Rapport

d'évaluation finale

2023

Implémentation d'un projet pilote de prévention secondaire des troubles psychosociaux en relation avec le travail

FEDRIS

Droits d'auteur

Fedris

1 avenue de l'astronomie

1210 Bruxelles

Dépôt légal : D/2023/14.014/20.

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: «*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.

Cette publication est indissociable de la publication complémentaire 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 des risques professionnels (Fedris). Bruxelles : Belgique. Dépôt légal : D/2023/14.014/17.*

Toute citation doit donc référencer les 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

Pour tous renseignements concernant ce rapport, veuillez contacter: scientific.council@Fedris.be

Remerciements

Fedris tient à remercier tout particulièrement Mme Sofie Balduyck, le Dr. Kristien Bauwens, Mr Koen Boonen, Mme Véronique Brouette, Mme Véronique Crutzen, Mme Tine Daeseleire, Mme Anne Dumbruch, le Dr. Valérie Libotte, Mme Myriam Pauwels, le Dr. Olivier Poot, Mme Mélanie Straetmans et Mme Marthe Verjans pour leur participation au groupe de travail ayant donné lieu à l'élaboration du trajet d'accompagnement de prévention secondaire du burn-out de Fedris.

A propos de Fedris

Fedris, l'Agence fédérale des risques professionnels, est l' **institution publique de sécurité sociale des travailleurs salariés,** en charge du régime des maladies professionnelles et du régime des accidents du travail au sein de l'administration fédérale belge. Fedris est placé sous la tutelle du ministre des Affaires sociales et de la Santé publique.

L'Agence a été créée le 1 janvier 2017 suite à la fusion du Fonds des accidents du travail et du Fonds des maladies professionnelles.

L'institution est gérée par un comité général de gestion composé paritairement de représentants des employeurs et des travailleurs. Par ailleurs, il existe aussi un comité de gestion spécifique pour les matières relatives aux accidents du travail et un comité de gestion spécifique pour les maladies professionnelles. Ces comités de gestion sont assistés par des **comités techniques disposant d'une compétence d'avis**. Plus particulièrement pour les matières relatives aux maladies professionnelles, il s'agit:

- du Comité technique de la prévention des maladies professionnelles ;
- du Conseil scientifique (qui reçoit des avis de 8 commissions médicales).

Un administrateur général assure la gestion journalière de Fedris et exécute les décisions prises par les comités de gestion. L'administrateur général est assisté dans cette mission par un administrateur général adjoint et les directeurs des différentes directions.

Les 4 grandes missions de Fedris sont :

- le contrôle des assureurs et des employeurs dans le cadre des accidents du travail;

- l'indemnisation de certaines catégories de victimes (et d'ayants droit) d'un accident du travail (non pris en charge par les entreprises d'assurances), ainsi que des victimes (et ayants droit) d'une maladie professionnelle pour tous les travailleurs du secteur privé ou des personnes y assimilées. Fedris intervient également en faveur des travailleurs du secteur public relevant des administrations provinciales et locales;

- la prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles notamment par la mise en place de projets et de programmes de prévention;

- l'information des victimes (site web, permanences, brochures, …), des employeurs, des assureurs, des journalistes, des partenaires sociaux, du Ministre, …. notamment en publiant des brochures, en assurant des permanences, en alimentant son site web….

Pour plus d'informations : www.fedris.be.

TABLE DES MATIÈRES

Table des matières 5
Liste des abréviations 8
Liste des figures 9
Liste des Tableaux 10
1. INTRODUCTION 11
1.1. Remise en contexte 11
1.2. Travaux préparatoires 12
2. DESCRIPTION DU PROJET PILOTE 14
2.1. Définition du burn-out et cadre conceptuel 14
2.2. Scope du projet 15
2.3. Impact de la crise sanitaire provoquée par l'épidémie de Covid-19 16
2.4. Acteurs de la prévention 17
2.5. Intervenants conventionnés par Fedris 18
2.5.1. Intervenant burn-out (IBO) 18
2.5.2. Intervenant séances individuelles (ISI) 18
2.5.3. Intervenant COVID (ICO) 19
2.6. Procédure de sélection des intervenants 19
2.7. Formation des intervenants 19
2.7.1. Objectifs 20
2.7.2. Outil mis à disposition des intervenants 20
2.8. Description du trajet 20
2.8.1. Articulation des différentes phases et niveaux de prévention 20
2.8.2. Phase 0 : Le dépistage 21
2.8.3. Phase 1 : Le diagnostic 21
2.8.4. Phase 2 : L'accompagnement 22
2.8.5. Phase 3 : La fin de prise en charge 23
3. MÉTHODOLOGIE D'ÉVALUATION DU PROJET 24
3.1. Détermination d'un cadre pour l'évaluation 24
3.2. Recueil de données, codage et analyse 24
3.3. Démarche d'évaluation du trajet d'accompagnement 25
4. ÉVALUATION DU PROJET 27
4.1. Données quantitatives générales 27

4.1.1. Données sociodémographiques sur l'ensemble des travailleurs ayant introduit un formulaire de dépistage (PHASE 0) 27
4.1.2. Données descriptives relatives au repérage et au dépistage effectués par les acteurs de prévention (PHASE 0) 28
4.1.3. Les formulaires de dépistage reçus et décisions prises par Fedris (Phase 1) 32
4.1.4. Les rapports de dépistage et décisions prises par Fedris (Phase 2) 32
4.1.5. Les trajets d'accompagnement en cours ou terminés (PHASE 3) 33
4.1.6. Délais de traitement des demandes de participation au projet pilote 33
4.1.7. Impact de la crise COVID-19 34
4.2. Évaluation scientifique du projet 35
4.3. Évaluation par le réseau d'intervenant 36
4.4. Efficacité et qualité de l'organisation 37
4.4.1. Communication – Information – Formation 37
4.4.2. Évaluation des aspects administratifs 38
4.4.3. Évaluation des outils cliniques 40
4.4.4. Évaluation du trajet d'accompagnement 41
4.4.5. Évaluation des actions de formation réalisées 44
5. DISCUSSION ET RECOMMANDATIONS 46
5.1. Repérage 46
5.2. Diagnostic 47
5.3. Prise en charge et coordination du trajet 48
5.4. Réseau 50
5.4.1. Proximité 50
5.4.2. Attractivité 50
5.5. Articulation prévention secondaire/prévention primaire 52
5.6. Adaptations du projet 53
5.6.1. Adaptations consécutives à la crise COVID-19 53
5.6.2. Passage du projet pilote en programme 54
5.7. Information, formation et développement de l'expertise 56
5.8. Communication, information 57
6. LIMITATIONS 59
7. CONCLUSION 60
8. REFERENCES 61

9. ANNEXES 63

Annexe 1 : Profils types des intervenants 63

Annexe 2 : Schéma d'accompagnement 69

Annexe 3 : Relevé des experts impliqués 70

LISTE DES ABRÉVIATIONS

Conseiller en prévention Aspects psychosociaux	CPAP
Conseiller en prévention-Médecin du Travail	CPMT
Curriculum vitae	CV
Ecart-type	σ
EVAL1	Evaluation progressive, niveau 1
EVAL2	Evaluation progressive, niveau 2
EVAL3	Evaluation progressive, niveau 3
Agence fédérale des risques professionnels	Fedris
Francophone(s)	FR
Intervenant burn-out	IBO
Intervenant COVID	ICO
Institut national d'assurance maladie-invalidité	INAMI
Intervenant séances individuelles	ISI
Néerlandophone(s)	NL
Règlement général de protection des données	RGPD
Ressources humaines	RH

LISTE DES FIGURES

Figure 1. Phases du trajet d'accompagnement. 20

Figure 2. Structure modulaire du trajet 22

Figure 3. Planification de la démarche graduée d'évaluation présentée en juillet 2022. ..26

Figure 4. Répartition des formulaires de dépistage par secteur. 27

Figure 5. Répartition linguistique des formulaires de dépistage par année.....27

Figure 6. Répartition des formulaires de dépistage par âge. 28

Figure 7. Répartition des formulaires de demande par genre. 28

Figure 8. Répartition des formulaires de dépistage par type de signataire selon le rôle linguistique. 29

Figure 9. Fréquence des facteurs de risques mentionnés dans les demandes de dépistage de l'ensemble des secteurs. 29

Figure 10. Fréquence des facteurs de risques mentionnés dans les demandes de dépistage pour le secteur des soins de santé. 30

Figure 11. Fréquence des facteurs de risques mentionnés dans les demandes de dépistage pour le secteur bancaire.....30

Figure 12. Fréquence des ressources manquantes mentionnées dans les formulaires de dépistage.....31

Figure 13. Fréquence des ressources manquantes mentionnées dans les demandes de dépistage du secteur des soins de santé. 31

Figure 14. Fréquence des ressources manquantes mentionnées dans les demandes de dépistage du secteur bancaire.....31

Figure 15. Répartition des rapports de dépistage en fonction de la décision prise par Fedris. 32

Figure 16. Répartition du nombre de dossiers en fonction de l'impact Covid-19 mentionné dans les rapports de dépistage par secteur et rôle linguistique. 34

Figure 17. Proposition de modification du trajet d'accompagnement. 54

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1. Moyennes des délais de traitement des demandes de dépistage par trimestre pour l'année 2022. 33

Tableau 2. Moyennes des délais de traitement des demandes de prise en charge par trimestre pour l'année 2022. 34

1. INTRODUCTION

1.1. Remise en contexte

Depuis les années 1970, le travail a subi des bouleversements considérables. La standardisation des processus, l'intensification du travail, les exigences de productivité et de compétitivité se sont accrues demandant aux travailleurs plus de compétences et de polyvalence, plus de flexibilité, une formation continue tout au long de leur carrière. Ces mutations se sont encore accélérées ces dernières années : l'apparition des nouvelles technologies et leur usage de plus en plus généralisé, l'introduction progressive de l'intelligence artificielle sont en train de redéfinir la plupart des activités professionnelles et des processus dans les entreprises. Récemment, l'explosion du télétravail a redéfini la frontière entre la sphère privée et professionnelle et les interactions entre ces deux versants de la vie des travailleurs.

Toutes ces changements ne sont pas sans conséquence et en parallèle à l'évolution des conditions et des organisations de travail, on constate une augmentation importante des incapacités de travail liées aux maladies psychosociales. Désormais, elles constituent un enjeu majeur de santé publique.

En 2016, l'Institut national d'assurance maladie-invalidité (INAMI) évaluait à 23.821 le nombre de salariés et demandeurs d'emploi en invalidité pour burn-out. Le coût estimé pour l'assurance maladie-invalidité était de 324.979.497,09 euros, uniquement pour cette problématique.

Face à ce constat et convaincu que le Fonds des maladies professionnelles (devenu depuis l'Agence fédérale des risques professionnels) pouvait jouer un rôle important en matière de prévention secondaire de la charge psychosociale liée au travail, le Comité de gestion du Fonds des maladies professionnelles a décidé, en 2016, de développer un projet de prévention avec pour objectif que les résultats permettent la reconnaissance du burn-out et des troubles psychosociaux liés au travail comme maladies en relation avec le travail.

La notion de maladie en relation avec le travail est différente de celle de maladie professionnelle. Elle a été intégrée en 2006 dans la législation sur les maladies professionnelles dans le but de renforcer la compétence de prévention de Fedris.

Ainsi, selon l'article 62bis des lois relatives à la prévention des maladies professionnelles et à la réparation des dommages résultant de celles-ci, coordonnées le 3 juin 1970, les maladies en relation avec le travail sont des maladies qui ne répondent pas aux conditions pour être des maladies professionnelles mais qui, selon les connaissances médicales généralement admises, peuvent trouver leur cause partielle dans une exposition à une influence nocive, inhérente à l'activité professionnelle et supérieure à celle subie par la population en général, sans que cette exposition, dans des groupes de personnes exposées, ne constitue la cause prépondérante de la maladie.

Dès lors, dans le cas d'une maladie professionnelle, l'exposition à une influence nocive doit être la cause prépondérante de l'apparition de la maladie. Par contre, dans le cas des maladies en lien avec le travail, une exposition professionnelle à une influence nocive partielle suffit, c'est une cause, mais il peut y en avoir d'autres.

Par ailleurs, dans les deux cas, il doit bien y avoir une exposition professionnelle, càd une exposition inhérente à l'exercice de la profession et atteignant un seuil suffisant en fréquence, durée et intensité pour provoquer l'apparition de la maladie. Cependant, dans le cadre d'une maladie professionnelle, cette exposition doit être nettement plus grande que celle subie par la population en général, alors que dans le cadre des maladies en relation avec le travail, une exposition supérieure suffit.

Dans le cadre des maladies en relation avec le travail, le travailleur qui remplit les conditions se voit proposer des mesures de prévention secondaire afin de permettre son maintien au travail ou la reprise rapide de celui-ci après une courte période d'incapacité.

Afin d'en vérifier sa pertinence et son efficacité, toute nouvelle mesure de prévention concernant les maladies en relation avec le travail est d'abord testée dans le cadre d'un projet pilote de prévention, limité quant à son ampleur, sa durée et son champ d'application et décidé par le comité de gestion, sur proposition du conseil scientifique. Les modalités et conditions du projet pilote visant la prévention du burn-out en relation avec le travail ont été formalisées dans l'arrêté royal du 7 février 2018 déterminant les conditions d'un projet pilote visant la prévention du burn-out en relation avec le travail (*M.B* 07.05.2018).

S'il est évalué positivement, un projet pilote peut, sur proposition du comité de gestion des maladies professionnelles et après avis du conseil scientifique, faire l'objet d'une mesure de prévention plus pérenne, conformément à ce que prévoit l'article 62bis des lois coordonnées de 1970.

Le choix d'investiguer la possibilité d'une reconnaissance du burn-out et des troubles psychosociaux liés au travail comme maladies en lien avec le travail et non comme maladies professionnelles découle des caractéristiques spécifiques de ces problématiques :

- la grande variété des symptômes pouvant constituer le syndrome de burn-out et donc la difficulté à établir une définition les reprenant de manière exhaustive;
- la spécificité de l'exposition à une influence nocive formée d'éléments variés dont tous ne constituent pas un risque professionnel;
- l'absence, selon les connaissances scientifiques actuelles, d'une méthode d'analyse quantitative, validée permettant de caractériser cette exposition professionnelle;
- et l'évolution perpétuelle des connaissances scientifiques à ce sujet menant à des révisions fréquentes des éléments pouvant constituer l'exposition à une influence nocive constitutive du syndrome de burn-out et dès lors, de la définition même de celui-ci.

1.2. Travaux préparatoires

A la suite de la décision du comité de gestion des maladies professionnelles de lancer un projet-pilote, les Professeures Lutgart Braeckman de l'Université de Gand et Isabelle Hansez de l'Université de Liège ont été mandatées pour réaliser une revue de la littérature scientifique afin :

- d'identifier les activités professionnelles et les environnements de travail exposant à un risque élevé de burn-out, ainsi que les profils les plus susceptibles de développer des symptômes de la maladie, de façon à pouvoir déterminer un ou des publics cibles adéquats pour un programme national de prévention secondaire que pourrait réaliser Fedris;
- de formuler des propositions pour la mise en place d'un programme de prévention secondaire par Fedris;
- de faire une proposition de dénomination sous laquelle le syndrome du burn-out pourrait figurer dans la liste des maladies en relation avec le travail.

Le 25 mai 2016, le conseil scientifique a validé cette revue de littérature et ses conclusions et sur cette base et a émis un avis favorable à la mise en place d'un projet pilote de prévention secondaire du burn-out. Sur base de cet avis, le comité de gestion des maladies professionnelles a décidé, le 14 septembre 2016, le lancement de travaux préalables nécessaires au développement d'une proposition de projet pilote de prévention secondaire des risques psychosociaux pour les secteurs hospitalier et bancaire.

Le suivi du projet a été confié au Comité technique de prévention des maladies professionnelles. Les résultats du projet ont été régulièrement présentés au conseil scientifique et au comité de gestion des maladies professionnelles de Fedris.

Afin de développer ce projet pilote, Fedris a mis en place un groupe de travail reprenant les deux expertes scientifiques susmentionnées et des acteurs de terrain (des conseillers en prévention-médecins du travail (CPMT), un médecin généraliste, des conseillers en prévention aspects psychosociaux (CPAP), des responsables en ressources humaines (RH) et des psychologues du travail).

Ce groupe de travail s'est réuni à cinq reprises entre janvier 2017 et mars 2017 afin de :

- développer un trajet de prise en charge pour les personnes menacées de burn-out ou en début de burn-out;
- identifier les outils existants pour permettre la détection précoce du burn-out;
- déterminer les profils et rôles des différents intervenants devant mener le trajet;
- identifier les interactions devant être établies entre ces intervenants, les services de prévention de la santé au travail, le médecin généraliste et les médecins conseils des mutuelles, le cas échéant;
- développer les outils nécessaires pour la gestion clinique et scientifique du projet.

Cette proposition a ensuite été présentée à un panel élargi d'acteurs de terrain et aux partenaires sociaux des deux secteurs sélectionnés (secteurs hospitalier et bancaire) lors d'une journée de travail qui a permis de confronter la proposition aux réalités du terrain et de l'enrichir sur base des conseils et des bonnes pratiques reçus.

Le 23 mai 2017, la proposition finale a été validée par le conseil scientifique et le 7 octobre 2017, le comité de gestion des maladies professionnelles a approuvé le projet-pilote et chargé l'administration de finaliser les travaux en vue d'un lancement au 1er novembre 2018. Le projet a finalement été lancé le 17 janvier 2019.

2. DESCRIPTION DU PROJET PILOTE

2.1. Définition du burn-out et cadre conceptuel

Le projet pilote burn-out de Fedris a pour objectifs :

- de confirmer la faisabilité et la validité d'un trajet d'accompagnement de travailleurs menacés ou atteints à un stade précoce de burn-out;
- de permettre le maintien au travail ou la reprise rapide du travail de ces travailleurs.

Il s'inscrit dans le cadre de la prévention secondaire, en articulation avec la prévention primaire et tertiaire.

Afin de mener à bien ce projet, les Professeures Hansez (ULiège) et Braeckman (UGent) ont retenu la définition du burn-out telle qu'élaborée par les Professeurs Schaufeli et De Witte de la KULeuven et relayée par le Conseil Supérieur de la Santé (2017):

> *« En raison d'une surcharge au travail, souvent accompagnée d'une vulnérabilité personnelle et/ou de difficultés dans la vie privée, l'énergie nécessaire à la régulation de certains processus cognitifs et émotionnels ne peut plus être mobilisée. Cette perte de contrôle s'associe à l'épuisement pour aboutir à une réaction d'autoprotection dans laquelle est adoptée une distance mentale par rapport à la source d'épuisement (dans le cas d'un burn-out : le travail). Il s'agit alors principalement d'une attitude négative, par exemple sous forme de cynisme. Néanmoins, cette attitude peut également se traduire par une distance physique prise par rapport au travail (par exemple en évitant le contact avec les collègues). La perte de contrôle engendre en outre une humeur dépressive chez la personne. Cette humeur est donc la conséquence d'une réaction émotionnelle et ne doit pas être assimilée à une dépression en tant que trouble psychologique indépendant. Les symptômes de tension nerveuse (stress) sont considérés comme des symptômes secondaires et peuvent être utilisés pour obtenir une image plus complète du burn-out. Ils constituent souvent le premier motif pour lequel une aide est sollicitée et peuvent être le signe avant-coureur d'un burn-out sous forme de surmenage » (Desart et al., 2017).*

L'élaboration du trajet d'accompagnement s'est basée sur cette définition notamment pour le choix des approches thérapeutiques préconisées (à savoir les approches cognitivo-émotionnelle et psychocorporelle). Plusieurs études montrent, en effet, les bénéfices des interventions cognitivo- émotionnelles auprès des personnels soignants confrontés au stress ou au burn-out sur la gestion des émotions, de l'attention, les capacités à se détendre et à prendre soin de soi avec pour conséquence une amélioration de la qualité de vie et des relations professionnelles et familiales (Cohen-Katz et al., 2005; Moody et al., 2013; Huang et al., 2015; Eriksson et al., 2018).

Fedris a fait le choix de confier à des professionnels de santé de formations reconnues (en majorité psychologues mais également médecins) la mission de confirmer ou d'infirmer la présence d'un burn-out de stade précoce et, le cas échéant, de mettre en place une stratégie thérapeutique personnalisée. Au vu du nombre de troubles psychiques qui pourraient être concernés par la symptomatologie précitée, il est primordial qu'un diagnostic différentiel soit réalisé afin d'éviter les errances et échecs thérapeutiques. Or, le diagnostic de burn-out reste un diagnostic d'exclusion qui « *peut difficilement être fait*

en extériorité par des échelles d'évaluation ou l'observation de l'homme à son travail. C'est par une observation d'intériorité de l'homme par lui-même aidé par un professionnel qu'on peut arriver au diagnostic de burn-out » (Canouï, 2016, p. 31).

La particularité, la force et probablement l'originalité de ce projet pilote est d'être à la croisée de deux mondes : le travail et la santé. La méthodologie développée implique, à chacune de ses étapes (repérage, dépistage et soin), des acteurs relevant des différents niveaux de prévention, avec pour objectifs de faciliter leur articulation et de promouvoir une approche linéaire, globale et pluridisciplinaire de la prise en charge du burn-out. Elle offre la possibilité non seulement à un travailleur de bénéficier d'un trajet d'accompagnement individuel et personnalisé mais aussi aux acteurs de prévention (CPMT, CPAP) d'agir à un niveau plus collectif sur les composantes organisationnelles générant de l'épuisement professionnel.

2.2. Scope du projet

Le projet prévoit la prise en charge d'un minimum de 300 travailleurs[1] afin d'obtenir les données nécessaires à l'évaluation. Pour fixer un cadre financier au projet, un maximum de 1.000 travailleurs avait été fixé en début de projet. En 2021, les conséquences sur l'état de santé mentale des travailleurs impactés par la crise sanitaire provoquée par l'épidémie de Covid-19 a poussé le comité de gestion des maladies professionnelles à porter ce nombre à un maximum de 2.500 travailleurs afin de mieux répondre aux besoins du terrain.

Pour pouvoir bénéficier du trajet d'accompagnement proposé par le projet pilote burn-out de Fedris, les travailleurs doivent répondre à deux critères d'inclusion :

1. Exercer leurs fonctions au sein des secteurs hospitalier et de soins ou du secteur bancaire.

Le choix de ces secteurs a été guidé, d'une part, par la revue de la littérature réalisée en 2016 par les Professeures Hansez et Braeckman et, d'autre part, par la nécessité que Fedris soit effectivement mandaté pour prendre en charge les travailleurs des secteurs concernés.

Les travailleurs de la santé, de par leur exposition constante à des facteurs de stress épuisants sur le plan émotionnel dans le traitement complexe des patients, sont particulièrement à risque de burn-out professionnel (Woo et al., 2020).

Les travailleurs du secteur bancaire ont, quant à eux, à faire face depuis plusieurs années à de nombreux changements d'organisation, de structure et de modalités de travail. Des études ont en effet montré que le stress dans le secteur bancaire a atteint un niveau critique pouvant avoir des effets délétères sur la santé psychologique et physique des travailleurs de ce secteur (Giorgi et al., 2017).

[1] Les conditions du projet pilote ont été précisées dans l'arrêté royal du 7 février 2018 modifié par les arrêtés royaux des 28 décembre 2020 et 10 janvier 2022 déterminant les conditions d'un projet pilote visant la prévention du burn-out en relation avec le travail.

2. Présenter un syndrome de burn-out professionnel de stade précoce relevant de la prévention secondaire et donc ne pas être en arrêt maladie depuis plus de deux mois au moment de l'introduction de la demande de participation.

2.3. Impact de la crise sanitaire provoquée par l'épidémie de Covid-19

L'épidémie de Covid-19 a eu des répercussions sur le projet et ses publics-cibles, en particulier le secteur hospitalier en première ligne dans la gestion de la crise sanitaire. Dès la fin du mois de mars 2020, à l'approche du premier pic de contaminations, le contexte Covid-19 a commencé à être mentionné dans les dossiers comme facteur aggravant et/ou déclencheur du burn-out. Conformément au principe de gestion de crise qui veut qu' « à situation exceptionnelle, moyens exceptionnels », l'équipe projet a adopté une démarche proactive et pensé une réponse adaptée tenant compte de l'ampleur de la crise et des retours du réseau d'intervenants. Une revue de la littérature internationale sur les expériences antérieures d'épidémie (SRAS, H1N1) et récentes (Covid-19), réalisée par Fedris en avril 2020, a mis en évidence un impact conséquent sur la santé mentale dans la population générale, et en particulier pour le personnel soignant de première ligne exposé à des risques psychosociaux professionnels et personnels spécifiques (Kang et al., 2020).

Sur le plan clinique, la confrontation soudaine au coronavirus a exigé des capacités d'adaptation à des informations changeantes, l'acquisition de nouvelles connaissances, l'apprentissage de compétences spécifiques en matière de gestion de crise mais aussi en matière de précaution, de protection et de stratégies de soins. Cette revue de la littérature scientifique a, par ailleurs, fait état d'une augmentation de la détresse psychologique avec apparition ou aggravation des troubles anxieux, dépressifs, addictifs ou de stress-post traumatique (Lai et al., 2020 ; Koh et al., 2005 ; Maunder, 2004) avec comme corollaire le risque d'une majoration des passages à l'acte suicidaire (Reger et al, 2020). Ces troubles peuvent bien évidemment avoir des répercussions sur le fonctionnement au travail et provoquer l'entrée dans le processus de burn-out ou son aggravation. Les expériences passées montrent que les plaintes s'expriment au décours de la crise mais aussi souvent en différé (jusqu'à 2 ans ; Maunder et al., 2006), au moment où les symptômes ne sont plus tolérables ou lorsque qu'un dysfonctionnement important apparaît.

Au vu de l'enjeu majeur en termes de protection de la santé mentale au travail, il a semblé à Fedris que le projet pilote de prévention secondaire du burn-out, déjà en place et identifié par les acteurs de prévention, pouvait constituer un des maillons de cette stratégie.

Des adaptations ont été mises en place avec pour objectif de permettre aux travailleurs qui le nécessitaient une évaluation et une prise en charge des conséquences psychologiques spécifiques de la crise sur leur fonctionnement, préalable nécessaire à la prise en charge plus globale de leur épuisement professionnel. La prise en compte de l'impact Covid-19, dès la phase diagnostique et ensuite dans la phase de prise en charge, permet au trajet d'accompagnement tel que pensé initialement, de garder toute sa pertinence et son efficacité. Lors de la phase diagnostique, le repérage d'éventuels troubles ou difficultés liés à la crise sanitaire venant compliquer le tableau de burn-out de stade précoce a permis leur évaluation et leur prise en charge le cas échéant. Un objectif secondaire, mais néanmoins essentiel, de ces adaptations était d'augmenter les capacités de résilience des travailleurs en cas de crise ultérieure. Prendre du recul sur l'expérience du travail en situation de crise et en dégager des enseignements, tant organisationnels que personnels, peuvent constituer un facteur protecteur contre l'épuisement professionnel dans l'avenir.

D’un point de vue concret, les adaptations ont portés sur :

- l’élargissement du projet pilote aux autres secteurs des soins de santé :
  - activités des médecins généralistes (Q86.210);
  - activités des médecins spécialistes (Q86.220);
  - activités de transport par ambulance (Q86.903);
  - activités de revalidation ambulatoire (Q86.905);
  - activités des praticiens de l'art infirmier (Q86.906);
  - activités de soins résidentiels pour personnes avec un handicap mental, un problème psychiatrique ou toxicodépendantes (Q87.2);
  - activités de soins résidentiels pour personnes âgées ou avec un handicap moteur (Q87.3).

- l’extension du *scope* du projet de 1.000 à 2.500 travailleurs pouvant bénéficier d’un accompagnement après confirmation du diagnostic;

- la prise en compte de l’impact de l’épidémie de Covid-19, dès la phase diagnostique et ensuite, dans la phase de prise en charge avec l’adjonction de séances spécifiques.

Ces modifications sont reprises dans l’arrêté royal du 28 décembre 2020 (publié le 8 janvier 2021) modifiant l’arrêté royal du 7 février 2018 déterminant les conditions d’un projet pilote visant la prévention du burn-out en relation avec le travail.

2.4. Acteurs de la prévention

Le médecin traitant, le CPMT et le CPAP sont les portes d’entrée dans le projet pilote. Ces derniers ont les compétences, connaissances, formations et/ou titres reconnus pour réaliser une première analyse et une évaluation des risques psychosociaux auxquels le travailleur est confronté et écarter d’autres pathologies pouvant expliquer son état de santé. Le CPMT et le CPAP ont également un rôle clé dans l’articulation entre l’action de l’intervenant burn-out (voir point 2.5.1.) au niveau individuel et celle de l’employeur au niveau collectif et organisationnel. Dans le cadre du projet pilote, ils reçoivent, moyennant accord du travailleur, une « fiche de transmission » reprenant les éléments pertinents et utiles au suivi dudit travailleur. Ils peuvent, par ailleurs, en réaliser l’analyse pour assurer à la fois l’avenir du travailleur concerné au sein de l’entreprise mais également, sur un plan plus collectif, le bien-être de l’ensemble des travailleurs dans le cadre de la prévention primaire des risques psychosociaux au sein de l’entreprise. Ils jouent ainsi un rôle charnière entre la prévention secondaire et la prévention primaire, entre le monde de la santé mentale et celui du travail.

Les responsables des RH, le management de proximité, les personnes de confiance et les délégués syndicaux sont autant d’acteurs essentiels pour le repérage et l’orientation vers la médecine du travail, la mise en place d’actions concrètes permettant un maintien et/ou un retour au travail du travailleur concerné par le projet et la mise en place de mesures permettant d’éviter d’autres cas à l’avenir.

2.5. Intervenants conventionnés par Fedris

En phase préparatoire du projet, après concertation des acteurs de terrain et des académiques, le choix de Fedris pour constituer son réseau d'intervenants s'est porté sur les psychologues cliniciens, les médecins et les kinésithérapeutes, professionnels pouvant tous attester d'une formation reconnue dans le domaine de la santé ou de la psychologie. Par ailleurs, un des objectifs étant de cerner de façon plus affinée le phénomène du burn-out professionnel, il semblait important de joindre l'expertise en santé mentale des psychologues et psychiatres à celle des acteurs de prévention médecins du travail et médecins généralistes.

A cette fin, trois types d'intervenants (IBO, ICI, ICO), pouvant avoir des profils différents, ont été définis dans le cadre du trajet d'accompagnement tel que proposé par Fedris (profils détaillés en annexe 1). Les professionnels et centres sélectionnés ont signé annuellement une convention de collaboration avec Fedris, selon le/les rôle(s) pour le(s)quel(s) ils ont été sélectionnés. Ces conventions sont spécifiques pour chaque rôle et différentient les centres ou les intervenants qui participent à titre individuel sous statut d'indépendant.

Ces conventions ont été améliorées au fur et à mesure du projet afin qu'elles soient les plus claires et les plus précises possible sur les responsabilités et les obligations qui incombent à chaque rôle d'intervenant et qu'elles insistent sur l'importance de la coordination entre ces différents rôles.

2.5.1. Intervenant burn-out (IBO)

L'intervenant burn-out (IBO) joue un rôle central dans le projet pilote en tant qu'intervenant de référence. Dans un premier temps, l'IBO a pour mission de confirmer ou infirmer la présence d'un stade précoce de burn-out lié au travail et le fait que le trajet d'accompagnement prévu par Fedris est adapté à la situation du travailleur. Dans un deuxième temps, il occupe le rôle de coordinateur. Il prend en charge le travailleur, coconstruit avec lui son trajet et coordonne celui-ci, en lien avec les autres acteurs impliqués dont les compétences spécifiques ont été mobilisées. Dans le cadre de la coordination qu'il assure, c'est à lui de préparer la réunion pluridisciplinaire avec le travailleur et de contacter, si nécessaire, le service de prévention afin d'expliquer le cadre et les besoins du travailleur pris en charge. En effet, cet intervenant est une personne de contact pouvant faciliter les échanges avec les acteurs de prévention en y préparant le travailleur et en transmettant, le cas échéant, et avec son accord, les informations estimées utiles pour son suivi. Enfin, c'est également l'intervenant burn-out qui rédige et transmet les rapports de dépistage et de fin de prise en charge à Fedris.

2.5.2. Intervenant séances individuelles (ISI)

L'intervenant séances individuelles (ISI) est chargé d'effectuer les séances de prise en charge cognitivo- émotionnelle et/ou psychocorporelle du travailleur. L'approche cognitivo-émotionnelle fait référence à des thérapies qui prennent en compte à la fois les dimensions cognitive, comportementale et émotionnelle de l'individu. Cette approche permet à celui-ci de conscientiser ses pensées, ses émotions et ses comportements et ainsi d'apprendre leur gestion. L'approche psychocorporelle met, quant à elle, le corps et les perceptions au centre de l'accompagnement. Le corps est considéré comme une porte d'entrée vers le bien-être physique d'une part et psychique, d'autre part. En agissant sur le corps et ses tensions, on agit également sur le psychisme.

2.5.3. Intervenant COVID (ICO)

En lien avec l'intervenant burn-out, l'intervenant COVID met en place, le cas échéant, un dispositif d'évaluation et de prise en charge précoce des conséquences de la crise sanitaire sur le fonctionnement personnel et professionnel du travailleur orienté vers le projet. Les problématiques abordées et les enseignements tirés grâce aux séances du « Module COVID » et/ou « Starterkit COVID » viennent alimenter le trajet d'accompagnement et éclairer le processus d'épuisement professionnel dans son entièreté et donc, dans toute sa complexité.

2.6. Procédure de sélection des intervenants

Chaque intervenant indépendant montrant un intérêt pour le projet pilote devait envoyer un curriculum vitae (CV), une lettre de motivation, une copie des diplômes et formations diplômantes et une copie de son inscription à la Commission des psychologues (pour les psychologues uniquement) à Fedris.

Les candidatures pour les rôles d'IBO, d'ISI et d'ICO ont été analysées par les psychologues et les kinésithérapeutes de Fedris sur base des critères définis par les profils d'intervenants tels que détaillés à l'annexe 1.

Pour le rôle d'intervenant burn-out, un entretien complémentaire a été réalisé par les psychologues de Fedris. Cela fut l'occasion de vérifier l'expérience des candidats en matière d'évaluation diagnostique et de prise en charge du burn-out mais aussi leur aptitude à exercer la fonction de coordination de trajet. Par ailleurs, cela a permis également de s'assurer de la bonne compréhension du projet et du cadre dans lequel la convention de collaboration avait été signée. Cette validation conditionnait l'ajout de l'intervenant au réseau d'intervenants constitué dans le cadre du projet pilote burn-out. Lorsque la candidature avait été validée, la convention ad hoc a été envoyée pour signature.

Pour l'inclusion d'intervenants par des centres, la procédure de sélection a été identique. Toutefois, il était en outre demandé aux centres souhaitant participer au projet de désigner une personne de contact pour Fedris. Cette personne a également été rencontrée lors d'une interview menée par les psychologues de Fedris. Cette rencontre a permis d'avoir une meilleure compréhension du fonctionnement du centre, du profil des différents acteurs y travaillant et de valider ou non sa candidature. Cette validation conditionnait l'ajout du centre à la liste des intervenants conventionnés avec Fedris.

2.7. Formation des intervenants

Dès le début du projet, Fedris a mis en place une démarche d'information et de formation continue du réseau d'intervenants et des acteurs de prévention. Chaque action menée a été élaborée sur base des questions émanant du réseau constitué, mais aussi des questionnements et de la réflexion de l'équipe tout au long du projet. Une évaluation systématique de ces actions a été effectuée afin de garantir la qualité et l'amélioration constante de cette démarche d'information et de formation continue du réseau d'intervenants.

2.7.1. Objectifs

Les objectifs poursuivis dans le cadre des actions d'information et de formation des intervenants et acteurs de prévention du réseau sont multiples. Il s'agissait à la fois de permettre aux participants d'acquérir une bonne compréhension et utilisation du dispositif mis en place par Fedris (ex : cadre conceptuel, outils créés, rôles et missions , etc.) mais aussi de leur offrir un espace de réflexion et de partage d'expériences cliniques du trajet d'accompagnement (bonnes pratiques, transmissions de connaissances et observations, etc.). Cela fut également l'occasion d'œuvrer à la consolidation d'un réseau de professionnels actifs dans la prévention du burn-out. Enfin, ces rencontres avec les professionnels de terrain ont également permis d'offrir à Fedris la possibilité de conserver une vue d'ensemble du projet, condition nécessaire pour s'adapter à une réalité de terrain en constante évolution.

2.7.2. Outil mis à disposition des intervenants

Une guideline pour les intervenants a été créée. Elle reprend l'ensemble des informations destinées aux intervenants (le contexte du projet pilote, la définition de risques psychosociaux, la méthodologie du trajet d'accompagnement, une description de chaque étape du trajet de soin, une description des différents rôles, la coordination à prévoir avec les autres intervenants et avec les différents acteurs de terrain). Les modalités administratives (facturation, envoi des documents, etc.) y étaient également expliquées.

Une plateforme *SharePoint* dédiée aux intervenants a également été créée. Cette plateforme contient l'ensemble des documents qui peuvent ou doivent être utilisés dans le cadre des procédures administratives, la guideline et les différents outils de communication ou d'explication du projet à destination des travailleurs. Seuls les intervenants conventionnés ont eu accès à ce *SharePoint*. Sur demande, les intervenants pouvaient recevoir cette documentation en version papier.

2.8. Description du trajet

2.8.1. Articulation des différentes phases et niveaux de prévention

Le trajet comportait plusieurs phases (voir Figures 1 et 2 ; Annexe 2) détaillées ci-après.

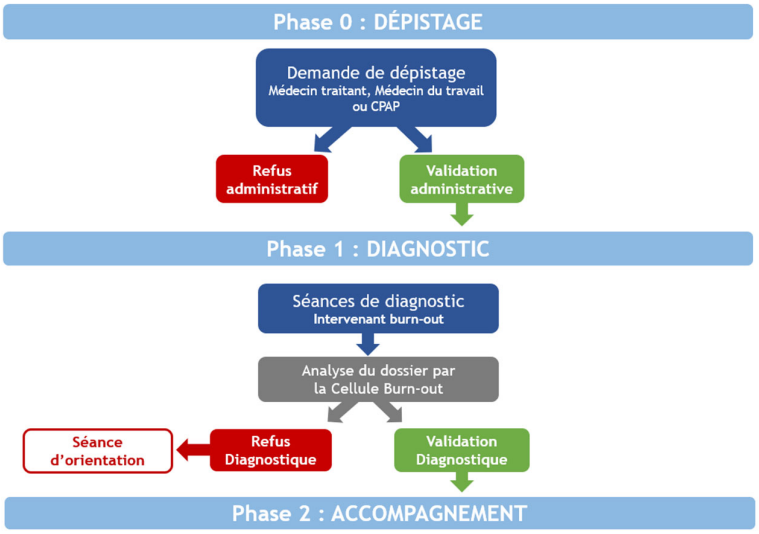


Figure 1. Phases du trajet d'accompagnement.

2.8.2. Phase 0 : Le dépistage

Tout acteur de prévention qui repérait un travailleur présentant des signes de burn-out pouvait l'orienter vers le projet pilote. La demande d'orientation pouvait également émaner du travailleur lui-même. Dans les deux cas, une demande de dépistage devait être introduite auprès de Fedris par le travailleur en concertation avec son médecin traitant, son CPMT et/ou son CPAP, signataires de la demande.

Au moment d'introduire sa demande de participation, le travailleur a été informé qu'une étude était associée au projet pilote burn-out et qu'il pouvait à tout moment décider d'arrêter le trajet et/ou l'étude y associée. Sur base de ce formulaire dit « de dépistage », qui comprend par ailleurs une première évaluation des risques psychosociaux auxquels le travailleur est confronté, Fedris a examiné si le travailleur répondait aux critères d'inclusion précédemment cités. Suite à cela et sur base d'un premier accord, un courrier de décision administrative était envoyé au travailleur qui entrait alors en Phase 1.

2.8.3. Phase 1 : Le diagnostic

Le travailleur choisissait et prenait contact avec un intervenant burn-out dans la liste des intervenants conventionnés avec Fedris. Le travailleur rencontrait cet « intervenant burn-out » (psychologue ou médecin) qui évaluait sa situation lors de maximum deux séances dites « de diagnostic ». Sur base de l'évaluation approfondie qui en découle, l'intervenant burn-out, avec accord du travailleur, transmettait un « rapport de dépistage » à Fedris et introduisait, le cas échéant, une demande de prise en charge. L'ensemble des éléments du dossier était alors analysé et discuté lors des réunions de concertation des psychologues de Fedris. Cette analyse avait pour but de statuer sur :

- la présence d'un stade précoce de burn-out,
- la présence d'un lien prépondérant du burn-out avec le travail,
- la pertinence d'une prise en charge dite précoce,
- et l'adéquation du trajet d'accompagnement de Fedris à la situation du travailleur.

En cas de difficultés à statuer sur un dossier, les psychologues de Fedris se mettaient en lien avec l'intervenant burn-out pour une concertation clinique. Ce temps d'échange permettait une prise d'informations complémentaires et une confrontation des avis parfois contradictoires. Il a participé également, sur un plan plus méthodologique, au développement de l'expertise en matière de souffrance mentale au travail par un affinage commun et constant de la réflexion clinique.

Si la présence d'un syndrome de burn-out précoce en lien avec le travail était confirmée, Fedris donnait son accord et prenait à sa charge les coûts liés au trajet d'accompagnement du travailleur. La phase 2, à savoir le trajet d'accompagnement à proprement parler, pouvait alors commencer. Dans le cas contraire ou si le trajet proposé n'était pas adapté à la situation du travailleur, Fedris refusait la demande de prise en charge. A partir de 2021, une séance dite « d'orientation » a été proposée au travailleur. Cette séance permettait au travailleur de faire le point avec l'intervenant burn-out sur les raisons du refus et d'être réorienté vers l'aide la plus adaptée à sa problématique. Suite aux séances diagnostiques, une fiche de synthèse rédigée par l'intervenant burn-out et reprenant des éléments pertinents pour son suivi était, avec accord du travailleur, transmise à son médecin traitant, CPMT et CPAP.

2.8.4. Phase 2 : L'accompagnement

Sur base de l'évaluation effectuée lors de la phase diagnostique, l'intervenant burn-out coordonnait et définissait avec le travailleur son trajet d'accompagnement, en fonction de ses besoins et de son rythme. Le trajet d'accompagnement était composé de différents modules qui permettaient d'aborder à la fois la dimension organisationnelle et la dimension individuelle ayant mené au burn-out (voir Figure 2 et Annexe 2).

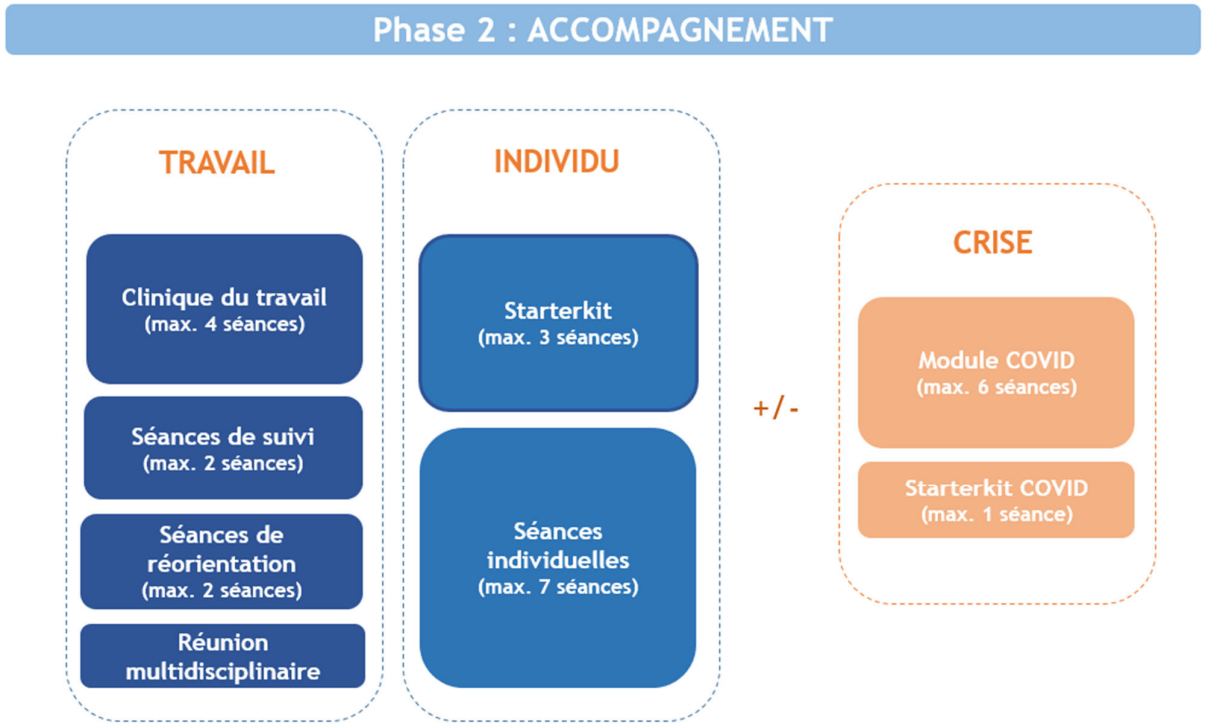


Figure 2. Structure modulaire du trajet

Chaque module a une fonction spécifique :

- « *Clinique du travail* »: permettre au travailleur de s'exprimer sur la réalité de son travail en donnant place à la subjectivité et à l'expression de la souffrance, d'énumérer les ressources dont il dispose (ressources personnelles, collectives ou organisationnelles mais aussi médicales et légales), d'aborder certains aspects légaux (droit du travail, législation bien-être), de faire un bilan sur la situation au travail, les causes du burn-out et enfin d'envisager l'organisation d'une réunion pluridisciplinaire et préparer le travailleur à cette réunion.
- « *Starterkit* »: apporter des connaissances de base sur les thèmes « bien-être/santé » comme la gestion du stress, l'hygiène de vie, etc.
- « *Séance(s) individuelle(s)* »: proposer un accompagnement selon les approches cognitivo- émotionnelle et/ou psychocorporelle. Toutes les séances ne devaient pas être réalisées selon la même approche ou avec le même intervenant.
- « *Séance(s) de suivi* »: faire le point avec le travailleur. C'est également l'occasion d'adapter la prise en charge en cours de trajet ou à la fin de celui-ci, de clôturer et si une suite est nécessaire, d'orienter le travailleur vers une prise en charge adaptée.
- « *Séance(s) de réorientation* »: dans le cas où une reprise du travail s'avère difficile, il s'agit d'ouvrir la réflexion, avec le travailleur, sur la possibilité d'une réorientation

professionnelle (par exemple : changement de poste, d'employeur, de secteur, de métier).

Le trajet d'accompagnement, tel que proposé, était flexible, personnalisé et s'étalait sur une période d'environ neuf mois. L'intervenant burn-out pouvait, grâce à une évaluation continue des besoins du travailleur, faire appel aux différents types de modules ainsi qu'à différents types de professionnels dits « intervenants séances individuelles » (voir point 2.5.2.).

De plus, comme précédemment mentionné, à partir de la crise sanitaire de 2020 (COVID-19), les travailleurs ont eu la possibilité, d'avoir recours à des séances supplémentaires en cas de conséquences psychologiques spécifiques de la crise sanitaire sur leur fonctionnement (voir Figure 2).

- « *Module COVID* » : favoriser l'expression et l'élaboration du vécu de la crise et des difficultés rencontrées. Il doit permettre le repérage des troubles psychiques apparus depuis la Covid-19 ou l'aggravation de troubles préexistants par le travail en situation sanitaire exceptionnelle et faciliter leur prise en charge.
- « *Starterkit COVID* » : apporter des connaissances de base sur les répercussions psychologiques spécifiques à une situation de crise sanitaire tout en permettant une sensibilisation aux moyens de prévenir l'apparition ou l'installation des troubles caractéristiques, ainsi que l'identification et/ou l'élaboration des stratégies de coping efficaces en cas de situation sanitaire exceptionnelle.

2.8.5. Phase 3 : La fin de prise en charge

Au terme de la prise en charge, l'intervenant burn-out devait envoyer un rapport final résumant le trajet réalisé ainsi qu'une fiche de synthèse qui, avec accord du travailleur, était transmise à son médecin traitant, au CPMT et au CPAP. L'analyse clinique de ces rapports par les psychologues de Fedris a permis une évaluation de l'impact du trajet d'accompagnement et de ses modules sur l'état psychique du travailleur.

3. MÉTHODOLOGIE D'ÉVALUATION DU PROJET

3.1. Détermination d'un cadre pour l'évaluation

Le cadre de l'évaluation a été défini par les expertes scientifiques et l'administration et validé par le comité de gestion des maladies professionnelles de Fedris, en juillet 2018. Il portait sur deux aspects :

1. Le bénéfice du trajet d'accompagnement sur le travailleur (bien-être, situation professionnelle) avec trois angles d'analyse :
   - l'état psychologique et médical du travailleur, en début de trajet, en fin de trajet et 3 mois après le trajet (données « prétest, post-test 1 et post-test 2 »);
   - la situation professionnelle du travailleur en début de trajet, en fin de trajet et 3 mois après le trajet (données factuelles : données liées à la situation d'emploi et données d'évolution de la situation professionnelle);
   - le lien entre ce qui a été réalisé durant le trajet (données disponibles dans les rapports) et l'efficacité sur la situation du travailleur.

2. L'efficacité et la qualité de l'organisation du projet pilote dans son ensemble :
   - la qualité des prestations des IBO et ISI (évaluation des IBO et ISI),
   - la qualité des prestations de Fedris (évaluation de Fedris).

Pour ce faire, il a été convenu que le trajet d'accompagnement soit évalué tant de manière objective que subjective et ce, à la fois sur ses bénéfices pour le travailleur et sur son efficacité organisationnelle afin de pouvoir juger de l'efficacité d'un trajet d'accompagnement tel que celui offert par Fedris et d'élaborer des recommandations quant à la suite à lui donner.

3.2. Recueil de données, codage et analyse

Les données nécessaires au projet pilote burn-out proviennent initialement de deux sources :

- le programme informatique de Fedris, développé pour gérer les dossiers des travailleurs ayant introduit une demande;
- les questionnaires en ligne développés via l'Université de Liège et permettant de questionner les travailleurs sur leur état de santé (envoyés aux travailleurs par Fedris en début de prise en charge, à la fin de la prise en charge et trois à six mois après la fin de la prise en charge) avec des échelles auto-rapportées de burn-out (Oldenburg Burnout Inventory (OLBI), Demerouti et al., 2003 ; Burnout Assessment Tool (BAT), Shaufeli et De Witte, 2019), l'échelle auto-rapportée DASS (Depression Anxiety Stress Scales ; Lovibond & Lovibond, 1995), et des questions sur l'utilisation des soins de santé (voir Rapport scientifique ; Hansez & Braeckman, 2023).

Par ailleurs, afin d'assurer la possibilité d'une analyse des données pertinentes présentes dans les différents rapports reçus par dossier, il a été décidé en 2020 de les coder. Pour ce faire, une demande d'amendement au projet pilote a été soumise au comité d'éthique de l'Université de Liège et approuvée. Ces données ont été entièrement codées et anonymisées via une grille de codage développée par les psychologues de Fedris sous la supervision des Professeurs Hansez et Braeckman. Le traitement de ces données a été réalisé par le biais d'un fichier transversal exploité via un logiciel informatique (SPSS for Windows, version 29).

3.3. Démarche d'évaluation du trajet d'accompagnement

Les expertes scientifiques responsables de l'évaluation du projet ont, initialement, fixé à 300 dossiers l'échantillon minimum suffisant pour réaliser des analyses statistiques fiables sur les données du projet pilote. En juillet 2021, un état des lieux a été présenté au comité de gestion des maladies professionnelles avec notamment un inventaire détaillé des données disponibles pour l'évaluation. Celui-ci montrait que l'évaluation complète du projet ne pourrait être menée, comme convenu, fin 2021 car l'ensemble des données nécessaires ne serait pas encore collecté (300 dossiers complets doivent comprendre les différents rapports, ainsi que les réponses aux pré-test, post-test 1 et post-test 2).

Au vu de ce constat, sur proposition de l'administration, le comité de gestion des maladies professionnelles a décidé d'adapter le planning d'évaluation et de modifier l'arrêté royal de façon à permettre l'inclusion de travailleurs au-delà du 17 janvier 2022. Un arrêté royal prolongeant le projet a été publié au *Moniteur Belge* le 20 janvier 2022. La proposition consistait en une évaluation progressive et continue tout au long de l'année 2022 afin de renforcer, au fur et à mesure (voir Figure 3), la validité des données. Cette évaluation progressive a permis d'envisager l'évaluation dans sa globalité et la mise en évidence, à chaque étape, des points d'amélioration en vue de formuler des recommandations pour la suite du projet pilote.

En 2022, au vu du nombre de données recueillies et du codage effectué, les expertes scientifiques associées au projet pilote burn-out ont effectué des tests de sensibilité (régression linéaire multiple et régression logistique…). Le résultat de cette analyse a permis de mettre en évidence des effets de taille moyenne ou modérée avec un seuil minimal de 100 dossiers. Cette taille d'effet est celle attendue dans le domaine dans lequel s'inscrit cette recherche. Ce seuil étant largement atteint pour EVAL3 (voir Figure 3), sur avis des expertes, il a été décidé d'arrêter le recueil des données destinées aux analyses menées par les expertes à la date du 31 octobre 2022 (avec un total de 223 dossiers complets). Un travail d'anonymisation et de vérification minutieuse des données encodées a été réalisé et finalisé fin novembre 2022 avec la remise aux expertes des données consolidées.

Par ailleurs, une évaluation qualitative a été menée avec les partenaires externes (intervenants conventionnés, acteurs de prévention, RH, partenaires sociaux). Pour ce faire, l'équipe projet a procédé à l'envoi aux partenaires externes de questionnaires d'évaluation du projet pilote en ligne. Elle a également mis en place un dispositif de recueil interactif de données qualitatives de type « focus groupe » (3 « focus groupes » avec les intervenants du réseau néerlandophones et francophones et 2 avec les acteurs de prévention néerlandophones et francophones), ainsi que des tables rondes avec les partenaires sociaux des secteurs concernés. Une fois l'ensemble des données de

l'évaluation recueillies, il a fait l'objet d'une analyse qualitative et descriptive par l'équipe de Fedris en charge du projet.

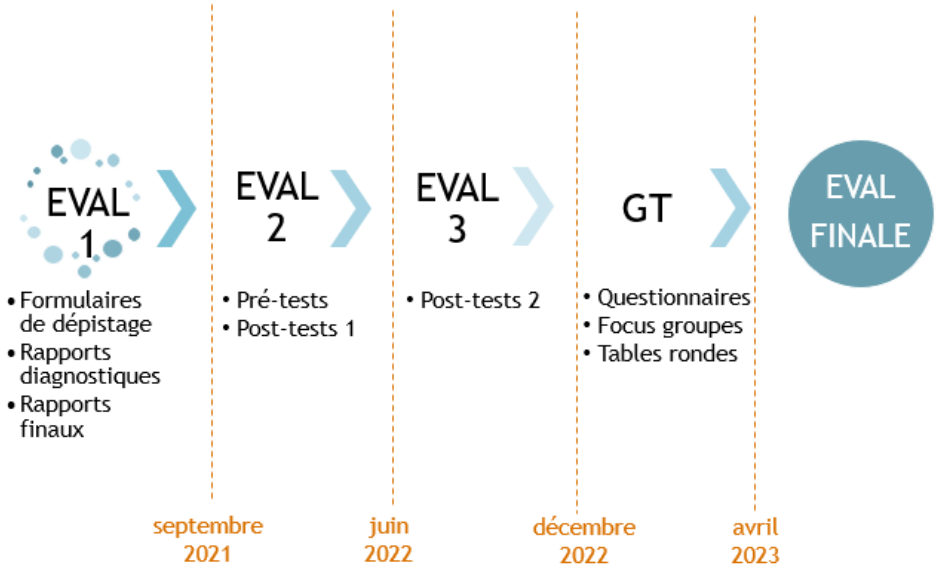


Figure 3. Planification de la démarche graduée d'évaluation présentée en juillet 2022.

4. ÉVALUATION DU PROJET

4.1. Données quantitatives générales

Les données ci-après représentent l'ensemble des dossiers reçus par Fedris depuis le début du projet et ce, jusqu'au 31 décembre 2022 (N = 1421). Les dossiers retenus par Hansez et Braeckman (2023) pour leur étude (N = 223) sont compris dans cet échantillon global.

4.1.1. Données sociodémographiques sur l'ensemble des travailleurs ayant introduit un formulaire de dépistage (PHASE 0)

Durant la période du projet, Fedris a reçu 1.421 formulaires de dépistage. Parmi ceux-ci, 1.054 formulaires (74,2%) provenaient du secteur de soins de santé, 316 du secteur bancaire (22,2%) et 51 (3,6%) ne relevaient pas d'un code NACE[2] concerné par le projet (voir Figure 4). Parmi les 1054 demandes provenant du secteur des soins de santé, 101 provenaient des nouveaux codes NACE introduits en janvier 2021.

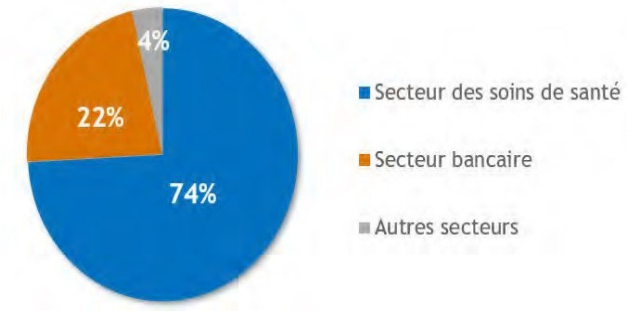


Figure 4. Répartition des formulaires de dépistage par secteur.

Parmi ces dossiers, 1013 (71,3%) étaient néerlandophones, 407 (28,6%) étaient francophones et 1 dossier (0,1%) germanophone (voir Figure 5). Cette proportion n'a pas vraiment varié depuis 2019, même si l'on a pu observer en cours de projet une augmentation des dossiers francophones.

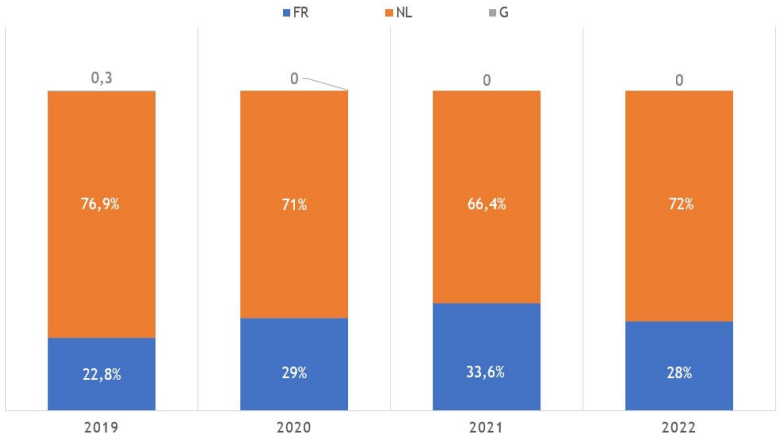


Figure 5. Répartition linguistique des formulaires de dépistage par année.

[2] Section K64 NACE 2008, Q86.1 NACE 2008, section, Q86.210 NACE 2008, section Q86.220 NACE 2008, section Q86.903 NACE 2008, section Q86.905 NACE 2008, section Q86.906 NACE 2008, section Q87.1 NACE 2008, section Q87.2 NACE 2008, section Q87.3 NACE 2008

La répartition par classes d'âges des formulaires de dépistage, quant à elle, est représentée par la Figure 6. On peut ainsi observer que 2,8% des formulaires de dépistage provenaient de travailleurs de moins de 25 ans, 22,5% de travailleurs ayant entre 25 et 35 ans, 29,1% de travailleurs ayant entre 35 et 45 ans 31,7% provenaient de travailleurs ayant entre 45 et 55 ans et enfin, 13,9% de travailleurs ayant entre 55 et 65 ans.

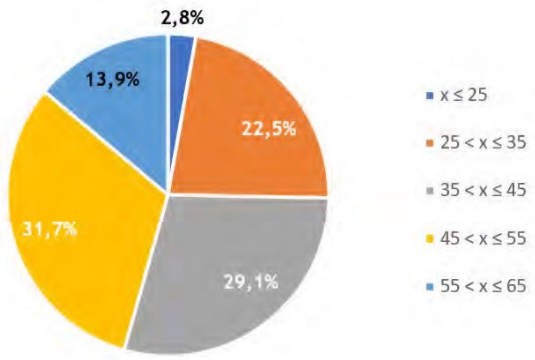


Figure 6. Répartition des formulaires de dépistage par âge.

De plus, comme l'indique la Figure 7, les demandes ont été en grande majorité introduites par des femmes (84% de femmes et 16% d'hommes) et ce, dans une proportion plus élevée dans le secteur hospitalier et de soins (88,6%) que dans le secteur bancaire (66,8%). Il convient de noter que cette grande disparité existe de facto dans le secteur hospitalier et de soins, majoritairement composé de personnel féminin.

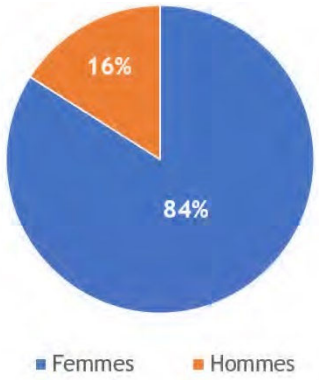


Figure 7. Répartition des formulaires de demande par genre.

4.1.2. Données descriptives relatives au repérage et au dépistage effectués par les acteurs de prévention (PHASE 0)

Ces résultats montrent que l'orientation des travailleurs vers le projet pilote burn-out s'est principalement faite par les conseillers en prévention et ce, dans des proportions sensiblement similaires du côté néerlandophone et du côté francophone (65,6% NL ; 64,8% FR).

Une différence peut cependant s'observer en ce qui concerne le signataire des formulaires de dépistage entre le côté néerlandophone et le côté francophone du pays (voir Figure 8). En effet, les travailleurs néerlandophones semblent principalement avoir été orientés vers le projet par le CPMT et les travailleurs francophones par le CPAP. Le CPMT est a contrario l'acteur qui a signé le moins de demandes de dépistage côté

francophone. Le médecin traitant, quant à lui, arrive en deuxième position et ce, quel que soit le rôle linguistique (31,4% NL ; 35,2% FR).

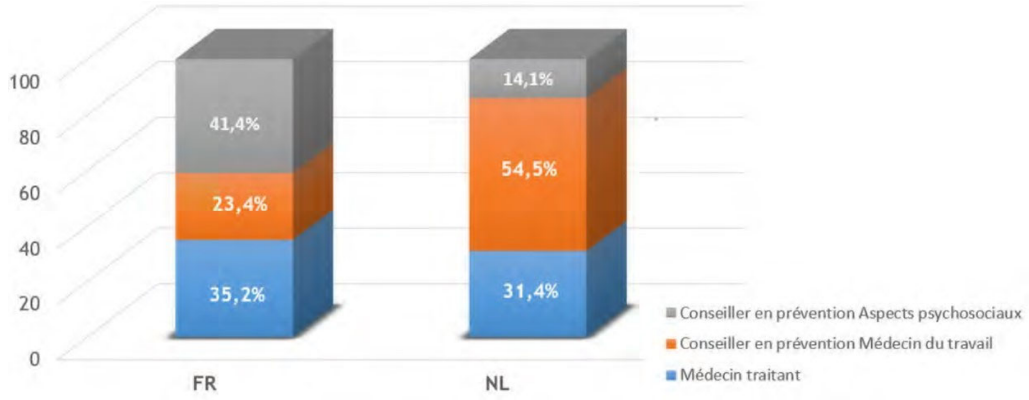


Figure 8. Répartition des formulaires de dépistage par type de signataire selon le rôle linguistique.

4.1.2.1. Facteurs de risques évoqués dans les demandes de dépistage

Sur les 1.421 formulaires de dépistage reçus, 1.413 mentionnaient des facteurs de risques psychosociaux (voir Figure 9).

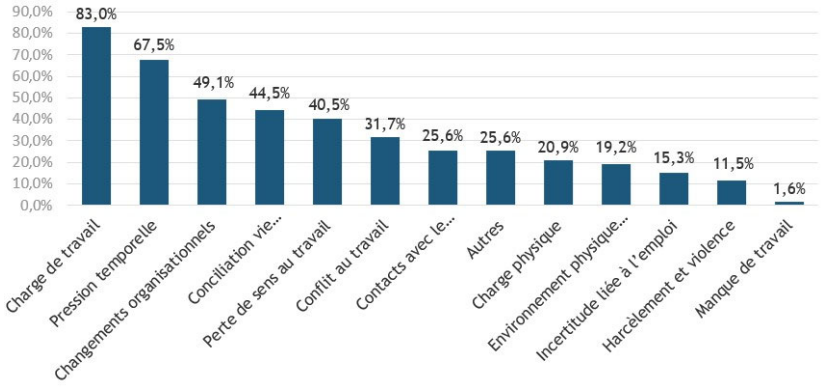


Figure 9. Fréquence des facteurs de risques mentionnés dans les demandes de dépistage de l'ensemble des secteurs.

De façon générale, les cinq facteurs de risques les plus fréquemment mentionnés dans les formulaires de dépistage étaient, par ordre décroissant, la charge de travail (83%), la pression temporelle (67,5%), les changements organisationnels (49,1%), la conciliation vie privée/vie professionnelle (44,5%) et la perte de sens au travail (40,5%).

Bien que ces résultats soient sensiblement les mêmes, on peut néanmoins remarquer des différences en termes de fréquence de facteurs de risques psychosociaux mentionnés par secteur.

La Figure 10 reprend la fréquence des facteurs de risques psychosociaux mentionnés sur les formulaires de dépistage provenant du secteur des soins de santé tandis que la Figure 11 reprend ceux du secteur bancaire.

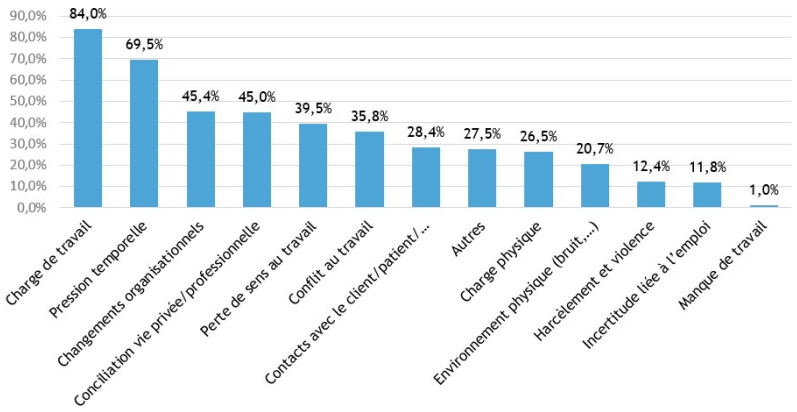


Figure 10. Fréquence des facteurs de risques mentionnés dans les demandes de dépistage pour le secteur des soins de santé.

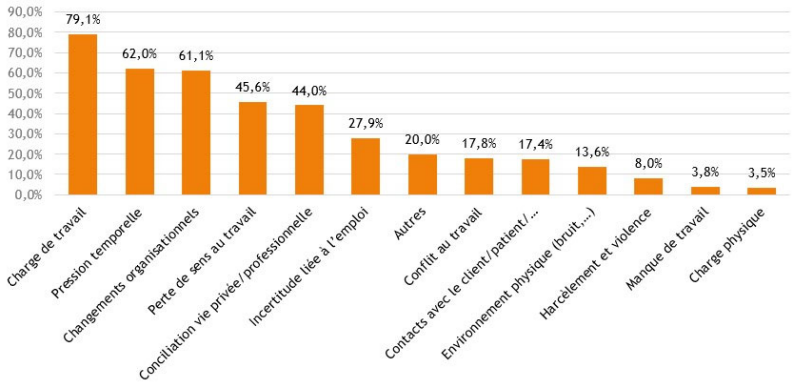


Figure 11. Fréquence des facteurs de risques mentionnés dans les demandes de dépistage pour le secteur bancaire.

Les conflits au travail arrivent en 6e position dans le secteur des soins (35,8%) mais en 8e position et dans une proportion moindre dans le secteur bancaire (17,8%). Pour le secteur des soins dont le fonctionnement d'équipe est constitutif mais qui est confronté de façon permanente à une pénurie d'effectifs et à une charge de travail conséquente, il n'est pas étonnant que ce facteur de risque augmente en fréquence.

A contrario, l'incertitude liée à l'emploi est beaucoup plus mentionnée dans le secteur bancaire (27,9%) que dans le secteur des soins de santé (11,8%). L'on remarque qu'il y a une différence d'expression du facteur de risque « changements organisationnels » qui peut peut-être, en partie, expliquer cet écart entre les deux secteurs.

4.1.2.2. Ressources manquantes évoquées dans les demandes de dépistage

Sur les 1421 formulaires de dépistage reçus, 1.311 mentionnaient le manque de certaines ressources.

De façon générale, les cinq ressources manquantes les plus fréquemment mentionnées dans les formulaires de dépistage étaient, par ordre décroissant, le soutien de la hiérarchie (60,2%), la reconnaissance (57,9%), la participation aux décisions (37,4%), le feed-back (35%) et le soutien des collègues (27,9%) (voir Figure 12).

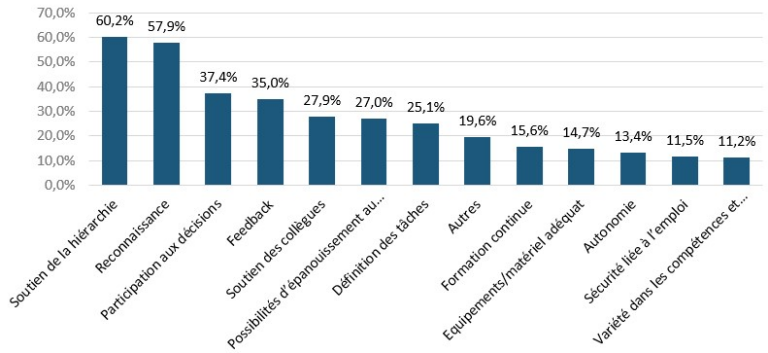


Figure 12. Fréquence des ressources manquantes mentionnées dans les demandes de dépistage.

Bien que les trois ressources manquantes les plus fréquemment mentionnées dans les formulaires de dépistage soient les mêmes dans le secteur des soins de santé et le secteur bancaire, on peut néanmoins noter quelques différences en termes de fréquence (voir Figures 13 et 14). De même, des différences entre secteurs peuvent également s'observer en ce qui concerne l'ordre et les fréquences d'expression des autres ressources manquantes.

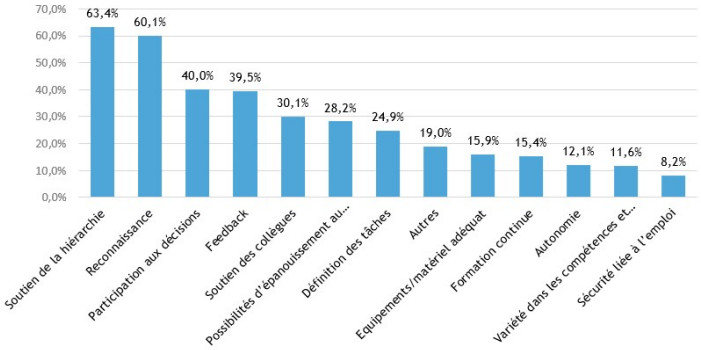


Figure 13. Fréquence des ressources manquantes mentionnées dans les demandes de dépistage du secteur des soins de santé.

Le soutien des collègues arrive en 5e position dans le secteur des soins (30,1%) mais en 9e position et dans une proportion moindre dans le secteur bancaire (17,4%).

La sécurité liée à l'emploi est une ressource manquante plus fréquemment mentionnée par les travailleurs du secteur bancaire (22,5%) que par ceux du secteur des soins de santé (8,2%).

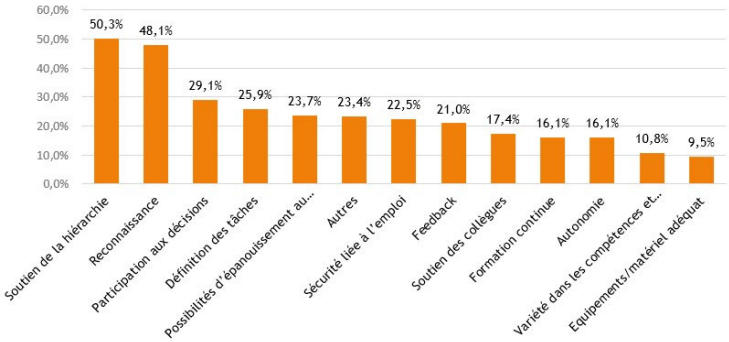


Figure 14. Fréquence des ressources manquantes mentionnées dans les demandes de dépistage du secteur bancaire.

4.1.3. Les formulaires de dépistage reçus et décisions prises par Fedris (Phase 1)

Sur les 1421 travailleurs ayant introduit un formulaire de dépistage depuis le début du projet, 1242 (87,4%) ont pu accéder à la phase de diagnostic, tandis que 179 travailleurs (12,6%) se sont vu refuser l'accès à la seconde phase du projet pilote.

Les causes de refus sont les suivantes :

- l'incapacité de travail dépasse les deux mois : 63 dossiers (35,2%);
- le travailleur ne fait pas partie d'un secteur concerné par le projet : 76 dossiers (42,5%);
- le travailleur n'a pas complété son formulaire : 16 dossiers (8,9%);
- le travailleur a débuté un autre trajet de réintégration : 20 dossiers (11,2%);
- le travailleur ne souhaite plus participer au projet : 3 dossiers (1,7%);
- le travailleur a déjà participé au projet : 1 dossier (0,5%).

Sur les 1.242 dossiers des travailleurs ayant accédé à la phase 2 du projet pilote,1.064 rapports de dépistage (85,7%) ont été reçus, tandis que 178 rapports de dépistage (14,3%) ne l'ont pas été.

4.1.4. Les rapports de dépistage et décisions prises par Fedris (Phase 2)

En date du 31 décembre 2022, un total de 1.064 rapports de dépistage ont été réceptionnés. Sur base de ces rapports de dépistage, Fedris a ouvert l'accès à un trajet d'accompagnement à 865 travailleurs (81,3%). À l'inverse, suite à l'analyse de ces rapports par les psychologues de Fedris, 199 travailleurs (18,7%) se sont vu refuser l'accès au trajet d'accompagnement (voir Figure 15).

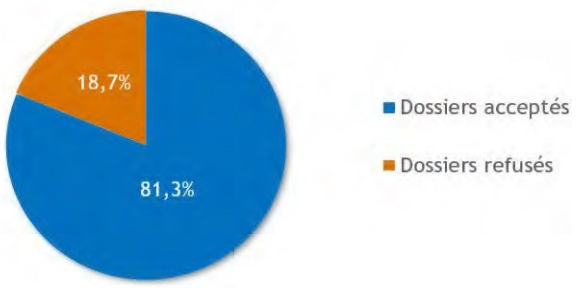


Figure 15. Répartition des rapports de dépistage en fonction de la décision prise par Fedris.

Parmi les refus, 9 travailleurs (4,5%) ont renoncé d'eux-mêmes à participer au trajet d'accompagnement de Fedris, tandis que 188 travailleurs (94,5%) n'ont pas été acceptés pour cause de non-adéquation du trajet d'accompagnement à leur situation. Une non-adéquation peut, par exemple, être due au constat d'un stade de burn-out trop avancé ne relevant plus de la prévention secondaire, de l'absence de lien prédominant avec le travail, de la présence d'une autre pathologie prédominante ou de difficultés privées importantes nécessitant une prise en charge globale. Pour 2 dossiers (soit 1%), le rapport était incomplet.

4.1.5. Les trajets d'accompagnement en cours ou terminés (PHASE 3)

Sur les 865 travailleurs acceptés dans le trajet d'accompagnement, 631 rapports de fin de prise en charge ont été réceptionnés et 234 travailleurs étaient encore en cours de trajet d'accompagnement à la date du 31 décembre 2022.

4.1.6. Délais de traitement des demandes de participation au projet pilote

Comme mentionné précédemment, les demandes parvenant à Fedris étaient soumises à deux validations, à savoir une validation administrative et une validation clinique.

La validation administrative donnait accès à la phase de diagnostic (Phase 1). Le délai initialement fixé dans l'arrêté royal du 7 février 2018 pour cette étape est de 30 jours calendrier.

En pratique, pour l'année 2022 par exemple, le délai moyen de traitement de la demande de dépistage a été de 9,5 jours calendrier (de la date de réception des documents par Fedris à l'envoi des courriers de décision aux travailleurs). Si cette moyenne passe à 12 jours calendrier pour le traitement des dossiers refusés, la moyenne de traitement est de 7 jours calendrier pour des dossiers acceptés (voir Tableau 1). Une telle différence peut principalement s'expliquer par la nécessité de devoir joindre les travailleurs pour lesquels les formulaires de dépistage étaient incomplets, ce qui entravait le traitement du dossier.

Tableau 1. Moyennes des délais de traitement des demandes de dépistage par trimestre pour l'année 2022.

		T1	T2	T3	T4	2022	2019
Demandes de dépistage	Refusées	1	13	9	8	12	22
	Acceptées	9	7	6	8	7	11
	TOTAL	5	10	7,5	8	9,5	13

Comme indiqué sur le Tableau 1, une très nette amélioration des délais de traitement a été observée entre 2019 et 2022 tant pour les dossiers acceptés que pour les dossiers refusés. L'explication principale tient à l'amélioration continue des processus internes et outils de traitement des formulaires de dépistage en cours de projet.

La validation clinique donnait, quant à elle, accès au trajet d'accompagnement (Phase 2). Le délai fixé par Fedris en début de projet était de 15 jours calendrier. Il n'y avait pas de délai prévu dans l'arrêté royal du 7 février 2018.

Pour l'année 2022, le délai moyen de traitement des demandes de prise en charge a été de 15 jours calendrier (depuis la réception des documents par Fedris à l'envoi des courriers de décision aux travailleurs) tant pour les demandes de prise en charge acceptées que refusées (voir Tableau 2).

Tableau 2. Moyennes des délais de traitement des demandes de prise en charge par trimestre pour l'année 2022.

		T1	T2	T3	T4	2022	2019
Demandes de prise en charge	Refusées	15	14	16	15	15	32
	Acceptées	14	17	13	13	15	19
	TOTAL	14	17	14	14	15	22

À nouveau, une amélioration des délais de traitement entre 2019 et 2022 a pu s'observer tant pour les dossiers acceptés que pour les dossiers refusés. Cette amélioration des délais de traitement des demandes de prise en charge peut en grande partie s'expliquer par le recrutement de psychologues supplémentaires en cours de projet.

4.1.7. Impact de la crise COVID-19

Sur 703 rapports de dépistage reçus à partir de mars 2020, 542 dossiers (77,1%) mentionnaient le contexte Covid-19.

L'information sur le type d'impact de la Covid-19 manquait pour 3 dossiers. Au total, 7,7% des dossiers ne mentionnaient aucune présence d'un impact Covid-19, tandis que 23,7% mentionnaient l'évaluation de ce facteur comme non applicable à la situation du travailleur.

Enfin, parmi les 542 dossiers mentionnant l'impact Covid-19, 459 (84,7%) indiquait que ce dernier avait eu un impact négatif, potentiellement aggravant et/ou déclencheur du burn-out.

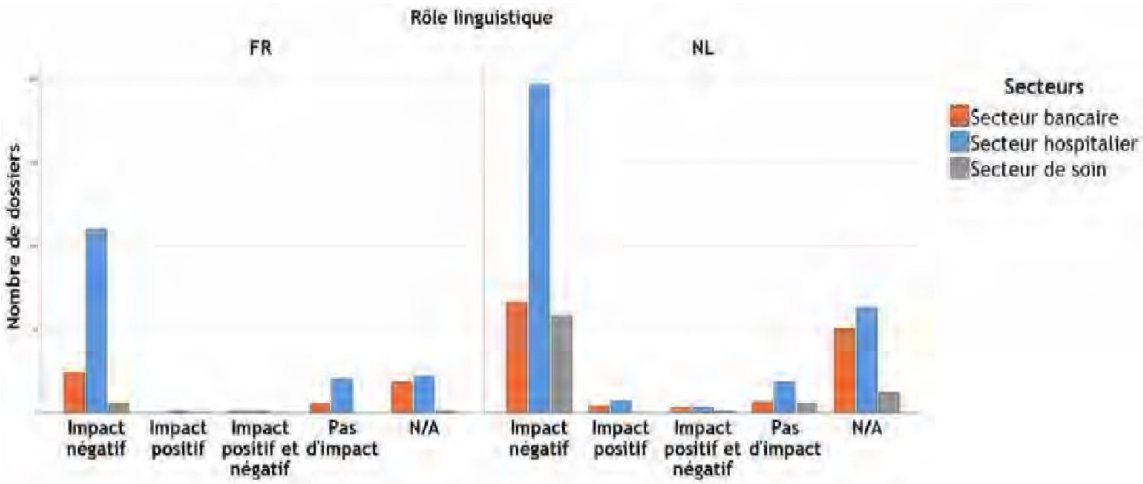


Figure 16. Répartition du nombre de dossiers en fonction de l'impact Covid-19 mentionné dans les rapports de dépistage par secteur et rôle linguistique.

Ces résultats permettent de mettre en évidence l'impact négatif que la crise sanitaire a pu avoir sur le fonctionnement de certains travailleurs, en particulier pour le secteur hospitalier, grandement exposé. Ce constat justifie pleinement les modifications du projet proposées en 2020 et qui ont été implémentées durant l'année 2021 suite à la parution de l'arrêté royal du 28 décembre 2020. En décembre 2022, 185 séances spécifiquement dédiées aux conséquences de la crise sanitaire ont ainsi été effectuées. Il est à noter que le manque d'intervenants dans certaines régions a pu entraver l'accès

à ces séances spécifiques. Néanmoins, cela tend à montrer que le dispositif initialement pensé peut s'adapter à une crise imprévue et surtout aux besoins des travailleurs impactés par cette crise. Pour mener à bien ce type d'adaptations et la formation du réseau à ces changements, Fedris fait le constat de l'intérêt de bénéficier en interne de l'expertise nécessaire capable, en cas de crise, de faire preuve de proactivité tout en garantissant la qualité scientifique et la pertinence des changements proposés.

4.2. Évaluation scientifique du projet

Comme expliqué précédemment (voir point 3.1. Détermination d'un cadre pour l'évaluation), les modalités d'évaluation avaient été fixées dès la genèse du projet, validées par le comité de gestion des maladies professionnelles et incluses dans le contrat passé avec les expertes scientifiques. Ce rapport (voir rapport scientifique ; Hansez & Braeckman, 2023) a été remis à l'équipe de projet le 15 mars 2023 et porte sur l'ensemble des dossiers complets collectés (voir point 3.3. Démarche d'évaluation), soit 223 dossiers.

Les analyses réalisées par Hansez et Braeckman (2023) montrent l'intérêt d'un dispositif coordonné de repérage et de prise en charge précoces du burn-out. En effet, les analyses ANOVA à mesures répétées effectuées permettent non seulement de mettre en évidence une diminution significative des scores des travailleurs sur des échelles de burn-out, de stress, dépression et anxiété, mais également une amélioration auto-rapportée de l'état de santé tant physique que psychologique et du bien-être global des travailleurs. Ces résultats se maintiennent dans le temps (à 6 mois), ceci tendant à démontrer l'efficacité du trajet d'accompagnement de Fedris sur la santé des travailleurs à court et moyen terme. Ce maintien dans le temps des bénéfices du trajet d'accompagnement de Fedris sur la santé des travailleurs s'observe également en termes de consommation des soins de santé des travailleurs avant et après leur prise en charge. On remarque, en effet, une diminution du recours des travailleurs aux médicaments, aux consultations avec un prestataire de soins et aux autres examens médicaux.

En ce qui concerne l'hypothèse de l'efficacité du trajet de Fedris en termes de maintien et/ou de retour au travail, cette dernière semble se confirmer avec une différence significative concernant la situation professionnelle des travailleurs (ex : arrêt maladie, au travail, etc.) avant et après leur participation au trajet d'accompagnement de Fedris. 81,9% des participants se disent, en effet, au travail après leur participation au trajet, contre 45,3% avant le début de leur prise en charge. De plus, si une majorité de travailleurs évoque des changements dans leur propre rapport au travail, leur perception vis-à-vis des actions mises en place au niveau de l'organisation du travail est plus mitigée avec, par exemple, 60% des travailleurs estimant que leur organisation n'a pas pris conscience du problème à un niveau plus collectif.

Enfin, les résultats de Hansez et Braeckman (2023) mettent également en évidence une grande satisfaction des participants vis-à-vis de leur prise en charge. De manière générale, les participants ont évalué à 8,01 sur 10 (σ = 1,79) leur satisfaction à l'égard du projet pilote. Ils se disent, en effet, satisfaits tant au niveau des aspects organisationnels et logistiques (ex : prise de rendez-vous, locaux, distances géographiques, etc.) que du contenu (ex : type de professionnels impliqués ; nombre ; type et contenu de séances ; personnalisation de l'offre).

Bien que ces résultats soulignent l'intérêt d'un trajet individuel mixte abordant les composantes organisationnelles et individuelles du burn-out, ils montrent également les difficultés rencontrées par certains travailleurs, à un niveau plus organisationnel et collectif, en ce qui concerne la mise en place d'actions concrètes et de changements par l'organisation-même.

Aux résultats de Hansez et Braeckman (2023) vient s'ajouter l'évaluation réalisée par Fedris décrite ci-après (voir points 4.3. Evaluation du réseau et 4.4. Efficacité et qualité de l'organisation) démontrant, globalement, une satisfaction des acteurs de prévention et de soins impliqués dans son projet pilote burn-out.

4.3. Évaluation par le réseau d'intervenants

La composition du réseau d'intervenants a été dynamique et a évolué d'année en année. Cela s'explique tant par l'arrivée de nouveaux intervenants que par le départ de certains. Les motifs les plus évoqués dans le cas de non-renouvellements étaient le manque d'activité ayant pour conséquence une démotivation et un désengagement de la part des intervenants, la lourdeur administrative liée à la fonction de coordination des intervenants burn-out et le tarif horaire de Fedris inférieur aux tarifs fixés par l'INAMI pour son offre de soins psychologiques dits de « première ligne ». D'autres non-renouvellements ou ruptures de convention relevaient, quant à eux, d'une décision de Fedris suite à l'évaluation de la qualité des prestations fournies par les intervenants concernés, jugée insuffisante ou inappropriée.

Les difficultés principales rencontrées par Fedris étaient les suivantes :

- le manque de clarté dans les rôles;
- l'exécution de séances de prise en charge avant le feu vert de Fedris;
- le manque de coordination entre les différents rôles;
- les absences de longue durée de certains intervenants sans prévenir Fedris;
- l'indisponibilité des intervenants par e-mail, ou par téléphone, dans les 48h, tel que stipulé dans la convention;
- l'utilisation d'anciens modèles de rapports et autres documents cliniques.

Les difficultés rencontrées par le réseau d'intervenants étaient les suivantes :

- des oublis dans les procédures car celles-ci paraissaient longues et compliquées et ne concernaient qu'une partie assez faible de l'ensemble des consultations;
- la confusion dans les différents rôles;
- le sentiment pour certains intervenants séances individuelles de ne pas être concernés par le projet car ils étaient très peu sollicités;
- la lourdeur de la charge administrative (rédaction des rapports/ formulaires, édition de factures, envoi par voie postale, etc.);
- des pertes de courriers;
- l'utilisation compliquée du SharePoint et la nécessité d'une consultation régulière de celui-ci pour maintenir l'autorisation d'accès active.

Ces difficultés et leur résolution ont, par ailleurs, été le moteur d'une évolution dynamique des procédures administratives associées au projet pilote burn-out. Ces résolutions ont, par exemple, impliqué une révision des conventions de collaboration ou encore la création d'une guideline, telle que précédemment citée.

4.4. Efficacité et qualité de l'organisation

L'analyse de la satisfaction des travailleurs, en ce qui concerne leur trajet d'accompagnement, a été réalisée par Hansez et Braeckman (2023). Ces derniers semblent globalement satisfaits à très satisfaits du trajet d'accompagnement de Fedris. En complément à cette évaluation, l'équipe de projet a procédé à une évaluation qualitative axée sur les retours d'expérience des différents acteurs de terrains mobilisés à chaque étape du projet (acteurs de prévention, intervenants et partenaires sociaux).

L'évaluation du projet pilote par les intervenants du réseau de Fedris, par les acteurs de prévention et les partenaires sociaux, s'est faite en deux temps. Dans un premier temps, 71 intervenants du réseau (psychologues cliniciens, psychologues du travail, kinésithérapeutes, médecins ; n_{FR}= 42 et n_{NL}= 29) ont pris part à un questionnaire d'évaluation en ligne. Par la suite, 14 intervenants représentant les deux groupes linguistiques et les différents rôles des intervenants (IBO, ICO, ISI ; n_{FR}= 8 et n_{NL}= 6) ont volontairement accepté de participer à des groupes de discussion (focus groupes) organisés afin d'approfondir et enrichir les résultats de l'enquête. Il en a été de même avec les acteurs de prévention (CPMTs, CPAPs et médecins traitants). 102 acteurs de prévention (n_{FR}= 36 et n_{NL}= 66) ont répondu à un questionnaire d'évaluation. 8 d'entre eux (n_{FR}= 3 et n_{NL}= 5) ont ensuite volontairement pris part aux groupes de discussion (focus groupes). Enfin, pour ce qui est des partenaires sociaux, 35 délégués syndicaux (n_{FR}= 33 et n_{NL}= 2) ont participé à un questionnaire d'évaluation en ligne et 3 représentants néerlandophones des employeurs (RH) du secteur hospitalier et de soins ont contribué à l'évaluation du projet pilote en participant à une table ronde. Les représentants RH du secteur bancaire, contactés via Febelfin à l'occasion d'une commission sociale, ont déclaré n'avoir reçu aucun retour au sein de leur entreprise et n'ont, dès lors, pas participé aux tables rondes. Les données quantitatives et qualitatives qui suivent reprennent donc les données provenant de ces trois groupes.

4.4.1. Communication - Information - Formation

La plupart des participants au questionnaire d'évaluation ont mentionné avoir eu connaissance du projet grâce à divers moyens (un collègue, Internet, la presse, etc.). Une majorité d'entre eux (88,1% des intervenants ; 83% des acteurs de prévention; 100% des délégués syndicaux) s'accordaient à dire que le projet pilote burn-out de Fedris n'était pas suffisamment connu des acteurs de prévention (médecins traitants, conseillers en prévention, personnel RH, etc.) et ce, en particulier, des médecins traitants qui peuvent pourtant jouer un rôle important dans la détection et dans l'orientation des travailleurs. Différentes raisons ont été évoquées pour expliquer cette méconnaissance du projet pilote burn-out de Fedris; les deux principales étant une communication de la part de Fedris jugée insuffisante (80,3% des intervenants; 73,1% des acteurs de prévention; 100% des délégués syndicaux) et un manque d'information sur le projet (55,9% des intervenants; 64,5% des acteurs de prévention; 48,5% des délégués syndicaux).

Afin de remédier au problème de méconnaissance d'un tel projet dans le futur, les intervenants, acteurs de prévention et collaborateurs RH ayant participé aux focus groupes ont suggéré des améliorations. Une première suggestion des intervenants serait de mener des campagnes d'information plus « percutantes » en allant directement sur le terrain. Par exemple, en participant à des réunions d'entreprises ou d'associations professionnelles pour expliquer le projet plus en détail afin de susciter l'intérêt et de retenir l'attention des divers protagonistes. En effet, lors des focus groupes, les

participants ont fait état d'un excès d'informations de toutes sortes (emails, dépliants, etc.). A contrario, les collaborateurs RH ayant participé à la table ronde ont indiqué l'e-mail ou la newsletter comme étant des modalités privilégiées de contact. Les acteurs de prévention ont quant à eux, suggéré que Fedris tente d'atteindre les acteurs par l'intermédiaire d'organisations faîtières ou professionnelles et de répéter régulièrement les campagnes d'information. Comme pour les intervenants, il a été recommandé d'aller directement présenter le projet lors de diverses activités ou réunions. Un délégué syndical suggère, par ailleurs, d'en faire un point obligatoire de l'ordre du jour du Comité pour la prévention et la protection au travail et pour les collaborateurs RH, il devrait y avoir une communication plus importante et plus claire sur les éventuels changements concernant le projet (par e-mail/newsletter/sur le site web).

Enfin, en ce qui concerne l'aspect « Formation », les intervenants ayant participé à des séances d'information, à des séminaires de formation organisés par Fedris et/ou aux focus groupes ont exprimé l'avis que ce type d'activités favorisait l'échange d'expériences concernant le trajet ainsi que la création d'un réseau. Cela contribuerait ainsi à un meilleur échange d'informations et permettrait aux intervenants impliqués dans ce projet de s'adresser des patients et de collaborer davantage entre eux. Les intervenants ont exprimé être favorables à l'organisation de telles rencontres à l'avenir de préférence par région afin de faciliter les contacts entre prestataires de soins et acteurs locaux.

4.4.2. Évaluation des aspects administratifs

Les intervenants, acteurs de prévention et partenaires sociaux ont également eu l'opportunité de donner leurs avis sur des aspects plus administratifs du projet pilote burn-out grâce au questionnaire d'évaluation auquel ils ont pris part en ligne, tandis que les collaborateurs RH ont pu émettre un avis sur ces aspects lors des tables rondes. Nombreux sont les participants n'ayant pas souhaité se prononcer sur certains de ces aspects (environ 30% des intervenants, 30% des acteurs de prévention et 40% des délégués syndicaux). Parmi ces derniers, certains considéraient que ces questions ne s'appliquaient pas à leur situation, tandis que d'autres se disaient neutres (ni d'accord, ni pas d'accord). Les résultats qui suivent tiennent compte de ces participants et sont donc à considérer avec précaution.

4.4.2.1. Outils administratifs

L'information au sujet du projet pilote burn-out a été évaluée comme étant claire (59,7% des intervenants ; 63,1% des acteurs de prévention; 56% des délégués syndicaux), utile et complète (41,9% des intervenants; 61,5% des acteurs de prévention; 56% des délégués syndicaux), ou encore facile d'accès sur le site internet de Fedris (59,7% des intervenants; 65% des acteurs de prévention; 40% des délégués syndicaux). De plus, les divers partenaires ayant répondu au questionnaire se disaient également satisfaits dans l'ensemble des outils mis à leur disposition (*templates*, brochures, flyers, etc.) dont l'accès leur a paru aisé depuis le site internet de Fedris (53% des acteurs de prévention; 40% des délégués syndicaux) ou à l'aide du SharePoint créé à leur attention (40,3% des intervenants).

De manière plus spécifique, en ce qui concerne ces outils, les intervenants ont indiqué lors des focus groupes, se sentir bien informés sur le projet pilote par Fedris grâce aux ressources disponibles. Ils se sont, en effet, montrés satisfaits des divers outils administratifs mis à leur disposition qu'il s'agisse d'une guideline reprenant et expliquant le projet (75,4%), de la convention de collaboration (80,3%), des brochures à destination des travailleurs (68,2%) ou encore des e-mails et/ou courriers de Fedris concernant le projet pilote burn-out (72,1%). De même, les acteurs de prévention se sont également montrés, dans l'ensemble, plutôt satisfaits des brochures à destination des travailleurs (53%), des brochures à destination des professionnels (50,6%) et ou encore des e-mails et/ou courriers de Fedris concernant le projet pilote burn-out (40,9%). Certains acteurs de différents groupes ont, par ailleurs, profité des focus groupes pour demander que les informations destinées aux travailleurs en difficulté soient claires et concises (mais complètes, par exemple en ce qui concerne la confidentialité), au risque que ces derniers ne les lisent pas. Enfin, 72% des délégués syndicaux interrogés se sont, par exemple, dits satisfaits des brochures à destination des professionnels reprenant et expliquant le projet contre 58,3% en ce qui concerne la brochure d'information à destination des travailleurs.

4.4.2.2. Procédures administratives

Tant les intervenants du réseau que les acteurs de prévention ont eu l'opportunité d'évaluer les procédures administratives associées au projet pilote burn-out. Tenant compte, comme précédemment précisé, des répondants préférant ne pas émettre d'avis sur le sujet (+/- 30%), les résultats qui suivent sont plutôt encourageants. Toutefois, malgré la satisfaction globale des intervenants du réseau et de acteurs de prévention concernant les procédures administrative, ces derniers ont suggéré des points d'amélioration dont il pourrait être tenu compte pour le futur.

Ainsi, 57% des acteurs de prévention se disaient satisfaits de l'utilisation et du traitement des différents formulaires, tandis que 47% se disaient satisfaits des délais de traitement des formulaires de dépistage introduits auprès de Fedris. Ils ont, cependant, mentionné un certain nombre de points à améliorer. Par exemple, l'envoi de documents par voie postale est considéré comme une méthode lourde pouvant entraîner des risques de retard et de perte de documents. Une des demandes formulées par les répondants était de pouvoir les envoyer de façon sécurisée par voie électronique. Un autre point d'amélioration, en partie lié au précédent, était la réduction du temps d'attente entre la réception du formulaire de dépistage et l'accès au trajet. Cette remarque a également été formulée lors de la table ronde avec les collaborateurs RH. Bien qu'il s'agisse d'une mesure répondant au Règlement général de protection des données (RGPD) et au secret professionnel des acteurs de soins investis, en vertu de la loi, d'une mission de confiance, le fait de ne pas mentionner le nom du travailleur (numéro de dossier et numéro de registre national (NISS)) sur les documents envoyés a entraîné parfois des difficultés. Il est arrivé que le destinataire ne puisse pas déterminer de quel travailleur il s'agissait. Il serait, dès lors, important pour le futur de trouver, avec les acteurs de la prévention et les intervenants du réseau, une manière de procéder qui puisse non seulement respecter les règles du RGPD mais également résoudre les problèmes rencontrés avec le système actuel.

Pour ce qui est des intervenants du réseau, ces derniers ont mentionné être satisfaits de la gestion administrative de Fedris notamment en matière de délai de paiement des actes réalisés (60,6%). 40,6% des intervenants se disent également satisfaits de l'utilisation et du traitement des différents formulaires, Ils sont, par contre, 26,2% à faire état d'une certaine insatisfaction concernant l'envoi des documents relatifs à la prise en charge des travailleurs à Fedris.

4.4.2.3. Contacts avec la Cellule burn-out de Fedris

De manière générale, les intervenants qui ont été en contact avec la Cellule burn-out de Fedris ont quantifié leur satisfaction vis-à-vis de la joignabilité, du temps de réponse par email, et de la qualité des réponses apportées par la Cellule burn-out comme étant égale à 79,02%. Un des intervenants burn-out a, par exemple, mentionné que « *sur ce plan, tout était parfait, j'ai beaucoup apprécié la disponibilité, la gentillesse, le professionnalisme […].* ».

Globalement, la plupart des personnes concernées se disaient satisfaites des contacts qu'elles ont eus avec la Cellule burn-out, bien que certains collaborateurs RH précisent ne pas toujours avoir été satisfaits du contenu. Il est également important de noter qu'il y a eu peu de contacts entre les acteurs de prévention et la Cellule burn-out ou entre les partenaires sociaux, les collaborateurs RH et la Cellule burn-out. Une idée avancée par les acteurs de prévention pour rester informés est qu'une newsletter soit envoyée périodiquement. Ils ont notamment indiqué s'être sentis mal informés à plusieurs moments comme, par exemple, au moment de la prolongation du projet, au sujet de délais d'attente temporairement plus longs, ou encore au sujet des mises à jour de la liste des intervenants en fonction des indisponibilités temporaires de certains.

4.4.3. Évaluation des outils cliniques

4.4.3.1. Evaluation par les acteurs de prévention

Une majorité des acteurs de prévention, qui ont été en mesure d'évaluer la qualité de l'outil « formulaire de dépistage », ont considéré les éléments demandés dans le formulaire de dépistage comme pertinents (80,6%) et sont satisfaits de la gestion et du suivi des demandes de dépistage introduites auprès de Fedris (64,6%).

En ce qui concerne les fiches de transmission, les informations reprises sont considérées comme pertinentes par 51,8% des acteurs de prévention concernés. Cependant, 33,9% ont estimé que ces fiches de transmission leur ont été utiles dans le cadre de leurs fonctions, 30,4% pensent le contraire et 35,7% sont restés neutres quant à cette question. De plus, seuls 26,3% des acteurs de prévention ayant répondu ont estimé que les fiches de transmission les ont aidés à agir au niveau de la prévention primaire contre 42,1% des acteurs de prévention concernés qui étaient de l'avis inverse. Bien qu'ils voient des applications à ce formulaire aux niveaux individuel et organisationnel, la plupart des acteurs de prévention ayant participé aux focus groupes ont indiqué ne pas s'en servir activement et ont qualifié les informations s'y retrouvant de « sommaires ».

Enfin, 35,1% des acteurs de prévention concernés ont estimé que le recours au projet pilote a permis de favoriser une prise de conscience par les entreprises de la problématique du burn-out (à un niveau plus collectif), tandis que 28,1% d'entre eux ont été de l'avis contraire. Malgré ces résultats qui peuvent poser question quant à l'intérêt de la transmission de ces documents, 70% des acteurs de prévention concernés ont considéré que recevoir ces fiches de transmission pouvait être utile. En effet, il est

ressorti tant des focus groupes que de l'enquête qu'il y avait bien une demande d'échange d'informations.

4.4.3.2. Evaluation par les intervenants

La partie administrative (travail de rapportage et de liaison) a été principalement assurée par l'intervenant burn-out en charge de la coordination. C'est donc principalement lui qui a utilisé les outils cliniques. Pour les intervenants qui ont été en mesure d'évaluer la qualité de l'outil « rapport de dépistage », une majorité a considéré que les éléments demandés dans le rapport de dépistage suffisaient à décider de l'adéquation du trajet proposé par Fedris pour un travailleur (68,75%) et que le rapport de dépistage permettait d'identifier les besoins du travailleur en termes de prise en charge (80,6%). Pour 45,16% d'entre eux, le rapport de dépistage facilitait la composition d'un trajet d'accompagnement personnalisé.

De plus, la majorité des intervenants concernés trouvaient que les échanges cliniques avec les psychologues de Fedris étaient pertinents et utiles à la démarche diagnostique (88,2%) et qu'ils permettaient un enrichissement en termes de développement des connaissances réciproques en matière de burn-out (91,7%).

Cependant malgré une satisfaction générale, des points d'amélioration ont également été mentionnés en ce qui concerne le rapportage à Fedris. Les délais de l'envoi des documents par voie postale ont été pointés du doigt lors des focus groupes. En ce qui concerne la charge de travail liée au rapportage à Fedris, certains intervenants ont exprimé que, dans l'ensemble, la charge administrative ne leur semblait pas trop lourde. D'autre part, il a été souligné que la charge administrative n'a pas toujours été proportionnelle au temps alloué et payé par Fedris. Comme point d'amélioration, certains intervenants ont soutenu, par exemple, qu'une rémunération équivalente au montant d'une séance est insuffisante pour rédiger un rapport final de qualité.

Enfin, pour 60% des intervenants concernés, les informations partagées grâce aux fiches de transmission étaient pertinentes. Toutefois, si 43,3% des participants concernés ont suggéré que les fiches de transmission ont permis à des acteurs de prévention de les contacter, ils ont été 26,7% à suggérer le contraire. De même, si 43,3% des intervenants concernés semblaient d'avis que les fiches de transmission avaient permis aux travailleurs d'entrer en contact avec leurs acteurs de prévention, 30% étaient de l'avis contraire. Dans la pratique, cependant, un certain nombre d'intervenants se demandaient comment la fiche de transmission était utilisée par ceux qui la recevaient. Certains intervenants ont, par exemple, évoqué lors des focus groupes que les médecins ne les contactaient pas lorsqu'ils recommandaient une consultation chez un médecin.

4.4.4. Évaluation du trajet d'accompagnement

La majorité des intervenants (91,6%) et 44,7% des acteurs de prévention concernés se sont accordés à dire que la possibilité d'axer la prise en charge à la fois sur les dimensions organisationnelle et individuelle du burn-out est utile. Lors des focus groupes, les participants se sont également montrés satisfaits du trajet d'accompagnement qui a, entre autres, été qualifié par les intervenants de « précieux», « complet » et « intensif ». De plus, 62,2% des intervenants concernés ont considéré que le nombre de séances était adapté aux besoins des travailleurs. De même, le nombre total de séances consacrées au trajet d'accompagnement est considéré comme adapté par 78,2% des acteurs de prévention concernés.

Pour 81,3% des intervenants concernés, la division du trajet en différents modules était intéressante et structurait la prise en charge d'un travailleur en burn-out. Le trajet modulable permettait d'offrir une prise en charge sur mesure au travailleur. Tout le monde ne partageait toutefois pas ce point de vue. A ce sujet par exemple, un intervenant indiquait: « *La division en différents modules est en réalité factice.* ».

En ce qui concerne les acteurs de prévention, il est intéressant, d'après 75,4% d'entre eux, d'avoir un trajet composé de différents modules pour structurer la prise en charge d'un travailleur en burn-out. En effet, certains acteurs de prévention ont été jusqu'à indiquer qu'il s'agissait d'une des plus-values du trajet d'accompagnement tel que proposé par Fedris. Ces derniers ont, par ailleurs, exprimé, lors des focus groupes, leur satisfaction vis-à-vis de l'offre de ce trajet et de sa gratuité pour le travailleur. Un CPAP mentionnait, par exemple, que « *c'est une bonne chose que cette initiative soit proposée, elle était vraiment nécessaire.* », tandis que d'autres ont évoqué le besoin d'étendre le projet à d'autres secteurs. Des commentaires similaires concernant le trajet ont également été formulés lors de la table ronde avec les collaborateurs RH.

Tant les intervenants (73,1%) que les acteurs de prévention concernés (94,7%) ont considéré que disposer de différents types d'intervenants (IBO, ICO, ISI) était une plus-value pour l'accompagnement des travailleurs en burn-out. Ces derniers semblaient également, de manière générale, satisfaits de la mise en œuvre de la combinaison des approches cognitivo- émotionnelle et corporelle (83,3% des intervenants; 60,4% des acteurs de prévention). Par exemple, 76,5% des intervenants ayant participé au questionnaire d'évaluation ont considéré l'articulation entre intervenants ayant des compétences en organisation du travail et des intervenants ayant des compétences en psychologie clinique comme une plus-value pour la prise en charge d'un travailleur en burn-out, tout comme le fait de disposer d'intervenants de professions différentes (médecins, psychologues, kinésithérapeutes ; 92,3%) ou encore que le fait de disposer d'un réseau d'intervenants constitué peut faciliter la coordination des trajets et le travail de collaboration (76,9%). L'importance d'avoir des acteurs bien formés et présélectionnés au sein du réseau Fedris a, par ailleurs, été soulevée par certains collaborateurs RH lors des tables rondes.

Bien que la collaboration avec d'autres acteurs ou disciplines ait été considérée comme intéressante, dans la pratique, les contacts n'ont pas toujours été fréquents. Etant donné le nombre limité de « séances individuelles », un certain nombre d'intervenants ont fait remarquer avoir eu l'impression de devoir choisir entre l'approche physique et l'approche psychologique pour ces séances et ce, même s'il serait plus bénéfique de combiner ces deux approches complémentaires. Certains intervenants individuels ont, en effet, observé que peu de travailleurs sont orientés vers eux. Les kinésithérapeutes se demandaient notamment si les psychologues ne se concentraient pas trop sur le mental (c'est-à-dire sur le cognitif plutôt que sur le physique) ou si ceux-ci comprenaient à quoi pouvaient servir les séances de kinésithérapie dans le cadre du trajet. Il semble qu'une plus grande sensibilisation soit nécessaire à ce sujet. Certains se demandaient également si l'intervenant burn-out ne prenait pas trop le contrôle du traitement. Un intervenant individuel a, par exemple, exprimé son étonnement de « *n'avoir collaboré presque uniquement qu'avec une seule intervenante burn-out jusqu'ici. Les autres n'ont-ils pas estimé nécessaire d'envisager/proposer l'approche psychocorporelle ?* ». D'autres intervenants souhaiteraient plus de collaboration ou de pluridisciplinarité, mais n'ont que rarement de telles possibilités en raison du nombre limité de praticiens dans la même région. En ce qui concerne le contenu du trajet, certains participants aux focus groupes ont suggéré, comme possibilités d'adaptation, de proposer un module de

réintégration ou d'étendre le module de suivi (dans le cadre du retour au travail). Enfin, un certain nombre de propositions ont été formulées, telles que par exemple l'octroi de plus de temps et/ou de ressources pour se concerter, la mise à disposition d'une plateforme en ligne permettant à différents praticiens de suivre le trajet d'un certain travailleur, la mise à disposition d'un document reprenant, pour un travailleur donné, les coordonnées des intervenants impliqués dans sa prise en charge ou encore l'organisation par Fedris de temps de rencontre pour les intervenants/acteurs.

En ce qui concerne la possibilité de contacts avec l'intervenant burn-out, les acteurs de prévention concernés sont plutôt mitigés. En effet, si 29,5% des acteurs de prévention semblaient satisfaits de leurs contacts avec l'intervenant burn-out, 29,5% par contre considéraient que ces contacts ont été insuffisants. Par exemple, certains acteurs de prévention ont indiqué qu'ils ont rarement été contactés après le début du trajet. Selon un CPMT, « *dans toutes les fiches de synthèse reçues (cf. page 23, point 2.8.5.phase 3 : la fin de la prise en charge), une consultation chez le médecin du travail n'a jamais été jugée nécessaire, pas plus qu'une consultation multidisciplinaire ! On passe à côté d'une opportunité de réunir les acteurs clés dans l'accompagnement du travailleur* ». Il s'agirait en conséquence d'un point qui devrait, selon eux, être amélioré dans le futur.

De même, bien qu'un peu plus de la moitié des intervenants (56,7%) se soient dit satisfaits d'avoir la possibilité d'organiser une réunion pluridisciplinaire avec les services de prévention, il est à noter qu'en pratique, très peu de ces réunions ont été organisées. Lors des focus groupes, les intervenants ont indiqué qu'ils ne savaient pas exactement la raison pour laquelle ces réunions étaient rarement organisées dans la pratique. Ils suggèrent trois raisons qui leur semblent probables : soit qu'il était trop tôt pour le travailleur, soit que ce dernier pensait que l'employeur ne serait pas ouvert à cette idée, ou encore que le travailleur pensait qu'il se retrouverait face à une sorte de « tribunal ». Plusieurs intervenants trouveraient bénéfique de pouvoir être présents à une telle réunion pour soutenir le travailleur. Il a également été suggéré de proposer plus de séances de suivi ou d'organiser un module de réintégration. En outre, sensibiliser davantage les employeurs à la problématique du burn-out a été estimé nécessaire. Les délégués syndicaux interrogés dans le cadre de l'enquête rejoignaient ce point de vue. Ils ont estimé que les difficultés liées à la pression et à l'organisation du travail devraient être abordées de manière plus collective et qu'il serait nécessaire que l'employeur réalise de meilleures analyses de risques.

On peut également observer à l'aide du questionnaire que seuls 23,9% des acteurs de prévention semblaient satisfaits de la possibilité d'organiser une réunion pluridisciplinaire avec les services de prévention. A souligner que tout au long du projet, peu de modules « réunion pluridisciplinaire » ont été effectués. Ce résultat est à prendre avec précaution étant donné que plus de la moitié de l'échantillon (63,4%) ne s'est pas prononcé. De plus, selon les dires de certains acteurs de prévention présents lors des focus groupes, qui doit prendre l'initiative de cette réunion n'est pas clair. Certains trouveraient utile qu'une personne puisse être désignée à cet effet. Etant donné sa connaissance de la situation du travailleur, l''intervenant burn-out leur semblait être la personne la plus appropriée. Les acteurs de prévention considéraient, en outre, que leur rôle était de réunir autour de la table les différentes parties prenantes au sein de l'organisation. D'autres idées ont également été émises telles que la possibilité de disposer d'un aperçu clair des praticiens impliqués dans le trajet du travailleur; de prévoir un moment lors duquel l'intervenant burn-out pourrait faire un retour aux acteurs de prévention sur le lieu de travail à la fin du trajet; de prévoir des moments de rencontre entre les intervenants et acteurs de prévention afin de faciliter la création de

réseaux. L'utilisation d'une plateforme digitale permettant le partage sécurisé d'informations entre les praticiens et le service de prévention a également été suggérée.

Enfin, et ce bien que plus de 40% d'entre eux n'aient pas émis d'avis tranché sur la question, une part importante des délégués syndicaux s'accordaient à dire que le projet pilote burn-out contribuait à améliorer le bien-être mental au travail (47,6%), le maintien au travail ou améliore le retour au travail des travailleurs en stade précoce de burn-out (50%), ainsi qu'à une plus grande prise de conscience de la problématique du burn-out et de ses conséquences pour les travailleurs à un niveau collectif (57,1%). Pourtant, ces derniers ont semblé plus mitigés quant à l'impact du projet pilote burn-out sur les services de prévention et les instances internes de l'employeur avec 33,3% suggérant qu'il y ait eu plus d'interactions contre 38,1% rapportant le contraire.

4.4.5. Évaluation des actions de formation réalisées

Dès le début du projet, Fedris a mis en place une démarche d'information et de formation continue du réseau d'intervenants et des acteurs de prévention. Chaque action menée a été élaborée sur base des questions émanant du réseau constitué, mais aussi des questionnements et de la réflexion de l'équipe tout au long du projet. Une évaluation systématique de ces actions a été effectuée afin de garantir la qualité et l'amélioration constante de cette démarche d'information et de formation continue du réseau des intervenants.

4.4.5.1. Objectifs

Les objectifs poursuivis dans le cadre des actions d'information et de formation des intervenants et acteurs de prévention du réseau étaient multiples. Il s'agissait à la fois de permettre aux participants d'acquérir une bonne compréhension et utilisation du dispositif mis en place par Fedris (ex : cadre conceptuel, outils créés, rôles et missions, etc.) mais aussi de leur offrir un espace de réflexion et de partage d'expériences cliniques du trajet d'accompagnement (ex : bonnes pratiques, transmissions de connaissances et observations, etc.). Ce fut également l'occasion d'œuvrer à la consolidation d'un réseau de professionnels actifs dans la prévention du burn-out. Enfin, ces rencontres avec les professionnels de terrain ont également permis d'offrir à Fedris la possibilité de conserver une vue d'ensemble du projet, condition nécessaire pour s'adapter à une réalité de terrain en constante évolution.

4.4.5.2. Séminaires/Webinaires interactifs

Plusieurs séminaires d'une journée ont été organisés entre 2019 et 2020, en présentiel. Les questionnaires d'évaluation de ces séminaires ont montré un haut taux de satisfaction de la part des participants, tant du côté francophone que du côté néerlandophone. Les participants aux séminaires ont unanimement estimé que ceux-ci répondaient à leurs attentes et ont fait part de leur souhait de renouveler ce type de formation.

Avec la crise sanitaire, le format des actions d'information ou de formation a dû être adapté. À partir de 2020, des webinaires ont été élaborés sur un mode interactif ou ex cathedra avec un temps pour les questions/réponses. Les webinaires interactifs semblent avoir été appréciés par les participants avec, en moyenne, 95,5% d'entre eux déclarant que les webinaires interactifs ont répondu à leurs attentes. Ils sont 94,1% à souhaiter que ce type de formation soit renouvelé tandis que 100% d'entre eux ont mentionné que les webinaires leur ont été utiles en termes d'apports de connaissances et de suivi de

projet (dont 55,1% très utiles). Quant aux webinaires ex cathedra, s'ils ont répondu aux attentes de 66,2% des participants en moyenne, ils sont 87,5% à vouloir que ce type de formation puisse être renouvelé. Enfin, 78,4% des participants ont trouvé ces webinaires utiles en termes d'apports de connaissances et de suivi de projet (dont 41,5% très utiles).

4.4.5.3. Sessions d'information

Les sessions d'information ont, elles aussi, rencontré un grand succès avec un taux moyen de 93,3% en termes de réponse aux attentes des participants. Elles ont été jugées utiles pour 92,8% des participants (dont 64,1% très utiles). Parmi ceux-ci, 89,5% ont exprimé le souhait que ce type d'action soit renouvelé.

5. DISCUSSION ET RECOMMANDATIONS

L'objectif du projet pilote de prévention secondaire du burn-out de Fedris était de confirmer la faisabilité et la validité d'un trajet d'accompagnement à destination de travailleurs menacés ou atteints de burn-out à un stade précoce. Il visait notamment le maintien au travail ou la reprise du travail des personnes concernées. Bien qu'il n'existe à ce jour aucune guideline stricte quant à la prise en charge du burn-out professionnel (Ahola et al., 2017), les résultats présentés par Hansez et Braeckman (2023) et par Fedris tendent à démontrer l'efficacité d'un trajet d'accompagnement de prévention secondaire du burn-out tel que Fedris l'a proposé.

La présente discussion tient compte des différentes évaluations menées (Hansez & Braeckman, 2023 ; Fedris, 2023). Elle dégage les principaux enseignements à chaque étape du trajet et émet des recommandations quant aux suites à donner au projet pilote, ainsi que des pistes de réflexion en termes de politique de prévention.

5.1. Repérage

Les résultats de l'étude, associée au projet pilote et menée par Hansez et Braeckman (2023), suggèrent qu'une majorité de travailleurs a été informée du projet pilote burn-out de Fedris par des sources liées au travail, tandis que le repérage et l'orientation vers le projet sont en grande partie effectués par les CPMT ou les CPAP. Cette tendance au niveau du repérage et de l'orientation semble également se confirmer lorsque l'on considère la totalité des participants du projet pilote (voir Figure 8). Le médecin traitant intervient, quant à lui, dans près de 30% des cas et semble avoir principalement été contacté par des travailleurs ayant pris connaissance du projet pilote via d'autres voies que leurs services de prévention (CPMT et/ou CPAP).

Ces résultats tendent à montrer l'importance de disposer en matière de dépistage du burn-out d'acteurs capables d'assurer cette mission, au sein du monde du travail, et d'initier une démarche de soins chez les travailleurs en souffrance. Un repérage par le CPMT ou le CPAP permet également une évaluation des facteurs de risques psychosociaux et des ressources organisationnelles faisant défaut au travailleur. Cette première évaluation permet non seulement d'attester de la réalité organisationnelle à laquelle est confronté le travailleur, mais également de déterminer si ce dernier est exposé à un contexte professionnel à risque. Or, cette information est capitale lorsqu'il s'agit d'évaluer le lien éventuel entre les plaintes d'un travailleur et un risque de burn-out professionnel. Un repérage précoce au sein du monde du travail ouvre, en outre, la possibilité d'un suivi à plus long terme du travailleur tant au niveau individuel qu'au niveau des conditions de travail à un niveau plus collectif. On peut supposer que suite à la mobilisation précoce de ces acteurs de prévention, ces derniers sont dès lors en mesure d'agir au niveau secondaire mais aussi primaire. Le suivi structuré du travailleur par les conseillers en prévention, au-delà du repérage, paraît être une condition nécessaire à une reprise réussie, et ce, plus particulièrement, lorsque le retour au travail implique de revoir les conditions de travail (ex : modifier des tâches liées au travail, revoir les horaires, etc. ; Perski et al., 2017). De plus, au vu de l'association négative existante entre les arrêts de travail longs (plus de six mois) et la reprise du travail (Kärkkäinen et al., 2017), ainsi que du risque élevé de rechute de burn-out évoqué dans de récentes études (Savic, 2023), un tel suivi constitue un enjeu non seulement de prévention de la rechute et de l'apparition de troubles comorbides (troubles anxieux et dépressifs par exemple), mais aussi plus globalement en termes de maintien dans la vie active.

Par ailleurs, il convient de ne pas minimiser le rôle joué par les médecins traitants (généralistes, psychiatres, etc.) dans le repérage de la souffrance au travail. Le stigma entourant la santé mentale complique souvent l'accès aux soins (Corrigan & Watson, 2004). Il rend, en effet, difficile l'expression d'une difficulté d'ordre psychologique, notamment au niveau professionnel, de par la crainte des travailleurs de potentielles conséquences négatives que cela pourrait avoir sur leur carrière (EU-OSHA et al., 2022). Nombreux sont les individus préférant se tourner vers leur médecin traitant lorsqu'ils cherchent un soutien tangible et informatif concernant leur santé (Reavley & Jorm, 2011). La place « hors travail » du médecin traitant peut s'avérer être un facteur facilitant la demande d'aide. L'intérêt de la consultation avec le médecin traitant est d'autant plus important que ce dernier est non seulement en mesure d'exclure certains diagnostics, de par sa connaissance globale du travailleur, mais peut également lui faire prendre conscience des ressources à sa disposition et l'aider à les mobiliser.

Le repérage exige une bonne connaissance de la problématique du burn-out (et plus largement de la souffrance au travail) et des ressources mobilisables. Au vu des résultats de Hansez et Braeckman (2023) et pour toutes les raisons évoquées ci-dessus, Fedris confirme l'importance d'un repérage par les acteurs de prévention du travail (CPMT et CPAP) et de proximité (Médecin traitant). Il prend note également du fait que l'orientation vers le projet ait pu être le fait d'autres acteurs qui doivent, quant à eux, pouvoir bénéficier de toute information utile leur permettant d'adresser les travailleurs vers ces acteurs clés de la prévention.

Recommandation N°1 : Intensifier le repérage de la souffrance mentale au travail

- Améliorer l'information des travailleurs et des acteurs de prévention sur les ressources mobilisables en cas de difficultés psychologiques rencontrées au travail;
- Renforcer la formation des acteurs des différents niveaux de prévention au repérage de la souffrance mentale au travail;
- Soutenir les acteurs de prévention dans leur mission de repérage de la souffrance mentale au travail (en termes de moyens humains et logistiques);
- Initier au plus tôt un suivi des travailleurs à risque de burn-out pour permettre leur maintien ou leur reprise du travail dans de bonnes conditions.

5.2. Diagnostic

Le diagnostic de burn-out chez les travailleurs qui y sont confrontés exige une expertise clinique et de bonnes connaissances en psychologie du travail et des organisations, afin que les aspects tant étiologiques que symptomatologiques soient pris en compte dans l'accompagnement de ces travailleurs. C'est la raison pour laquelle Fedris a décidé de faire appel à des professionnels reconnus ayant des formations différentes et complémentaires (psychologues, psychiatres et médecins). La procédure de recrutement établie dans le cadre de ce projet pilote a montré sa pertinence en ce qui concerne le recrutement de professionnels formés, expérimentés et qualifiés.

Les résultats de Hansez et Braeckman (2023) montrent, en effet, qu'en fin de trajet, l'intervenant burn-out confirme son évaluation initiale établissant le lien entre les plaintes évoquées par le travailleur et un burn-out (dans 90% des cas), de stade précoce (70%), comme trouble principal à l'origine de la symptomatologie observée (80%). Pour 5% des participants au projet, l'intervenant burn-out estime que le burn-out est à l'origine d'autres troubles psychologiques et pour 12,5% qu'il est la conséquence de difficultés ou troubles antérieurs. Cette évaluation clinique poussée en phase diagnostique peut expliquer l'efficacité du trajet sur la santé mentale et physique des travailleurs telle que démontrée par Hansez et Braeckman (2023). En effet, ces résultats tendent à montrer que le trajet a été utilisé à bon escient, dans le respect des critères établis (public cible, prévention secondaire), et qu'il a produit les effets escomptés. Par ailleurs, la qualité du diagnostic différentiel a permis la réorientation de travailleurs en burn-out sévère (prévention tertiaire) ou présentant d'autres difficultés vers l'offre de soins adéquate (soins psychologiques de première ligne ou consultations spécialisées) et a permis au projet de répondre à son objectif d'articulation avec la prévention tertiaire.

Au vu des données recueillies, Fedris confirme son choix initial de recours aux psychologues, psychiatres et médecins pour l'évaluation clinique des travailleurs présentant des plaintes relatives à un burn-out professionnel. Elle insiste sur l'importance que ceux-ci disposent de connaissances et d'une expérience en psychopathologie à la fois clinique et du travail. Elle préconise par ailleurs une intensification des liens entre les différentes institutions en charge de la prévention afin d'améliorer la visibilité de l'offre de soins existante et d'articuler leurs actions respectives. Quelle que soit la porte d'entrée vers le soin, il convient de faciliter le parcours des travailleurs, leur évitant ainsi les errances thérapeutiques. Le réseau fédéral Santé Mentale et Travail pourrait à ce titre être un outil précieux.

Recommandation N°2 : Confier le diagnostic de la souffrance mentale au travail à des professionnels disposant de l'expertise nécessaire

- Identifier les professionnels disposant de connaissances, compétences et expérience en psychopathologie clinique et en psychologie du travail et des organisations;
- Veiller à ce que ces professionnels s'inscrivent dans un travail de réseau permettant la prise en compte du travailleur dans sa globalité et son orientation, le cas échéant, vers une prise en charge spécifique.

5.3. Prise en charge et coordination du trajet

Une des richesses du trajet proposé a été d'offrir d'une part la possibilité d'un travail à la fois sur les composantes organisationnelles et individuelles du burn-out et, d'autre part, une prise en compte en termes d'approches thérapeutiques de l'impact psychique et physique de l'épuisement professionnel. La désignation d'un coordinateur de trajet (intervenant burn-out) est aussi une caractéristique importante du projet.

Les principes d'accompagnement en fonction des différentes phases ou de la sévérité des plaintes associées à un burn-out professionnel font souvent mention du rôle pouvant être joué à différents moments par les médecins, psychologues et/ou psychothérapeutes (Mikolajczak et al., 2020 ; Delbrouck et al., 2017). Bien qu'une amélioration significative de l'état de santé physique et psychologique des travailleurs soit confirmée en fin de trajet chez les participants et se maintienne 3 à 6 mois après le trajet, il est intéressant de constater que la plupart des trajets réalisés n'ont impliqué qu'un seul intervenant (58,9%) ou deux intervenants (31,8%). En outre, le recours à l'approche corporelle chez un intervenant kinésithérapeute ou médecin semble avoir été relativement peu fréquent (respectivement 16% et 2%). Or, de manière générale, les travailleurs rapportaient des symptômes tant au niveau physique qu'émotionnel, cognitif et comportemental. Si le nombre de symptômes mentionnés variait, ces plaintes impactaient déjà le plus souvent ces quatre dimensions au moment du repérage et ce, même dans les cas de burn-out de stade précoce (stade 1 et 2 selon Hansez, 2018; Dendoncker et Lebrun, 2022).

Selon les données provenant des focus groupes, certains freins à la multidisciplinarité pourraient être inhérents au dispositif proposé. Le fait que l'intervenant burn-out n'ait à sa disposition qu'un module de sept « séances individuelles » pouvant être réparties entre les approches cognitivo- émotionnelle et corporelle pourrait paradoxalement l'avoir conduit à privilégier une approche plutôt qu'une autre. Devoir répartir ces séances entre deux intervenants impacte leurs capacités à agir en profondeur dans leur domaine respectif. Bien que les psychologues formés à l'utilisation de techniques psychocorporelles (ex : yoga, relaxation, *mindfulness*, etc.) soient à même d'aborder certains aspects somatiques dans leurs prises en charge, les compétences des kinésithérapeutes bénéficieraient sans aucun doute à la prise en charge globale du travailleur et ce, principalement, en ce qui concerne la remise en forme, l'activité physique adaptée, la gestion des troubles musculosquelettiques ou encore des douleurs associées au stress, régulièrement mentionnés dans les rapports diagnostiques.

Une solution pourrait être de donner à chaque dimension (psychique et physique) une place propre dans le dispositif en octroyant à chacune des séances dédiées. Ces séances supplémentaires permettraient non seulement à l'intervenant burn-out de ne pas avoir à choisir entre ces deux approches mais également, et surtout, au travailleur de se sentir soutenu par un dispositif d'accompagnement équilibré, capable d'accueillir, de penser et de traiter l'ensemble de ses plaintes, quel que soit leur lieu d'expression (corps ou psychisme) et leur intensité. D'autre part, la sous-utilisation des kinésithérapeutes étant, dans certaines régions, liée à un manque de kinésithérapeutes disponibles pour proposer une prise en charge spécifique des plaintes somatiques, un renforcement de l'offre et du travail de réseau pourrait résoudre cette difficulté.

Recommandation N°3 : Promouvoir une approche multidisciplinaire pour une prise en charge globale des plaintes liées au burn-out professionnel

- Identifier les professionnels disposant de connaissances, compétences et expérience dans la prise en charge des troubles physiques liés au stress et au burn-out;
- Adapter le trajet afin que la dimension corporelle soit davantage prise en compte dans l'accompagnement des travailleurs;
- Etudier l'effet de la multidisciplinarité sur l'efficacité du trajet proposé par Fedris.

5.4. Réseau

Un réseau constitué et opérationnel permet de faciliter l'accès au diagnostic précoce et à la prise en charge de la souffrance mentale au travail. En évitant aux travailleurs les errances thérapeutiques, on diminue le risque d'aggravation d'un trouble débutant ou l'apparition de troubles comorbides en résultant.

5.4.1. Proximité

Les résultats de l'étude ont montré que les participants au projet pilote ont particulièrement apprécié le fait de pouvoir trouver des intervenants proches de leur lieu de résidence ou de leur lieu de travail (92,4% de satisfaction). Si le fait d'avoir un réseau constitué permet aux travailleurs et aux intervenants de se mettre en contact et, d'après les intervenants du réseau, de faciliter le recours à d'autres professionnels, il faut également que ce réseau soit suffisamment étayé pour répondre à cette demande de proximité. Bien qu'actif sur une grande partie du territoire belge, le réseau d'intervenants créé par Fedris ne couvre pas encore toutes les régions de manière homogène. Les données géographiques présentées par Hansez et Braeckman (2023) pourraient en partie s'expliquer par un manque d'intervenants dans certaines régions. Cette observation a également été portée à l'attention de l'équipe projet par certains intervenants. Une autre explication pourrait être liée à la manière dont les travailleurs sont orientés vers le projet de Fedris. Certains services de prévention et/ou médecins traitants ont été de grands orienteurs, se saisissant de manière intensive de cette nouvelle ressource à leur disposition, ce qui peut expliquer le nombre plus important de demandes émanant de certaines régions et le fait que certains intervenants aient pu, par moment, présenter des délais plus longs pour de nouvelles prises en charge. A contrario, en l'absence de demande, certains intervenants motivés au départ se sont petit à petit désengagés et ont, pour certains, quitté le réseau.

Par ailleurs, la crise Covid-19 a ouvert la voie à de nouvelles modalités de prise en charge, avec notamment des séances réalisées en distanciel (téléconsultation). Fedris n'est pas opposé à ces nouvelles pratiques. Néanmoins, les données recueillies dans le cadre de l'évaluation, notamment en termes de satisfaction, soulignent que la proximité et la possibilité d'une rencontre en présentiel restent une plus-value tant pour les travailleurs que pour les intervenants. Si la pratique en distanciel a pu aider en temps de crise, une réflexion devra être poursuivie quant à l'utilisation de la téléconsultation afin que celle-ci ne s'impose pas comme pratique par défaut, au détriment parfois des besoins exprimés par les travailleurs.

5.4.2. Attractivité

Le bon fonctionnement d'un réseau repose en partie sur son attractivité pour les professionnels qui le composent et le font fonctionner. L'évaluation menée par Fedris auprès des acteurs de prévention et de ses intervenants conventionnés (voir point 4.4.4. Évaluation du trajet d'accompagnement) montre que ceux-ci sont très satisfaits de pouvoir disposer d'un réseau multidisciplinaire coordonné et de professionnels compétents en psychologie clinique et en organisation du travail. L'importance d'avoir des acteurs bien formés et présélectionnés au sein du réseau Fedris a, par ailleurs, également été soulignée par les partenaires sociaux.

L'attractivité d'un réseau dépend également de la satisfaction des personnes ayant recours à ce réseau. Les résultats du présent projet montrent un pourcentage très élevé de participants satisfaits du programme de prise en charge avec un score moyen de 8 sur 10 (voir Tableau 9.3.1. ; Hansez & Braeckman, 2023). Ce constat concerne tant les aspects logistiques que les différentes caractéristiques du trajet (structure modulaire, contenu, coordination, multidisciplinarité). En outre, près de 95,9% des participants recommanderaient le trajet Fedris à d'autres travailleurs (voir Tableau 9.3.3 ; Hansez & Braeckman, 2023).

Ce projet pilote enseigne cependant la difficulté de maintenir un réseau de proximité étayé, accessible et réparti de manière homogène sur l'ensemble du territoire belge. Des mises à jour et recrutements réguliers de nouveaux intervenants pour renforcer le réseau déjà existant sont donc indispensables. De plus, afin de conserver un réseau établi et l'agrandir, il est crucial de tenir compte des suggestions provenant de ce réseau (harmonisation des rémunérations proposées dans le cadre des différents projets, valorisation du temps de coordination et de rapportage…). En effet, la question de la rémunération des intervenants (prix fixé par arrêté royal et indexé au 1er janvier de chaque année) a été au cœur d'un débat récurrent étant donné l'évolution de l'offre de soins psychologiques ayant eu lieu depuis le lancement du projet pilote. Malgré leur motivation et leur satisfaction quant au projet pilote, certains intervenants ont préféré mettre un terme ou ne pas renouveler leur convention pour privilégier une activité plus lucrative en lien avec d'autres projets, ce qui a pu aggraver une disparité entre régions déjà existante.

De plus, au vu du contexte de « polycrise » auquel la population belge est de plus en plus confrontée, il y a lieu de rester vigilant face au risque pour les travailleurs d'être confrontés à une offre de soin saturée soit par le manque de professionnels y adhérant, soit par un manque de disponibilité de professionnels participant à de multiples projets ou surchargés par une population de plus en plus demandeuse. Fedris suggère d'articuler son réseau d'intervenants avec les offres de soins existantes tout en veillant à éviter la saturation des ressources disponibles à l'aide d'une collaboration et d'une coordination interinstitutionnelles.

Recommandation N°4 : Consolider et renforcer le réseau de professionnels compétents et formés au diagnostic et à la prise en charge de la souffrance mentale au travail

- Maintenir une procédure d'appel à candidatures permettant d'identifier les professionnels compétents en matière de souffrance mentale au travail;
- Renforcer le maillage territorial en organisant régulièrement des campagnes d'appel à candidatures d'intervenants et en s'articulant avec les offres de soins existantes;
- Harmoniser les rémunérations des professionnels conventionnés dans le cadre des projets financés par les institutions publiques de sécurité sociale.

5.5. Articulation prévention secondaire/prévention primaire

Les résultats du projet pilote suggèrent que le trajet tel qu'actuellement proposé permet un rééquilibrage à un niveau individuel mais aurait moins d'impact au niveau de l'organisation-même. Si une proportion non négligeable des travailleurs en arrêt au moment de la demande de dépistage ont repris le travail, près d'un quart (24%) retournent au travail avec un diagnostic de burn-out toujours présent. Il est, par conséquent, important de s'interroger sur la façon dont ces travailleurs sont accompagnés dans la reprise de leur activité.

Le module « réunion pluridisciplinaire » prévu dans le trajet avait pour objectif d'initier un contact du travailleur avec divers acteurs du travail pouvant contribuer à l'amélioration de ses conditions de travail (acteurs de prévention, manager, RH, etc.). Or, on observe que ce module a été peu utilisé. Cette sous-utilisation a également été confirmée par les intervenants burn-out au cours de l'évaluation du projet, ainsi que par les acteurs de prévention (voir point 4.4.4. Évaluation du trajet d'accompagnement). En outre, peu d'intervenants burn-out ont mentionné avoir été en contact avec les acteurs de prévention et ce, malgré les outils développés dans le cadre du projet et destinés à permettre un retour vers la prévention primaire (fiche de transmission). D'après EU-OSHA (2022) et les dires des intervenants du projet pilote, les résistances à ces contacts proviennent souvent des travailleurs eux-mêmes parce qu'ils ne se sentent pas encore prêts à entamer une telle démarche ou par crainte des répercussions que cela pourrait avoir sur leur vie professionnelle. Bien que la réunion pluridisciplinaire telle que prévue dans le trajet n'ait pas ou peu eu lieu, selon Hansez et Braeckman (2023), une réflexion sur l'adaptation des conditions de travail avec des acteurs de la prévention ou de l'entreprise s'est probablement passée de manière plus informelle, sans activer la réunion pluridisciplinaire de Fedris. Ces résultats sont en lien avec ceux de Mélon et al. (2022) qui mettent en avant le recours au sein d'entreprises à des trajets dits informels en matière de retour au travail après une absence de longue durée. D'après ces derniers, un trajet informel offrirait plus de marge de manœuvres et de flexibilité, favoriserait les échanges entre les différents protagonistes et susciterait moins de pressions quant à la perspective d'un licenciement pour force majeure médicale (Mélon et al., 2022).

L'interdisciplinarité et l'articulation prévention primaire/prévention secondaire ne semblent donc, en pratique, pas évidentes à mettre en place malgré les enjeux pour le travailleur, notamment au moment de la reprise du travail (Delhaye, 2022). En effet, d'après Perski et al. (2017), les interventions les plus efficaces sur le long terme incorporeraient des conseils provenant d'experts du travail et permettraient aux travailleurs d'initier un dialogue avec leur employeur. C'est probablement ce rôle qu'a joué l'intervenant burn-out auprès des travailleurs via l'apprentissage de nouvelles stratégies d'adaptation, une meilleure connaissance des enjeux professionnels qui les ont conduits à développer des plaintes de burn-out et un retour à une certaine autonomie nécessaire pour identifier certains dysfonctionnements et s'en dégager. D'après les résultats du projet, lorsque les travailleurs eux-mêmes ont fait des démarches auprès de leur hiérarchie ou des ressources humaines, des actions sont parfois mises en place au sein des organisations, bien que cela reste minoritaire (35% ; Hansez & Braeckman, 2023). Ces chiffres rejoignent les retours faits par certains partenaires sociaux quant à la perception des travailleurs que leur employeur agit peu et qu'il leur revient, à eux, de perpétuellement s'adapter à un environnement maltraitant. Ce questionnement ne concerne d'ailleurs pas que les travailleurs. Il ne faut pas non plus sous-estimer, chez les acteurs de prévention et de soin, l'impact en termes d'usure et d'épuisement professionnel que représente le fait d'être engagés dans la restauration permanente

d'un équilibre individuel systématiquement malmené par l'organisationnel (Dendoncker et Lebrun, 2022).

S'il n'est pas possible au sein du présent projet d'émettre de conclusions sur une manière efficace d'améliorer le retour au travail, les résultats de l'évaluation tendent à aller dans le sens des études préconisant la combinaison des approches individuelle et organisationnelle dans la prise en charge de l'épuisement professionnel (cf. Ahola et al., 2017) pour un retour au travail réussi à long terme (Pijpker et al. 2019). En termes de retour au travail de personnes confrontées à des problèmes de santé mentale en lien avec le travail, d'autres études tendent à aller encore plus loin en préconisant des interventions multidisciplinaires comprenant un aspect psychothérapeutique (aspect santé), un aspect travail (impliquant de communiquer avec l'employeur en vue de l'implémentation de changements au travail) et des programmes de réduction du stress (Nowrouzi-Kia et al., 2023). Face à ce constat, Fedris propose de faire évoluer son dispositif de façon à ce qu'acteurs de santé mentale et de santé au travail puissent interagir davantage. L'objectif est de potentialiser les effets d'un trajet qui aura, certes, permis une réflexion individuelle et un retour à un certain équilibre personnel, mais qui demande à trouver un écho au sein de l'organisation du travail. L'adaptation du dispositif actuel et la création d'outils complémentaires pourraient ainsi formaliser et optimiser les interactions possibles avec le monde du travail, afin d'augmenter le retour sur l'aspect collectif (voir point 5.6. Adaptations du projet).

Enfin, Fedris propose de participer au renforcement de la dynamique de réseau entre les acteurs de prévention au travail et du soin en organisant, par exemple, des actions permettant aux différents acteurs de se rencontrer, d'échanger sur la problématique du burn-out et de développer des synergies en vue d'articuler au mieux leurs actions. La participation de Fedris à la coordination du réseau fédéral Santé Mentale et Travail contribue aussi grandement à cet objectif.

Recommandation N°5 : Favoriser l'articulation entre acteurs du soin et acteurs de prévention pour une action combinée aux niveaux individuel et organisationnel

- Confirmer l'intervenant burn-out dans son rôle de coordinateur du trajet d'accompagnement;
- Adapter le trajet d'accompagnement en créant une réunion dédiée à la liaison et à l'articulation entre acteurs de santé et acteurs de prévention au travail;
- Développer des outils de liaison entre acteurs de prévention au travail et acteurs de santé mentale;
- Organiser des actions communes entre acteurs de prévention au travail et acteurs de santé mentale de façon à créer des synergies dans la lutte contre la souffrance mentale au travail.

5.6. Adaptations du projet

5.6.1. Adaptations consécutives à la crise COVID-19

La situation de crise aigüe ayant donné lieu à des adaptations du trajet (*Starterkit* COVID et Module COVID) n'étant plus d'actualité, le déploiement de moyens supplémentaires dédiés à celle-ci ne semble plus nécessaire. Les travailleurs qui présenteraient un trouble

consécutif à la crise Covid-19 (hors burn-out) seraient aujourd'hui face à un trouble constitué pour lequel un autre type de prise en charge serait vraisemblablement indiqué avant d'avoir accès au trajet d'accompagnement du burn-out. Par conséquent, Fedris préconise la levée du dispositif de crise et un retour à la normale (cf. Vaiva et al., 2005). Elle retient néanmoins de cette expérience la capacité de son dispositif à évoluer en cas de survenue d'une autre crise majorant l'exposition des travailleurs à des risques psychosociaux spécifiques.

5.6.2. Passage du projet pilote en programme

Le maximum de séances disponibles pour un même individu est, depuis 2021, de 25 séances. En moyenne, les participants au projet pilote burn-out ont eu recours à environ 12 séances (Hansez & Braeckman, 2023). Ces résultats pourraient en partie s'expliquer par le "*Responsive regulation model*" (Stiles et al., 2015) qui suggère que les patients ont des objectifs et/ou attentes variés et évoluent chacun à leur propre rythme. Le thérapeute tient compte de ces variations et ajuste la durée du traitement de manière à ce que la fin du traitement corresponde à une amélioration considérée comme suffisante du point de vue du patient qui évalue, quant à lui, la situation en termes de coûts et bénéfices (Stiles et al., 2015). Une fois un équilibre satisfaisant retrouvé, les travailleurs tendent à ne pas prolonger leur suivi indéfiniment.

Au vu des données susmentionnées, Fedris recommande de transformer le projet pilote burn-out en un programme permanent. Il préconise toutefois un ajustement du dispositif actuel. Etant donné les résultats d'Hansez et Braeckman (2023), et bien que la structure modulaire reste pertinente, Fedris propose une simplification en distinguant 4 modules : « Travail », « Individu », « Articulation Travail/Santé » et « Follow up ». Chaque module représente un axe de travail mais une souplesse est introduite dans l'utilisation des séances (voir Figure 17).

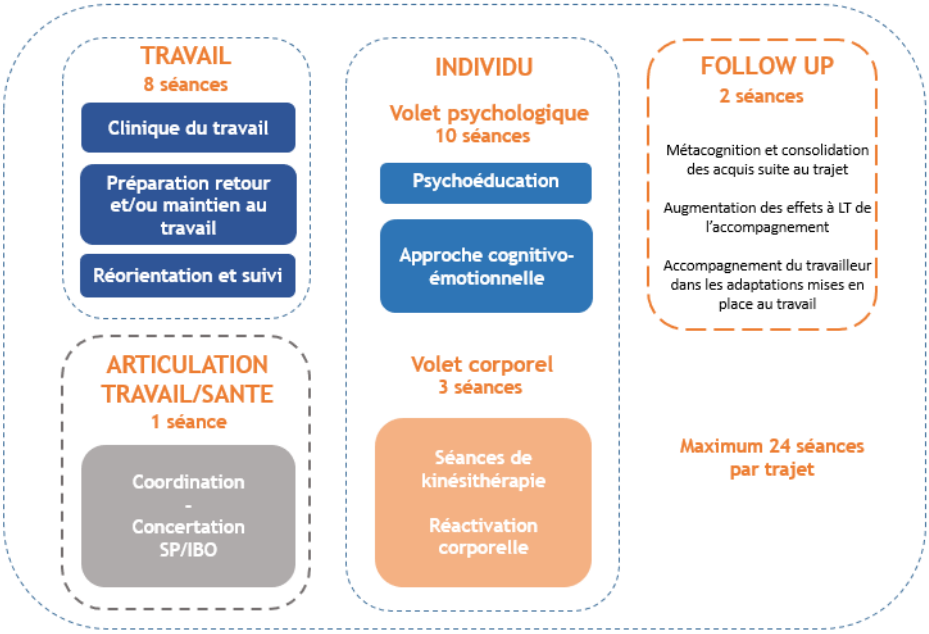


Figure 17. Proposition de modification du trajet d'accompagnement.

Si une approche flexible est encouragée, il convient, toutefois, de conserver un nombre de séances adapté aux besoins de chaque individu. Tenant compte des recommandations émises par Hansez et Braeckman (2023) et des enseignements du projet pilote, Fedris propose un trajet composé de 8 séances orientées travail, de 13 séances centrées individu réparties en 10 séances centrées sur la dimension psychologique (psychoéducation et approche cognitivo- émotionnelle) et 3 séances centrées sur la dimension corporelle avec un kinésithérapeute (voir Figure 17). En complément de ces modules « Travail » et « Individu », Fedris veut tenir compte du feedback de son réseau et pense qu'il serait pertinent de proposer 2 séances dites de « follow-up », par exemple 3 à 6 mois après la fin du trajet d'accompagnement. Ces séances « follow-up » répondraient à la demande des travailleurs de pouvoir reprendre contact après la fin de leur trajet d'accompagnement pour un bilan post-reprise ou pour consolider certains acquis. Elles permettraient aussi de tenir compte des 24% de travailleurs revenant au travail malgré un diagnostic de burn-out toujours présent, en leur offrant un soutien à plus longue échéance.

Bien qu'initier un dialogue avec son employeur soit l'une des recommandations émises dans la littérature scientifique en ce qui concerne le retour au travail de personnes confrontées à des problèmes de santé mentale en lien avec le travail (Nowrouzi-Kia et al., 2023), le module « réunion pluridisciplinaire », comme précédemment évoqué, n'a été que peu, voire pas utilisé. Sur base de son évaluation avec les acteurs de terrain, Fedris préconise avec le module « Articulation Santé/Travail » (voir Figure 17) l'organisation d'un moment de transmission et d'articulation entre acteurs de santé et de prévention impliqués dans le trajet d'accompagnement d'un travailleur (médecin traitant, CPMT, CPAP, intervenant Fedris). Une telle concertation permettrait une meilleure articulation travail/santé afin d'assurer un soutien et une prise en charge globale du travailleur, tout en préservant la confidentialité des informations ainsi échangées. Dans un second temps, cet outil complémentaire pourrait s'avérer utile aux conseillers en prévention dans le suivi des travailleurs confrontés à de la souffrance mentale liée au travail. Il s'agirait d'un premier contact permettant de favoriser ensuite le dialogue entre travailleur et employeur. Avec l'accord du travailleur, il reviendrait à l'intervenant en charge de l'aspect travail de se mettre en lien avec les acteurs de prévention (dans le cas présent le(s) signataire(s) du formulaire de dépistage). L'objectif de cette articulation entre intervenants et orienteurs serait de faire le lien entre le travail effectué au niveau individuel au cours du trajet et les aspects plus organisationnels relevant de la prévention primaire et de la protection au travail. Les acteurs de prévention bénéficieraient ainsi des clés de compréhension de l'état du travailleur et de ses besoins pour un maintien ou un retour au travail durable à long terme. Par ailleurs, ils pourraient en tirer des enseignements généraux qui profiteraient à la prévention primaire au sein de l'entreprise. Cette préconisation de Fedris rejoint les bonnes pratiques émises par le Conseil National du Travail (CNT) telles que rappelées par Hansez et Braeckman (2023, p. 56). Toutefois, avant de mettre en place cette adaptation, il conviendra d'abord de prendre contact, tant avec les acteurs de prévention que ceux de la santé, afin de confirmer sa pertinence et sa faisabilité.

Enfin, comme recommandé par Hansez et Braeckman (2023), Fedris propose l'extension de l'accès à un futur programme de prévention secondaire à d'autres secteurs. En effet, tout comme pour le secteur bancaire (Giorgi et al., 2017), de nombreux secteurs ont été impactés, ces dernières années, par des changements organisationnels ou de structure, les nouvelles technologies menant à de nouveaux modes de travail (*New Ways Of Working*). Or ces changements ont tendance à impacter considérablement les conditions de travail et la vie des travailleurs (Giorgi et al., 2017).

Recommandation N°6 : Passage du projet pilote à un programme de prévention secondaire du burn-out de Fedris

- Adapter le trajet d'accompagnement en veillant à conserver un trajet mixte « Travail » et « Individu » et à permettre une plus grande flexibilité;
- Implémenter une réunion de concertation permettant une meilleure articulation entre les acteurs de prévention au travail et les acteurs de soins de santé impliqués dans le trajet d'accompagnement de Fedris;
- Confirmer le passage du projet pilote burn-out en un programme de prévention secondaire du burn-out;
- Elargir les populations-cibles.

5.7. Information, formation et développement de l'expertise

Les résultats (voir points 4.4.1. Communication – Information – Formation et 4.4.5. Évaluation des actions de formation réalisées) confirment que l'information et la formation des intervenants et acteurs de prévention sont essentielles au bon déroulement d'un projet tel que le projet pilote burn-out de Fedris. Les retours sur les actions menées à cet effet et une réflexion mutuelle ont permis une amélioration constante du dispositif sur base de l'expérience de terrain des professionnels impliqués et investis dans le projet, des besoins du public pour lequel il est conçu et des enseignements tirés au jour le jour par l'équipe projet. Au vu de ces résultats, il semble évident que les actions d'information et de formation des intervenants et acteurs de prévention du réseau doivent être intensifiées et structurées de manière à en optimiser les effets.

Il ressort des divers échanges avec le réseau (questionnaires d'évaluation, concertations cliniques et focus groupes) qu'il est important pour les professionnels de santé de pouvoir entrer en contact et entretenir une réflexion commune les uns avec les autres (peer supervision) ou avec un centre d'expertise (Fedris par exemple). La majorité des intervenants concernés ont trouvé les échanges cliniques avec les psychologues de Fedris pertinents et utiles à la démarche diagnostique (88,2%). De tels contacts ont été, de part et d'autre, un gage de qualité par le recul théorique, l'élaboration continue de la pratique clinique et le développement des connaissances en matière de burn-out qu'ils apportent (91,7%).

Tout au long du projet, Fedris a tiré des enseignements de cette expérience empirique. Ceux-ci lui ont permis d'adapter son dispositif et de participer au développement de connaissances en matière de souffrance mentale au travail. La présente évaluation lui permet désormais de transmettre par ce retour d'expérience les connaissances acquises et, d'alimenter ainsi la réflexion sur le travail et ses interactions avec la santé mentale.

Recommandation N°7 : Participer activement au développement des connaissances en termes de santé mentale au travail

- Partager les enseignements du projet pilote avec les acteurs de la prévention au travail et les acteurs de santé mentale;
- Soutenir une réflexion commune avec les acteurs de prévention et de soins en organisant des moments d'échanges (peer supervision/intervision);
- Participer à une réflexion à l'échelle nationale et européenne sur le travail et ses interactions avec la santé mentale.

5.8. Communication, information

Concernant l'aspect communication et information autour de son projet pilote, Fedris veut se saisir des retours des participants, des acteurs de prévention et des partenaires sociaux quant au manque de communication et d'information sur le projet pilote engendrant une méconnaissance et une probable sous-utilisation de celui-ci de la part des acteurs de prévention et de ses publics cibles. Le succès d'un trajet d'accompagnement à l'échelle nationale tel que celui proposé par Fedris dépend en grande partie de la communication et de l'information faite autour d'un tel projet, mais également du-bouche-à-oreille qui en résulte. Les résultats présentés dans ce rapport suggèrent qu'une communication plus ciblée, plus soutenue et récurrente, utilisant des canaux variés et spécifiques aux professionnels et/ou publics ciblés est nécessaire.

De plus, suite au constat que les demandes adressées au projet pilote proviennent en grande majorité du côté néerlandophone du pays, il convient d'en investiguer davantage les raisons. Plusieurs éléments pourraient expliquer cette disparité linguistique. L'un d'eux est la campagne d'information sur le projet qui pourrait avoir mieux fonctionné du côté nord du pays pour une raison qui reste encore à identifier. Des différences culturelles pourraient également exister en ce qui concerne la manière d'approcher un sujet tel que le stress au travail et donc la perception et l'évaluation du risque (Giorgi et al., 2017). Toutefois, si les notions de stress au travail, de prévention, de recours au soin psychique se perçoivent et s'abordent peut-être de manière différente selon les caractéristiques culturelles et les groupes linguistiques auxquels on s'adresse, cela ne suffit pas à expliquer cette disparité linguistique concernant l'utilisation du projet. Une meilleure compréhension des processus en jeu permettrait une communication et une information plus adaptée.

Enfin, on peut également imaginer qu'une meilleure communication engendrerait une meilleure connaissance du projet par les acteurs de prévention. Ceci aurait pour conséquence une augmentation des demandes adressées à Fedris. Cette augmentation impacterait de facto le réseau des intervenants de Fedris et l'orientation vers d'autres réseaux de soins, que cela soit pour burn-out sévère ou pour une autre problématique identifiée au cours de la phase de repérage ou diagnostique. Il est donc important que ces réseaux ne soient pas saturés et disposent de ressources suffisantes pour traiter ces demandes dans des délais raisonnables.

Recommandation N°8 : Intensifier la communication et l'information autour des projets œuvrant à la prévention et/ou à la prise en charge de la souffrance mentale au travail

- Etudier et comprendre les raisons sous-tendant la disparité linguistique observée dans l'utilisation du projet pilote burn-out de Fedris;
- Mettre en place un plan de communication plus ciblé, soutenu et récurrent utilisant des canaux variés et spécifiques aux professionnels et/ou publics cibles;
- Identifier et informer sur les ressources disponibles et mobilisables aux différents niveaux de prévention.

6. LIMITATIONS

De nombreuses limitations en lien avec le projet pilote burn-out ont été soulevées par Hansez et Braeckman (2023). A ces dernières, on peut également rajouter les difficultés liées à la collecte des données. En effet, si 1.421 travailleurs ont fait une demande de participation au projet pilote burn-out, les échantillons utilisés pour les analyses statistiques comportent 223 travailleurs (échantillon au post-test 2) et 312 travailleurs (échantillon au post-test 1). Bien que les travailleurs étaient informés qu'une recherche était associée au projet pilote burn-out de Fedris, accepter de participer ou non à cette recherche ne pouvait en aucun cas conditionner l'accès d'un travailleur au trajet. Il n'est, de ce fait, pas étonnant de perdre un certain nombre de travailleurs entre les différents temps de mesure.

D'autre part, si un biais de désirabilité sociale peut avoir impacté les réponses des participants aux différents questionnaires auto-remplis en ligne, un biais de sélection peut également avoir impacté les résultats présentés dans le présent rapport qui doit, de ce fait, être considéré avec précaution. En effet, bien qu'une analyse de puissance ait été effectuée, il n'en reste pas moins que l'échantillon actuel puisse ne pas être considéré comme représentatif des populations cibles qu'il représente au niveau national. Afin de déterminer si un échantillon de 223 travailleurs est représentatif, il serait nécessaire de le mettre en perspective avec le nombre global de travailleurs des secteurs des soins et bancaires. Par conséquent, au vu du potentiel biais de sélection existant, il convient d'être prudent quant à toute généralisation hâtive.

De plus, bien que le cadre du trajet d'accompagnement (contenu et approches thérapeutiques) ait été prédéterminé par les Professeurs Hansez et Braeckman, Fedris a fait le choix de miser sur des professionnels de la santé reconnus bénéficiant d'une certaine autonomie quant à leur pratique. Cette autonomie est nécessaire au praticien qui s'adapte aux besoins du travailleur pris en charge, mais engendre une hétérogénéité des interventions réalisées. Cette diversité d'interventions ne permet pas de standardisation et limite dès lors la généralisation des résultats obtenus.

Enfin, certaines données mériteraient une analyse plus approfondie ou le développement d'autres études. En tant qu'institution collaborant à la protection des travailleurs et à la prévention des risques professionnels, la question de la santé mentale ne peut, en effet, être écartée des préoccupations de Fedris. Il serait dès lors intéressant de continuer, à l'aide de recherches longitudinales, la réflexion initiée avec le projet pilote burn-out non seulement sur les causes sous-tendant l'apparition de souffrance mentale liée au travail, mais également sur l'efficacité d'un programme de prévention secondaire sur ces problématiques.

7. CONCLUSION

La prévention du burn-out est un enjeu majeur de notre société. Si le burn-out est loin d'être à lui seul représentatif de la souffrance mentale au travail, il met directement et indubitablement en cause le rapport de la société au travail et, par là-même, les conséquences de ce rapport sur la santé. Sa prévention et/ou sa prise en charge précoce sont d'autant plus importantes au vu des effets délétères qu'il peut avoir au long cours sur la santé des travailleurs (ex : Burned-out brain, Sandic, 2023).

Tenant compte de l'efficacité d'un trajet d'accompagnement mixte (Individu-Travail) tel que proposé par Fedris et du fait que le burn-out est la conséquence « d'un stress professionnel chronique qui n'a pas été géré avec succès » (CIM-11 ; WHO, 2019), les résultats montrent que le trajet d'accompagnement proposé par Fedris agit au plus tôt, à la source du burn-out, à savoir sur les problèmes de stress lié au travail. En évitant que ces problèmes ne deviennent chroniques et/ou ne s'aggravent, donnant lieu à d'autres comorbidités, Fedris assure pleinement sa mission de prévention secondaire de la souffrance mentale en lien avec le travail.

Les présents résultats ont permis de dégager des pistes d'amélioration d'un trajet d'accompagnement tel que proposé par Fedris. Sur base des constatations mises en évidence dans ce rapport et de ses recommandations, une prise de conscience à un niveau plus macro des besoins des travailleurs en situation de burn-out et, de manière plus générale, en situation de souffrance psychologique liée au travail est et reste indispensable. Les résultats du projet pilote burn-out mettent en lumière la nécessité d'une restauration de l'équilibre « en abyme » : au niveau individuel d'abord, organisationnel ensuite, sociétal enfin. Les enseignements de ce projet ont permis de mettre en évidence le rôle clé que peut jouer un tel dispositif dans le maintien ou le retour au travail de travailleurs souffrant d'un burn-out. Ils montrent également qu'une articulation entre acteurs de la santé et acteurs de prévention peut faciliter une action à un niveau plus collectif, sur les composantes structurelles et organisationnelles générant de la souffrance au travail. A ce titre, Fedris se doit de poursuivre sa réflexion sur les interactions entre travail et santé mentale dans le cadre des maladies professionnelles et des accidents du travail.

In fine, au-delà des enseignements que Fedris a pu en tirer, elle espère également contribuer à créer une dynamique de transmission (inter-)institutionnelle des connaissances ainsi acquises sur le burn-out et sa prise en charge. Cette transmission est, à son sens, indispensable à la mise en œuvre d'une « intelligence collective » (Delbrouck, 2017, p. 257) et à la construction progressive d'une véritable culture de la prévention de la souffrance mentale liée au travail. Développer des outils et des dispositifs capables d'appréhender et d'agir sur la réalité individuelle du burn-out mais, également et surtout, sur sa réalité organisationnelle et sociétale est un enjeu majeur des dix prochaines années.

8. REFERENCES

- 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/https://doi.org/10.1016/j.burn.2017.02.001
- Corrigan, P. W., & Watson, A. C. (2002). Understanding the impact of stigma on people with mental illness. *World Psychiatry*, *1*(1), 16-20.
- Delbrouck, M. (2017). *Comment traiter le burn-out: Principes de prise en charge du syndrome d'épuisement professionnel (4ème édition)*. De Boeck Supérieur.
- Demerouti E., Bakker A.B., Vardako I., & Kantas A. (2003). The convergent validity of two burnout instruments. *European Journal of Psychological Assessment, 19*(1),12–23.
- Dendoncker, C. & Lebrun, F. (2022). *Adaptations d'un dispositif de prise en charge du burn-out professionnel: une question d'équilibre*. Travail de fin de formation du Certificat d'université « Certificat d'université « Diagnostic et prise en charge clinique des burn-outs professionnel et parental ». Louvain-la-Neuve : UCLouvain.
- Desart, S., Schaufeli, W.B., & De Witte, H. (20 février 2017). Op zoek naar een nieuwe definitie van burn-out [Blog post]. https://kuleuvenblogt.be/2017/02/20/op-zoek-naar-een-nieuwe-definitie-van-burn-out
- Eurofound (2018). Burnout in the workplace: A review of data and policy responses in the EU, *Publications Office of the European Union*, Luxembourg. https://www.eurofound.europa.eu/publications/report/2018/burnout-inthe-workplace-a-review-of-data-and-policy-responses-in-the-eu
- European Agency for Safety and Health at Work, Leclerc, C., De Keulenaer, F., Belli, S. (2022). OSH pulse : occupational safety and health in post-pandemic workplaces : report, *Publications Office of the European Union*.
- https://data.europa.eu/doi/10.2802/478476
- Eurostat (2021). Self-reported work-related health problems and risk factors - key statistics, Statistics Explained. https://ec.europa.eu/eurostat/statisticsexplained/index.php?title=Self-reported_workrelated_health_problems_and_risk_factors_-_key_statistics
- Hansez, I. (2019, January). *Les stades du burnout et prévention* [PowerPoint].
- https://www.health.belgium.be/sites/default/files/uploads/fields/fpshealth_theme_file /121219
- Hansez, I., & Braeckman, L. (2023, 31 mars). *Evaluation d'un programme de prise en charge de travailleurs en burnout précoce (prévention secondaire)*. Rapport scientifique du projet pilote implémenté par l'Agence Fédérale pour les Risques Professionnels (Fedris). Bruxelles : Belgique.
- IBM Corp. Released (2022). *IBM SPSS Statistics for Windows, Version 29.0*. Armonk, NY: IBM Corp.
- 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
- Lovibond, S.H., & Lovibond, P.F. (1995). *Manual for the Depression Anxiety Stress Scales* (2nd ed.). Sydney: Psychology Foundation.

- Mélon, L., Bingen, A., Sepulchre, D., Vanroelen, C. & De Schampeleire, J., (2022, Décembre). *Recueil de bonnes pratiques au sein d'entreprises en matière de retour au travail*. Service Public Fédéral Emploi, Travail et Concertation sociale. Bruxelles : Belgique.
- Mikolajczak, M., Zech, E., & Roskam, I. (2020). *Burn-out professionnel, parental et de l'aidant. Comprendre, prévenir et intervenir*. De Boeck Supérieur.
- Nowrouzi, B., Garrido, P., Gohar, B., Yazdani, A., Chattu, V. K., Bani-Fatemi, A., Howe, A., Duncan, A., Riquelme, M. P., Abdullah, F., Jaswal, S., Lo, J., Fayyaz, Y., & Alam, B. (2023). Evaluating the Effectiveness of Return-to-Work Interventions for Individuals with WorkRelated Mental Health Conditions: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Healthcare*, *11*(10), 1-18.
- https://doi.org/10.3390/healthcare11101403
- Perski, O., Grossi, G., Perski, A., & Niemi, M. (2017). A systematic review and meta-analysis of tertiary interventions in clinical burnout. Scand J Psychol, 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), 1-20. https://doi.org/10.3390/ijerph17010055
- Reavley, N. J., & Jorm, A. F. (2011). Recognition of mental disorders and beliefs about treatment and outcome: Findings from an Australian national survey of mental health literacy and stigma. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, *45*(11), 947–956. https://doi.org/10.3109/00048674.2011.621060
- Savic, I. (2023, March 17). The burned-out brain. In M. Mikolajczak & I. Roskam (Chairs). *Burnout in the 21st century* [Symposium]. Biennial Symposium of the Psychological Committee of the Royal Academies for Science and the Arts of Belgium, Brussels, Belgium.
- Schaufeli, W.B., De Witte, H. & Desart, S. (2019). *Handleiding Burnout Assessment Tool (BAT)*. KU Leuven, België: Intern rapport. Avec l'aide de Securex.
- Thil L., Vanmarcke S., Szekér L., Lenaerts K., Vandekerckhove S., Deschacht N., Detilleux C., De Witte H., Babic A., Montagnino C., Pierrot M., Tojerow I., Verdonck M., Bosmans K., Van Aerden K., Vanderleyden J. & Vanroelen C. (2023). L*a qualité de l'emploi et du travail en Belgique en 2021 : Analyse sur la base de l'enquête européenne sur les conditions de travail (EWC(T)S) 2021 – résumé analytique*. HIVA KU Leuven.
- https://emploi.belgique.be/sites/default/files/content/documents/Welzijn%20op%20het%20werk/Onderzoeksprojecten/Rapport%20EWCS_EIND.pdf
- World Health Organization (2019). *International Classification of Disease, Eleventh Revision (ICD11)*. WHO. https://icd.who.int/
- Vaiva, G., Lebigot, F., Ducrocq, F., Goudemand M. (2005). *Psychotraumatismes : prise en charge et traitements*. Mass

9. ANNEXES

Annexe 1 : Profils types des intervenants

A. INTERVENANT BURN-OUT

FEDRIS
AGENCE FÉDÉRALE DES RISQUES PROFESSIONNELS

INTERVENANT BURN-OUT
dans le cadre d'un projet de prévention du burn-out organisé par FEDRIS

FEDRIS recherche des professionnels de la clinique du travail, indépendants ou indépendants complémentaires, possédant une expertise clinique couplée à une expérience de la réalité organisationnelle, afin d'assurer la prise en charge des travailleurs/patients à risque élevé de burn-out.

Dans le cadre d'un projet pilote dans le secteur hospitalier et de soin et dans le secteur bancaire, FEDRIS propose un programme de prévention secondaire de la souffrance au travail qui vise à éviter le développement d'un burn-out ou d'aider une personne menacée de burn-out.

Ce projet prévoit une phase de dépistage suivie d'une phase de consultations en clinique du travail, couplée d'une part à des séances individuelles de prise en charge (à travers notamment une approche cognitivo-émotionnelle ou corporelle) et, d'autre part, à une réflexion sur l'aménagement des conditions de travail en concertation avec les acteurs de la prévention du bien-être au travail.

Description de la mission :

- Effectuer une évaluation diagnostique du travailleur en situation d'épuisement professionnel (burn-out)
- Réaliser une anamnèse complète (en ce compris le diagnostic différentiel et investigations cliniques dans le domaine spécifique de l'étiologie des troubles mentaux associés au travail)
- Effectuer des consultations en clinique du travail dans l'accompagnement des travailleurs/patients en burn-out, suivi du maintien/retour au travail et recommandations à l'attention de l'employeur/médecin du travail/médecin généraliste
- Composer et coordonner un trajet adapté aux besoins du travailleur, en lien avec les différents intervenants mobilisables dans le cadre du projet

Formation ou diplôme européen équivalent :

- Master en sciences psychologiques, finalité clinique
- Master en sciences psychologiques, finalité travail et organisation
- Master spécialisé en médecine du travail
- Master spécialisé en Psychiatrie
- Master en Médecine Générale

Le Master spécialisé en Gestion des Risques et Bien-être au Travail ou Master équivalent, une formation continue en clinique du travail ou en psychopathologie du travail sont des atouts.

Avenue de l'Astronomie 1, 1210 Bruxelles • www.fedris.be
Joignable les lundi, mardi et jeudi de 9h à 16h et les mercredi et vendredi de 9h à 13h
.be

Expérience :

- 3 ans d'expérience dans le domaine visé
- Expérience étendue de suivi de patients en souffrance au travail (clinique du travail)
- Expérience clinique en psychopathologie générale
- Expérience d'accompagnement pour le maintien/retour au travail
- Expérience d'intervention en milieu de travail sur les questions de bien-être au travail
- Expérience de collaboration interdisciplinaire avec les acteurs de la prévention, les organisations syndicales et les professionnels de la santé impliqués dans le processus de maintien/retour au travail
- Avoir été impliqué dans un processus de supervision ou d'intervision

Langue :

Connaissance approfondie (parlé et écrit) d'une des trois langues nationales de Belgique (français, néerlandais, allemand)

Connaissances :

- Connaissance de la réalité organisationnelle et des facteurs de risques psycho- sociaux
- Connaissance du cadre réglementaire relatif au bien-être au travail, à l'assurance soins de santé, au chômage, à la sécurité sociale, à la médecine du travail, à la réintégration des travailleurs en incapacité de travail
- Connaissance des notions d'incapacité, invalidité, indemnisation, intervenants et étapes dans l'arrêt maladie et son suivi, réintégration au travail, etc.

Atout :

Être collaborateur d'une structure ou d'un réseau multidisciplinaire de prise en charge

Documents requis :

- Lettre de motivation
- CV détaillé
- Copie du diplôme et attestations des formations suivies
- Pour les psychologues : Attestation d'inscription à la Commission des Psychologues
- Description détaillée de l'expérience en lien avec le profil recherché (préciser la durée de l'expérience, le nombre de patients concernés, originalité/plus-value de l'expérience, lien avec le cadre réglementaire)

N'hésitez pas à nous contacter par e-mail (burnout@fedris.be) ou par téléphone (02 272 21 70) pour toute information complémentaire.

Si vous êtes intéressé.e, n'hésitez pas à nous envoyer votre dossier de candidature à burnout@fedris.be.

Si, après analyse de votre dossier, votre candidature venait à être retenue, la cellule Burn-out vous recontactera afin de fixer un entretien avec les psychologues de l'équipe.

B. INTERVENANT SEANCES INDIVIDUELLES

FEDRIS

AGENCE FÉDÉRALE DES RISQUES PROFESSIONNELS

INTERVENANT SEANCES INDIVIDUELLES

dans le cadre d'un projet de prévention du burn-out organisé par FEDRIS

FEDRIS recherche des professionnels indépendants ou indépendants complémentaires diplômés d'un master de psychologie clinique et bachelier en kinésithérapie ou diplômes équivalents pour prodiguer un soutien et un accompagnement psychologique aux travailleurs à risque élevé de burn-out, et ce, selon les approches cognitivo-émotionnelle et/ou psycho-corporelle.

Dans le cadre d'un projet-pilote dans le secteur du soin à la personne et dans le secteur des banques et assurances, FEDRIS propose un programme de prévention secondaire de la souffrance au travail qui vise à éviter le développement d'un burn-out ou d'aider une personne menacée de burn-out.
Ce programme prévoit une phase de dépistage suivie d'une phase de consultations en clinique du travail, couplée d'une part à des séances individuelles de prise en charge (à travers notamment une approche cognitivo-émotionnelle ou corporelle) et d'autre part à une réflexion sur l'aménagement des conditions de travail en concertation avec les acteurs de la prévention du bien-être au travail.

Le présent appel concerne les séances individuelles de prise en charge.

Description de la mission :

- Prise en charge de sessions individuelles de type psycho-éducationnel concernant la prévention du bien-être au travail et incluant la gestion du stress, l'hygiène de vie (alimentation, activité physique, sommeil) et la récupération d'énergie
- Prise en charge de séances de soutien et d'accompagnement psychologique selon l'approche cognitivo-émotionnelle
- Prise en charge de séances de soutien et d'accompagnement selon l'approche corporelle

Formation ou diplôme européen équivalent :

- Master en sciences psychologiques, finalité psychologie clinique avec certificat en psychothérapie (habilitation possible pour l'ensemble des 3 activités)
- Bacheliers en kinésithérapie ou diplômes équivalents avec formation (habilitation possible uniquement pour la prise en charge de séances de soutien et d'accompagnement selon l'approche corporelle)

Expérience:

- 3 ans d'expérience dans le domaine visé

Langue :

- Connaissance approfondie (parlé et écrit) d'une des trois langues nationales de Belgique (français, néerlandais, allemand)

Connaissances:

- Connaissance en psycho-éducation à la santé et plus spécifiquement en gestion du stress
- Connaissance des techniques individuelles de prise en charge
- Connaissance de la souffrance au travail et plus spécifiquement du burn-out

Documents requis :

- Lettre de motivation
- CV détaillé
- Copie du diplôme, attestations des formations suivies
- Pour les psychologues : Attestation d'inscription à la Commission des Psychologues
- Description détaillée de l'expérience en lien avec le profil recherché (préciser la nature exacte et la durée de l'expérience, le nombre de patients concernés).

C. INTERVENANT COVID

FEDRIS

AGENCE FÉDÉRALE DES RISQUES PROFESSIONNELS

INTERVENANT COVID

dans le cadre du projet de prévention du burn-out organisé par FEDRIS

FEDRIS recherche des professionnels indépendants diplômés d'un master en psychologie clinique et inscrits à la Commission des Psychologues ou médecins avec spécialisation en psychiatrie afin d'assurer la prise en charge des travailleurs/patients à risque élevé de burn-out particulièrement impactés par la crise sanitaire du COVID-19.

Dans le cadre de son projet-pilote dans le secteur du soin à la personne et dans le secteur des banques et assurances, FEDRIS propose un programme de prévention secondaire de l'épuisement professionnel qui vise à éviter le développement d'un burn-out ou son aggravation.
Ce programme prévoit une phase de dépistage suivie d'une phase de consultations en clinique du travail, couplée d'une part à des séances individuelles de prise en charge (à travers notamment une approche cognitivo-émotionnelle ou corporelle) et d'autre part à une réflexion sur l'aménagement des conditions de travail en concertation avec les acteurs de la prévention du bien-être au travail.

Suite à la crise sanitaire, le programme comporte désormais un module supplémentaire dédié à l'évaluation et à la prise en charge des répercussions directes de la crise COVID sur le travailleur.

Le présent appel concerne les séances spécifiques qui seront réalisées dans ce module.

Description de la mission :

- Evaluation des conséquences de la crise sanitaire sur le fonctionnement personnel et professionnel de la personne orientée vers le projet burn-out
- Evaluation de l'apparition ou de l'aggravation de difficultés et/ou de troubles psychiques suite au vécu de la crise sanitaire
- En lien avec l'intervenant burn-out (coordinateur du trajet d'accompagnement), mise en place d'un dispositif de prise en charge précoce de ces troubles préalablement à la poursuite du trajet d'accompagnement centré sur l'épuisement professionnel

Formation ou diplôme européen équivalent :

- Master en sciences psychologiques, finalité clinique
- Diplôme de Docteur en Médecine avec spécialisation en psychiatrie
- Une formation continue en psychotraumatologie et/ou en intervention de crise est un atout.

Avenue de l'Astronomie 1, 1210 Bruxelles • Ouvert de 9 à 16 heures et sur rendez-vous • www.fedris.be .be

Expérience :

- Avoir au minimum 3 ans d'expérience dans le traitement de troubles liés au psychotraumatisme et des troubles connexes (dépressifs, anxieux et addictifs)
- Expérience clinique en psychopathologie générale
- Avoir été impliqué dans un processus de supervision ou d'intervision
- Une expérience en intervention de crise en situation d'urgence collective est un atout.

Langue :

- Connaissance approfondie (parlé et écrit) d'une des trois langues nationales de Belgique (français, néerlandais, allemand)

Connaissances :

- Connaissance des caractéristiques des différentes expériences traumatiques, de leurs conséquences et de leurs manifestations cliniques possibles
- Connaissance des liens entre la symptomatologie traumatique et l'apparition d'autres troubles psychiques
- Connaissance de la réalité organisationnelle et des facteurs de risques psycho-sociaux en situation de crise
- Connaissance des techniques individuelles scientifiquement validées de prise en charge du stress et du traumatisme

Atout :

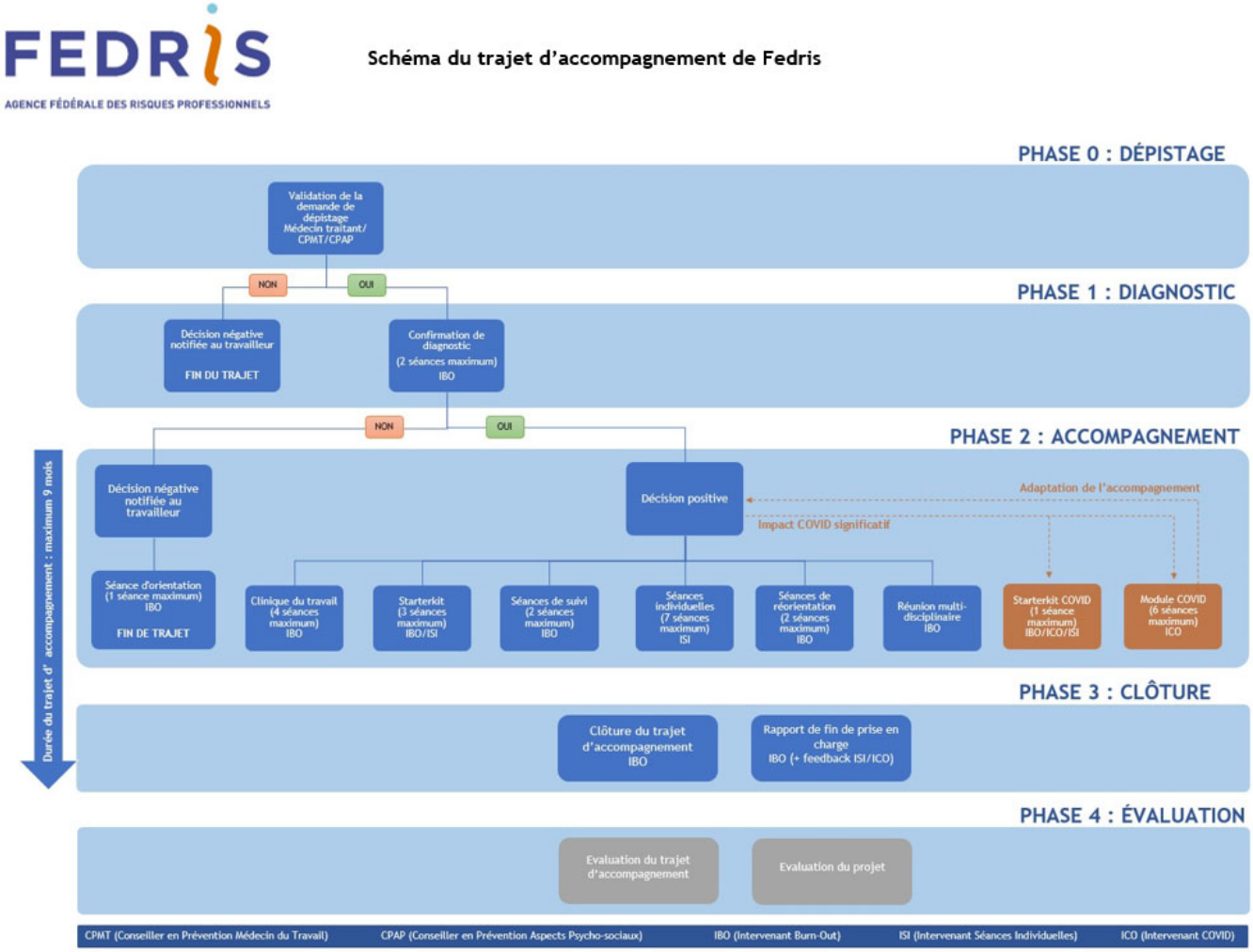
- être collaborateur d'une structure ou d'un réseau multidisciplinaire de prise en charge

Une flexibilité est exigée pour pouvoir recevoir les travailleurs en dehors de leurs heures de travail.

Documents requis :

- Lettre de motivation
- CV détaillé
- Copie du diplôme et attestations des formations suivies
- Pour les Psychologues : attestation d'inscription à la Commission des Psychologues
- Description détaillée de l'expérience en lien avec le profil recherché (préciser la durée de l'expérience, le nombre de patients concernés, originalité/plus-value de l'expérience, lien avec le cadre réglementaire)

Annexe 2 : Schéma d'accompagnement



Annexe 3 : Relevé des experts impliqués

Réflexion et élaboration du trajet d'accompagnement de prévention secondaire du burn-out

Supervision scientifique

- Professeur Isabelle Hansez, ULiège, Faculté de Psychologie, Logopédie et Sciences de l'Education, Département de Psychologie, Unité de Valorisation des Ressources Humaines.
- Professeur Dr. Lutgart Braeckman, UGent, Faculty of Medicine and Health sciences, Department of Public Health and Primary Care

Groupe d'expertise

- Mme Sofie Balduyck, conseiller en prévention aspects psychosociaux
- Dr. Kristien Bauwens, médecin généraliste en formation médecine du travail
- Mr Koen Boonen, UZ Leuven, conseiller en prévention aspects psychosociaux
- Mme Véronique Brouette, psychologue clinicienne, collaboratrice ULiège.
- Mme Véronique Crutzen, psychologue, SPF Emploi, travail et concertation sociale, DG humanisation du travail
- Mme Tine Daeseleire, psychologue clinicienne, The Human link
- Dr. Valérie Libotte, médecin du travail
- Mme Anne Dumbruch, conseiller en prévention aspects psychosociaux, PROVIKMO
- Mme Myriam Pauwels, conseiller en prévention aspects psychosociaux, ING
- Dr. Olivier Poot, médecin du travail
- Mme Mélanie Straetmans, psychologue, SPF Emploi, travail et concertation, DG humanisation du travail
- Mme Marthe Verjans, conseiller en prévention aspects psychosociaux , IDEWE

Membres de l'administration

- Mme Dupont, psychologue du travail
- Mme Stas, psychologue du travail.

Gestion du projet-pilote et évaluation

Supervision et évaluation scientifique

- Professeur Isabelle Hansez, ULiège.
- Professeur Dr. Lutgart Braeckman, UGent.

Expertise clinique interne à Fedris, Département Etudes et projets :

- Caroline Dendoncker, psychologue clinicienne
- Karolien Kerckhofs, psychologue clinicienne
- Florence Lebrun, psychologue clinicienne
- Deborah Mennecier, psychologue clinicienne
- Shana Vranken, psychologue clinicienne