %	29	43,3 %
	Temps partiel	67	43,5 %	23	34,3 %
	Interruption de carrière	1	0,7 %	0	0 %
	Congé de maladie	17	11,0 %	11	16,4 %
	Chômage	0	0,0 %	2	3,0 %
	Autres	7	4,5 %	2	3,0 %
	Total	154	100 %	67	%
4 mois après le trajet	Temps plein	61	39,9 %	29	42,0 %
	Temps partiel	62	40,5 %	25	36,2 %
	Interruption de carrière	2	1,3 %	1	1,5 %
	Congé de maladie	18	11,8 %	9	13,0 %
	Chômage	4	2,6 %	4	5,8 %
	Autres	6	3,9 %	1	1,5 %
	Total	153	100 %	69	100 %

17.8 Annexe relative au point 10 « Ajustements du poste de travail »

17.8.1 AJUSTEMENTS DU POSTE DE TRAVAIL EMPLOYEUR APRÈS TRAJET

Ajustements du poste de travail employeur après trajet selon l'âge *(p* = ,523)

		Âge			
		≤ 45 ans		> 45 ans	
		N	%	N	%
Ajustements du poste de travail	Oui	36	31,8 %	29	27,9 %
	Non	77	68,2 %	75	72,1 %
	Total	113	100 %	104	100 %

Ajustements du poste de travail employeur selon le sexe *(p* = ,149)

		Genre			
		Homme		Femme	
		N	%	N	%
Ajustements du poste de travail	Oui	9	20,9 %	56	32,2 %
	Non	34	79,1 %	118	67,8 %
	Total	43	100 %	174	100 %

Ajustements du poste de travail employeur après trajet selon le référent *(p* = ,784)

		Référent					
		Médecin du travail		Médecin traitant		Conseiller en prévention aspects psychosociaux	
		N	%	N	%	N	%
Ajustements du poste de travail	Oui	29	28,4 %	20	30,8 %	16	34,0 %
	Non	73	71,6 %	45	69,2 %	31	66,0 %
	Total	102	100 %	65	100 %	47	100 %

Ajustements du poste de travail employeur après trajet, en fonction du stade de burn-out avant le début du trajet *(p* = ,664)

		Stade de burn-out					
		Stade 1		Stade 2		Stade 3	
		N	%	N	%	N	%
Ajustements du poste de travail	Oui	13	27,1 %	40	30,5 %	9	37,5 %
	Non	35	72,9 %	91	69,5 %	15	62,5 %
	Total	48	100 %	131	100 %	24	100 %

Ajustements du poste de travail employeur après trajet, selon la langue *(p* = ,175)

		Langue			
		Néerlandais		Français	
		N	%	N	%
Ajustements du poste de travail	Oui	50	32,7 %	15	23,4 %
	Non	103	67,3 %	49	76,6 %
	Total	153	100 %	64	100 %

Ajustements du poste de travail employeur après trajet, par secteur *(p* = ,519)

		Secteur			
		Banque		Santé	
		N	%	N	%
Ajustements du poste de travail	Oui	12	26,0 %	53	31,0 %
	Non	34	74,0 %	118	69,0 %
	Total	46	100 %	171	100 %

17.8.2 AJUSTEMENTS DU POSTE DE TRAVAIL TRAVAILLEUR APRÈS TRAJET

Ajustements du poste de travail travailleur après trajet, selon l'âge *(p* = ,546)

		Âge			
		≤ 45 ans		> 45 ans	
Ajustements du poste de travail	Oui	54	47,8 %	45	43,7 %
	Non	59	52,2 %	58	56,3 %
	Total	113	100 %	103	100 %

Ajustements du poste de travail travailleur après trajet, selon le sexe *(p* = ,559)

		Genre			
		Homme		Femme	
Ajustements du poste de travail	Oui	18	41,9 %	81	46,8 %
	Non	25	58,1 %	92	53,2 %
	Total	43	100 %	173	100 %

Ajustements du poste de travail travailleur après trajet, selon le référent *(p* = ,344)

		Référent					
		Médecin du travail		Médecin traitant		Conseiller en prévention aspects psychosociaux	
Ajustements du poste de travail	Oui	51	50 %	25	38,5 %	21	45,7 %
	Non	51	50 %	40	61,5 %	25	54,3 %
	Total	102	100 %	65	100 %	46	100 %

Ajustements du poste de travail travailleur après trajet, selon le stade de burn-out avant le début du trajet *(p* = ,430)

		Stade de burn-out					
		Stade 1		Stade 2		Stade 3	
Ajustements du poste de travail	Oui	18	37,5 %	62	47,7 %	12	50 %
	Non	30	62,5 %	68	52,3 %	12	50 %
	Total	48	100 %	130	100 %	24	100 %

Ajustements du poste de travail travailleur après trajet, selon la langue *(p* = ,485)

		Langue			
		Néerlandais		Français	
Ajustements du poste de travail	Oui	72	47,4 %	27	42,2 %
	Non	80	52,6 %	37	57,8 %
	Total	152	100 %	64	100 %

Ajustements du poste de travail travailleur après trajet, par secteur *(p* = ,304)

		Secteur			
		Banque		Santé	
Ajustements du poste de travail	Oui	18	39,1 %	81	47,6 %
	Non	28	60,9 %	89	52,3 %
	Total	46	100 %	170	100 %

17.8.3 AJUSTEMENTS DU POSTE DE TRAVAIL EMPLOYEUR TROIS À SIX MOIS APRÈS TRAJET

Ajustements du poste de travail employeur 3-6 mois après trajet, selon l'âge **(*p* = ,031**)

		Âge			
		≤ 45 ans		> 45 ans	
Ajustements du poste de travail	Oui	24	21,6 %	35	35,0 %
	Non	87	78,4 %	65	65,0 %
	Total	111	100 %	100	100 %

Ajustements du poste de travail employeur 3-6 mois après trajet, selon le sexe *(p* = ,292)

		Genre			
		Homme		Femme	
Ajustements du poste de travail	Oui	9	21,4 %	50	29,6 %
	Non	33	78,6 %	119	70,4 %
	Total	42	100 %	169	100 %

Ajustements du poste de travail employeur 3-6 mois après trajet, selon le référent *(p* = ,800)

		Référent					
		Médecin du travail		Médecin traitant		Conseiller en prévention aspects psychosociaux	
Ajustements du poste de travail	Oui	27	27 %	19	30,2 %	11	24,4 %
	Non	73	73 %	44	69,8 %	34	75,6 %
	Total	100	100 %	63	100 %	45	100 %

Ajustements du poste de travail employeur 3-6 mois après trajet, selon le stade de burn-out avant le début du trajet *(p* = ,375)

		Stade de burn-out					
		Stade 1		Stade 2		Stade 3	
Ajustements du poste de travail	Oui	15	33,3 %	31	24,0 %	8	33,3 %
	Non	30	66,7 %	98	76,0 %	16	66,7 %
	Total	45	100 %	129	100 %	24	100 %

Ajustements du poste de travail employeur 3-6 mois après trajet, selon la langue **(*p* = ,033**)

		Langue			
		Néerlandais		Français	
Ajustements du poste de travail	Oui	48	32,2 %	11	17,7 %
	Non	101	67,8 %	51	82,3 %
	Total	149	100 %	62	100 %

Ajustements du poste de travail employeur quatre mois après trajet, par secteur *(p* = ,827)

		Secteur			
		Banque		Santé	
Ajustements du poste de travail	Oui	12	26,7 %	47	28,3 %
	Non	33	73,3 %	119	71,7 %
	Total	45	100 %	166	100 %

17.8.4 AJUSTEMENTS DU POSTE DE TRAVAIL TRAVAILLEUR TROIS À SIX MOIS APRÈS TRAJET

Ajustements du poste de travail travailleur 3-6 mois après trajet, selon l'âge *(p* = ,128)

		Âge			
		≤ 45 ans		> 45 ans	
Ajustements du poste de travail	Oui	51	46,4 %	36	36,0 %
	Non	59	53,6 %	64	64,0 %
	Total	110	100 %	100	100 %

Ajustements du poste de travail travailleur 3-6 mois après trajet, selon le sexe *(p* = ,624)

		Genre			
		Homme		Femme	
Ajustements du poste de travail	Oui	16	38,1 %	71	42,3 %
	Non	26	61,9 %	97	57,7 %
	Total	42	100 %	168	100 %

Ajustements du poste de travail travailleur 3-6 mois après trajet, selon le référent (***p* = ,039**)

Ajustements du poste de travail		Référent					
		Médecin du travail		Médecin traitant		Conseiller en prévention aspects psychosociaux	
	Oui	46	46,0 %	18	28,6 %	22	50 %
	Non	54	54,0 %	45	71,4 %	22	50 %
	Total	100	100 %	63	100 %	44	100 %

Ajustements du poste de travail travailleur 3-6 mois après trajet, selon de burn-out avant le début du trajet (*p* = ,687)

Ajustements du poste de travail		Stade de burn-out					
		Stade 1		Stade 2		Stade 3	
	Oui	16		55		10	
	Non	29		74		13	
	Total	45		129		23	

Ajustements du poste de travail travailleur 3-6 mois après trajet, selon la langue (*p* = ,833)

Ajustements du poste de travail		Langue			
		Néerlandais		Français	
	Oui	62	41,9 %	25	40,3 %
	Non	86	58,1 %	37	59,7 %
	Total	148	100 %	62	100 %

Ajustements du poste de travail travailleur 3-6 mois après trajet, par secteur (*p* = ,054)

Ajustements du poste de travail		Secteur			
		Banque		Santé	
	Oui	13	28,9 %	74	44,8 %
	Non	32	71,1 %	91	55,2 %
	Total	45	100 %	165	100 %

17.9 Annexe relative au point 11 « Caractéristiques du programme de prise en charge (sur base des données du rapport final de l'intervenant BO)»

17.9.1 Nombre total de séances de clinique du travail

Nombre total de séances de clinique du travail	N	%	% valide	% cumulé
0 séance	1	,4	,4	,4
1 séance	5	2,2	2,2	2,7
2 séances	10	4,5	4,5	7,2
3 séances	14	6,3	6,3	13,5
4 séances	193	86,5	86,5	100,0
Total	223	100,0	100,0	

17.9.2 Nombre total de séances Starter-Kit (Psycho-éducation)

Nombre total de séances Starter-Kit	N	%	% valide	% cumulé
0 séance	18	8,1	8,1	8,1
1 séance	16	7,2	7,2	15,2
2 séances	22	9,9	9,9	25,1
3 séances	166	74,4	74,4	99,6
4 séances	1	,4	,4	100,0
Total	223	100,0	100,0	

17.9.3 Nombre total de séances individuelles

Nombre total de séances individuelles	N	%	% valide	% cumulé
0 séance	51	22,9	22,9	22,9
1 séance	3	1,3	1,3	24,2
2 séances	6	2,7	2,7	26,9
3 séances	11	4,9	4,9	31,8
4 séances	19	8,5	8,5	40,4
5 séances	12	5,4	5,4	45,7
6 séances	18	8,1	8,1	53,8
7 séances	103	46,2	46,2	100,0
Total	223	100,0	100,0	

17.9.4 Nombre total de séances de suivi

Nombre total de séances de suivi	N	%	% valide	% cumulé
0 séance	44	19,7	19,7	19,7
1 séance	48	21,5	21,5	41,3
2 séances	131	58,7	58,7	100,0
Total	223	100,0	100,0	

17.9.5 Nombre total de séances de réorientation

Nombre total de séances de réorientation	N	%	% valide	% cumulé
0 séance	161	72,2	72,2	72,2
1 séance	15	6,7	6,7	78,9
2 séances	47	21,1	21,1	100,0
Total	223	100,0	100,0	