

Les stades du burnout: vers une meilleure articulation de la prévention

Isabelle Hansez ; Julie Laurent ; Audrey Babic ; Céline Leclercq

Introduction

Depuis son apparition dans la littérature et sa popularité auprès des chercheurs, le burnout s'est vu doté de diverses définitions. De plus, le débat pour déterminer les dimensions essentielles du burnout continue d'exister. Certaines vont considérer le burnout comme un état mesuré à un instant donné. Le burnout peut alors être caractérisé par l'épuisement (Shirom, 2005), le désengagement (Demerouti, Bakker, Nachreiner, & Schaufeli, 2001), le cynisme (Maslach & Leiter, 2008), le sentiment de diminution de l'accomplissement personnel (Maslach & Leiter, 2008) ou encore la culpabilité (Guidetti, Viotti, Gil-Monte, & Converso, 2017). Plus récemment, Schaufeli, De Witte et Desart (2019) ont identifié quatre symptômes principaux du burnout : l'épuisement physique et psychologique; la distanciation mentale du travail caractérisée par un retrait mental/physique; une perte de contrôle cognitif caractérisée par des problèmes de mémoire, d'attention, de concentration et de performance qui sont dus à une perturbation du fonctionnement cognitif; et enfin une perte de contrôle émotionnel caractérisée par des réactions émotionnelles exacerbées et une faible tolérance. Selon ces mêmes auteurs, la tension nerveuse (stress) constitue un premier signe de burnout et est souvent le premier motif de demande d'aide. Ces auteurs identifient par ailleurs l'humeur dépressive, la souffrance psychologique et les plaintes psychosomatiques comme autres symptômes secondaires du burnout.

De manière complémentaire à ces définitions envisageant le burnout comme un état, un autre courant considère le burnout comme un processus qui s'inscrit dans le temps. Cette philosophie débouchera notamment sur la définition du Conseil Supérieur de la Santé en Belgique (2017, p.11). Selon cette définition, le burnout est « *un processus multifactoriel qui résulte de l'exposition prolongée (plus de*

6 mois) en situation de travail à un stress persistant, à un manque de réciprocité entre l'investissement (exigences du travail, demandes) et ce qui est reçu en retour (ressources), ou à un déséquilibre entre des attentes et la réalité du travail vécue, qui provoque un épuisement professionnel (à la fois émotionnel, physique et psychique), une fatigue extrême que les temps de repos habituels ne suffisent plus à soulager et qui devient chronique ainsi qu'un sentiment d'être totalement vidé de ses ressources. Cet épuisement peut aussi avoir un impact sur le contrôle de ses émotions (irritabilité, colère, pleurs...) et de ses cognitions (attention, mémoire, concentration) et peut à son tour provoquer des changements dans les comportements et les attitudes. La personne se détache et devient cynique (distanciation mentale). Il s'agirait en fait d'une mesure d'adaptation (inefficace) face aux exigences auxquelles la personne ne sait plus faire face. Progressivement, elle se désengage de son travail, diminue son investissement et met son entourage à distance, voire développe des conceptions péjoratives à propos des personnes avec qui elle travaille. Ce qui résulte en un sentiment d'inefficacité professionnelle (diminution de l'accomplissement au travail, dévalorisation de soi, la personne ne se sent plus efficace dans son travail). Cet état d'esprit n'est par ailleurs souvent pas remarqué par le travailleur pendant un long moment ». Au travers de cette définition, le burnout est vu comme étant un processus composé de différents stades. Le déséquilibre dans le contexte professionnel conduit à l'épuisement. La fatigue ressentie modifiera les émotions et les cognitions du travailleur. Afin de remédier à cet état, le travailleur va se désengager de son travail et manifester une attitude cynique conduisant in fine à un sentiment d'inefficacité professionnelle.

Dans la pratique, cette pluralité de définitions complexifie la prise en charge et l'accompagnement des patients. Afin d'offrir aux praticiens une meilleure compréhension de ce syndrome de burnout, cet article vise deux objectifs. Dans un premier temps, adoptant la perspective du burnout en tant que processus temporel, nous allons tenter de synthétiser les approches existantes pour décrire les stades jalonnant le processus de burnout. Dans un second temps, pour chaque stade identifié dans le processus du burnout, nous essayerons de définir le type de prévention/intervention à privilégier. En

effet, il existe traditionnellement trois types de prévention pour prendre en charge la souffrance au travail (Loriol, 2010 ; Schaufeli & Enzmann, 1998) : la prévention primaire (agir directement sur les conditions d'exercice du travail et sur l'organisation), la prévention secondaire (former les salariés à identifier les situations stressantes et élaborer des stratégies de défense pour favoriser le maintien au travail) et la prévention tertiaire (prise en charge médicale et psychologique des travailleurs victimes de pathologies pour favoriser le retour au travail).

Méthodologie

Notre réflexion se base sur 3 principaux documents (Commission des affaires sociales, 2017 ; Delbrouck, Vénara, Goulet, & Ladouceur, 2011 ; Zawieja & Guarnieri, 2013) qui s'intéressent au processus à travers lequel le burnout se développe et plus particulièrement les étapes que traversent les travailleurs avant d'arriver à un burnout avéré. Nous avons dès lors souhaité répertorier les études scientifiques réalisées sur le sujet (Schéma 1). Pour cela, nous avons recherché dans les bases de données scientifiques Scopus, Medline et PsychInfo, les références associées au terme « burnout » et « profile(s) », « profil(s) », « stade(s) », « étape(s) », « idéal » ou « idéaux ». Les articles étaient par la suite sélectionnés sur base de quatre critères : (1) se référer à une approche descriptive ou qualitative, (2) décrire le processus du burnout, (3) concerner une population de travailleurs et (4) être rédigé en anglais ou en français. De cette recherche bibliographique, un seul article a émergé, celui de Gustafsson, Norberg, et Strandberg (2008). Face à cet unique résultat, nous avons élargi notre recherche aux références proposées par Google Scholar. Nous avons ainsi pu sélectionner 4 articles supplémentaires (Daloz, 2007 ; Daloz, Balas, & Bénony, 2007 ; Daloz & Bénony, 2007 ; Périlleux & Vendramin, 2017). Cette présente revue se base donc sur ces 8 articles (Tableau I).

Schéma 1 : Méthode de recherche des articles

Références à dispositions	<ul style="list-style-type: none">• Les trois documents consultés s'intéressaient aux stades du burnout ou au processus à travers lequel se développait le burnout. Nous avons souhaité répertorier les études scientifiques qui ont été réalisées sur le sujet.
Recherche de références	<ul style="list-style-type: none">• Mots-clés utilisés: burnout, profile(s), profil(s), ideal(s), idéal, idéaux, étape(s), stade(s)• Résultats sur Medline, PsychInfo et Scopus: 1376 articles
Etudes qualitatives	<ul style="list-style-type: none">• En ne prenant que les études qualitatives, il reste 198 articles• Par étude qualitative, on entend : étude de cas clinique/ non clinique, interview, focus groupe, revue de la littérature, revue systématique, méta-synthèse et étude qualitative
Uniquement les articles français ou anglais	<ul style="list-style-type: none">• Seuls les articles écrits en anglais ou en français ont été sélectionnés. Ce qui nous donne accès à 191 articles.
Lecture d'abstract	<ul style="list-style-type: none">• Critères de sélection d'un titre pour lire l'abstract: étudier l'évolution du burnout et le processus y menant, s'intéresser à une population de travailleurs• Critères d'exclusion d'un titre pour lire l'abstract: population d'étudiants, absence de perspective temporelle, étude d'intervention et de suivi des personnes déjà en burnout• 23 abstracts ont été sélectionnés.
Lecture approfondie	<ul style="list-style-type: none">• L'article devait aborder le processus menant au burnout• 9 articles ont été sélectionnés.
Articles choisis	<ul style="list-style-type: none">• Critère de sélection: description détaillée des étapes qui mènent au burnout, étude qualitative, ciblant une population de travailleur• 1 article a été sélectionné. Cet article apparaissait dans chacun des moteurs de recherches consultés.
Ajout de références de Google scholar	<ul style="list-style-type: none">• Face au peu de résultats via Medline, Psychinfo et Scopus, nous avons élargi notre recherche aux références proposées par Google Scholar.• Les mêmes mots-clés ont été introduits dans le moteur de recherche Google Scholar pour un total de 40 681 références. Toutefois pour chaque recherche seules les 1000 premières références sont proposées. Les références de Google Scholar nous permettent de dégager 5 articles, dont 1 identique à l'article trouvé via Medline, Psychinfo et Scopus.
Total de références	<ul style="list-style-type: none">• Les 5 articles répertoriés dans les moteurs de recherche (Medline, Psychinfo et Scopus et Google Scholar) ainsi que les 3 références de départ nous permettent de nous baser sur 8 documents au total.

Tableau I : Articles sur le burnout ayant une approche qualitative ou descriptive qui servent de base à ce travail

	Nombre de participants	Caractéristiques Participants	Méthodologie
Daloz, 2007 (6)	106	Soignants, paramédicaux, médecins dans trois institutions différentes	L'entretien débutait par une description de la vie professionnelle du travailleur depuis la formation initiale. Outre l'épuisement professionnel, étaient investiguées, en fonction des ouvertures dans l'entretien, des questions relatives à la motivation/démotivation, la représentation de soi et l'idéal.
Daloz et Bénony, 2007 (7)	163 entretiens (106 dont 57 entretiens doublés)	Soignants, paramédicaux, médecins dans trois institutions différentes	Deux types d'entretiens ont été utilisés selon que la personne connaissait une période d'épuisement ou non. Dans les cas d'épuisement, l'entretien se focalisait sur les débuts, l'évolution, le vécu professionnel et personnel, et également l'impact sur la vie privée. Dans les cas où les travailleurs n'ont pas connu de période d'épuisement, les questions se concentraient autour de la perception qu'ils avaient sur le burnout et sur les personnes épuisées/démotivées.
Daloz, Balas, et Bénony, 2007 (8)	Plus ou moins 130 participants (sans comptage strict)	Paramédicaux et médecins	Groupes de paroles depuis 6 ans au moment de la rédaction de l'article. Visée d'écoute centrée sur les travailleurs et non d'intervention dans l'entreprise.
Gustafsson, Norberg, et Strandberg (2007) (9)	20	Service en psychiatrie et soins aux personnes âgées. Uniquement des femmes.	Chaque participant était interrogé deux fois sur son expérience du burnout. Pour interpréter les résultats, les auteurs utilisaient la méthode phénoménologique-herméneutique (méthode d'interprétation des textes qui consiste à interpréter et comprendre le sens d'un phénomène. Elle s'inscrit en trois étapes : une lecture naïve, une analyse structurale et une interprétation critique du texte).
Delbrouck et al., 2011 (10)			Description du processus menant au burnout sur base d'une revue de la littérature et de constats issus de la pratique clinique (pas de récolte de données).
Zawieja et Guarnier, 2013 (11)			
Assemblée Nationale, 2017 (12)			
Périlleux et Vendramin, 2017 (13)			

1 Dans ces 8 articles, deux tendances méthodologiques se dégagent. Une première, qualifiée d'approche
2 qualitative, vise à recueillir, à travers des entretiens ou des groupes de paroles, les récurrences qui
3 surviennent dans le discours des participants sur leurs expériences de souffrance au travail. Le nombre
4 de participants ne dépasse pas 150 et les études relèvent du secteur médical (soignants, paramédicaux,
5 médecins, service de psychiatrie et soins aux personnes âgées). La seconde tendance, qualifiée
6 d'approche descriptive, part des réflexions des auteurs pour décrire un processus menant au burnout.
7 Ces derniers se basent à la fois sur une revue de la littérature et sur des constats issus de la pratique
8 clinique. Aucune récolte de données ne vient étayer leur discours.

9

Résultats

10 Les stades du burnout

11 Les approches qualitatives et descriptives nous permettent de relever quatre stades dans le
12 processus du burnout : (Stade 0) la création d'un idéal envers le travail avec engagement au travail,
13 (Stade 1) la perte de l'idéal au travail, (Stade 2) un retrait protecteur face au travail qui devient
14 menaçant et (Stade 3) l'arrivée du burnout. Le tableau IIa reprend les éléments des 8 articles qui font
15 référence aux stades du burnout. Le Tableau IIb synthétise les éléments du Tableau IIa. Il est
16 intéressant de noter que, dans la littérature consultée, le stade de l'enthousiasme idéaliste n'est pas
17 systématiquement cité comme étant la phase préliminaire au développement du burnout. On constate
18 également des nuances entre auteurs quant à la caractérisation de chaque stade du burnout.

19

	Stade 0 : Engagement au travail avec enthousiasme idéaliste	Stade 1 : Fragilisation de l'idéal
Daloz, 2007	Idéal professionnel qui sous-tend une filiation et une inflation narcissique.	Rencontre avec le réel et les contraintes du travail. Peur de devoir poursuivre par obligation. Angoisse de perdre l'idéal. Revendications visant à se rassurer.
Daloz et Bénony, 2007		Idéal peu touché. Le travailleur est capable de rêves par rapport à son travail mais le doute s'installe. Intérêt pour d'autres aspects du métier, plus qu'aux clients. Recherche d'un équilibre entre soi (protection) et le patient (investissement, ouverture). Il y a recherche d'une assurance, d'une conviction. Transformation des croyances et des attentes.
Daloz, Balas, et Bénony, 2007	Investissement et engagement.	Développement d'un mécontentement quant à l'absence de reconnaissance par rapport à un rôle personnel que le travailleur croyait devoir/pouvoir tenir. Le travailleur s'interroge malgré lui sur le pourquoi de son action. Confusion entre la perception de son engagement, son activité, ses rôles et statuts et le sentiment de se sentir mal situé, en décalage, incompris. Il souhaiterait se sentir soutenu, approuvé, avoir un statut clair. Ce qui épuise dans le burnout c'est le manque de reconnaissance.
Gustafsson, Norberg, et Strandberg (2007)	Enthousiasme idéaliste, le travail promet de tout combler. Sur-identification avec la clientèle et dépense d'énergie excessive et inefficace.	Stagnation : le travail n'est plus perçu comme excitant et n'est plus le substitut de tout dans la vie. Frustration : la personne s'interroge sur son efficacité au travail et sur la pertinence et la valeur du travail.
Delbrouck et al., 2011	Vouloir se montrer fort(e) et productif(ve) : travailler dur et être engagé(e) au travail. Vouloir prendre des responsabilités et faire par soi-même : avoir des objectifs élevés et planifier et réaliser les choses, seul(e). Vouloir se montrer agréable: vouloir être là pour les autres et les aider. Difficulté à dire non. Se perdre face aux demandes en augmentation.	Le respect et l'appréciation des autres ne sont pas perçus. Sentiment d'être traité(e) injustement, d'être incompris(e), d'être remis(e) en question. Se sentir anonyme, ignoré(e) et oublié(e). Se sentir incapable de changer une situation : malgré le fait que le travailleur sait ce qui doit être fait, il n'est pas toujours évident ou il n'a pas toujours la capacité de le faire.
Zawieja et Guarnier, 2013		Confusion : sentiment que quelque chose ne va pas. Frustration : insatisfaction, colère, changement de travail, dorsalgie et migraine modérée.
Assemblée Nationale, 2017	Enthousiasme : ambitieux(se), idéaux et objectifs élevés. Energie dans son travail même si conditions exigeantes et peu favorables.	Surinvestissement : le travailleur plafonne, malgré ses efforts, sa carrière n'évolue pas comme il le voudrait, sa satisfaction ne grandit pas, ses efforts ne sont pas reconnus. Il redouble d'ardeur, travaille le soir, le weekend et ne se déconnecte jamais psychologiquement.
Périlleux et Vendramin, 2017		Accumuler. Contradiction dans les tâches : qualité/quantité, sécurité/productivité, conflit de valeurs, ambiguïtés dans les rôles, dilemmes moraux, buts irréalisables. Hyperactivisme cachant une esquive du travail qui a été vidé de son sens.

	Stade 2 : Apparition du retrait protecteur	Stade 3 : Burnout avéré
Daloz, 2007	Mécanisme de défense : refus d'adaptation, poursuit à l'identique, cynisme, refus de croire en d'autres valeurs, disparition des mécanismes que l'idéal soutenait (espérance, confiance, tolérance, frustration, identification, idéalisation...).	Dés-idéalisation: fin de d'un fantasme de plein accomplissement, fin de l'idéalisation. Augmentation des affects qui jusque-là avaient été anesthésiés.
Daloz et Bénony, 2007	Atteintes extra-professionnelles (sphère privée) et des idéaux. Agressivité envers le patient. Idées, comportements que le travailleur n'aurait pas cru avoir. Comportements de fuites, troubles caractériels, honte davantage présente. Gestion des émotions problématique.	Proche de la dépression. Doute quant à soi (et non plus comme professionnel). Absence de mise en sens. Se sent dépassé(e), ne lutte plus. Fin de l'espoir, d'une place, d'une logique, d'une utilité pour soi, pour les autres. Capacité toujours présente de penser des projets en dehors du travail. Décalage entre un rythme personnel ralenti et un rythme de travail rapide. Incapacité de changer la situation.
Daloz, Balas, et Bénony, 2007	Intolérance aux dysfonctionnements de l'institution, image de soi détériorée, modification des valeurs, désinvestissement, culpabilité, perte de son identité, réalité du travail frustrante/injuste, blessure de l'idéal, remise en cause du travail comme moyen privilégié de s'accomplir. Plus sa place dans l'équipe. Déception de ne pas pouvoir garder une part de soi, de plaisir.	Proche d'un état dépressif avec une incapacité à ressentir de la satisfaction.
Gustafsson, Norberg, et Strandberg (2007)	Être troublé(e) émotionnellement. Souffrir d'un sentiment d'inadéquation : incapacité à faire face. Sentiment d'échec, de solitude, d'inutilité. Souffrir d'une conscience troublée : incapacité d'atteindre ses objectifs, ses idéaux.	Implication du corps : le corps est impliqué (symptômes physiques, psychologiques et cognitifs apparaissent), Être forcé(e) à baisser les bras
Delbrouck et al., 2011	Apathie : le travail frustre mais est nécessaire. Évitement des défis, du travail et des clients. Absentéisme important et répété. Difficultés de réadaptation.	Burnout : temps pour accepter la situation. Lien avec les étapes consécutives au deuil : déni, colère, marchandage, tristesse, affects dépressifs, acceptation.
Zawieja et Guarnier, 2013	Désespoir : sentiment d'insuffisance et d'absurdité, cynisme, méfiance, apathie.	Burnout : résultat de la déception lorsque la réalité ne répond pas ou plus aux attentes que le travailleur avait placées dans son travail, sa carrière, sa vie personnelle.
Assemblée Nationale, 2017	Désillusion : fatigue, déception, perte d'espoir, efforts méconnus, signes cliniques (impatience, irritabilité, cynisme, isolement, troubles somatiques).	Burnout : le travailleur perd tout intérêt pour son travail et son entourage professionnel, voire personnel. Il n'est plus capable de travailler.
Périlleux et Vendramin, 2017	Chute : l'esquive permanente du travail n'est pas tenable. Posture de détachement où « tout est bon, peu importe la nature des consignes ». Perte des repères entre le vrai et le faux. Etat de confusion, de semi-conscience et anesthésie de la pensée et des sentiments.	Episode critique (évanouissement, bouffée d'angoisse, crise de larmes). Un fait de trop provoque la rupture. Honte d'être mis(e) en incapacité. Traversée de sentiments négatifs (échec, inutilité, désillusion, cynisme...) pour retrouver une force de vie et se dégager d'une vision imaginaire.

STADE 0 : Engagement au travail avec enthousiasme idéaliste
<p>Le travail est idéalisé dans le sens où le travailleur pense qu'il répond ou pourrait répondre à toutes ses attentes.</p> <p>Le travailleur est ambitieux, il a des idéaux et des objectifs élevés.</p> <p>Le travailleur manifeste une performance élevée, des capacités d'autonomie et un bon contact avec ses collègues.</p> <p>Le travailleur s'identifie fortement à son organisation, s'investit et est engagé dans son travail, ce qui lui procure beaucoup d'énergie.</p>
STADE 1 : Fragilisation de l'idéal
<p>Le travailleur constate des contradictions dans son environnement professionnel (e.g., conflits de valeurs, objectifs irréalisables).</p> <p>Le travailleur éprouve un sentiment d'angoisse de perdre son idéal de travail.</p> <p>Le travailleur éprouve une crainte de ne plus devoir travailler par intérêt mais par nécessité.</p> <p>Le travailleur doute de son efficacité au travail et s'interroge sur la pertinence et la valeur du travail.</p> <p>Le travailleur perçoit des difficultés à changer ou faire évoluer la situation (sentiment d'inertie).</p> <p>L'identité du travailleur est touchée ; son travail se vide de sens.</p> <p>Le travailleur perçoit plus difficilement la reconnaissance et le respect venant des autres.</p> <p>Le travail est hyperactif, se surinvestit dans ses tâches avec un rythme de travail excessif allant jusqu'à l'épuisement.</p>
STADE 2 : Apparition du retrait protecteur
<p>Le travailleur est profondément déçu, remet en question le travail comme voie d'épanouissement et rejette les valeurs associées au travail.</p> <p>Le travailleur ressent la nécessité de se protéger contre la perte de son idéal et met en place des mécanismes de défense.</p> <p>Le travailleur manifeste les premiers signes cliniques (e.g., impatience, irritabilité, troubles somatiques).</p> <p>Le travailleur modifie ses attitudes et comportements (e.g., cynisme, réduction de son temps de travail, isolement).</p> <p>Le travailleur devient insensible et ne ressent plus d'émotions.</p> <p>Le travailleur éprouve des difficultés à garder une image positive de lui-même.</p> <p>Le travailleur devient intolérant aux dysfonctionnements de son organisation.</p> <p>Le travailleur s'absente régulièrement avec de plus en plus de difficultés d'adaptation au retour.</p> <p>Le mal-être au travail contamine la sphère privée (e.g., famille, loisirs, amis).</p>
STADE 3 – Burnout avéré
<p>Le travailleur rapporte un évènement marquant (épisode critique : e.g., impossibilité de se lever et/ou d'aller travailler, syncope, crise d'angoisse, longue crise de larmes) déclenchant la réactivation des affects réprimés jusque-là.</p> <p>Le travailleur arrête de lutter ; son idéal d'un travail épanouissant s'éteint complètement.</p> <p>Le doute se réinstalle et s'étend à toute l'identité du travailleur (y compris en dehors de la sphère du travail).</p> <p>Le travailleur est en décalage au niveau de son rythme personnel ralenti par rapport à la rapidité exigée au travail.</p> <p>Le travailleur n'est plus capable de travailler mais ressent une honte d'être mis en incapacité.</p> <p>Le travailleur se sent incompris par son entourage.</p> <p>Le travailleur risque de développer un état dépressif.</p> <p>Le travailleur peut toujours concevoir des projets en dehors de son travail.</p> <p>Le travailleur a besoin de temps pour accepter ce qui lui arrive et de prendre conscience du diagnostic du burnout.</p>

1 *Stade 0 : Engagement au travail avec enthousiasme idéaliste*

2 Au début du processus, le travail est perçu comme le principal chemin d'accomplissement
3 (Zawieja & Guarnieri, 2013). Il est perçu comme vecteur de réponse à toutes les attentes (Daloz,
4 2007). Lorsque le travailleur parle de sa formation, il fait souvent état de moments clés, de souvenirs
5 prégnants et de partages qui l'ont inspiré (Delbrouck et al., 2011). L'idéal ressenti apporte au
6 travailleur de l'énergie (Daloz & Bénony, 2007), ce qui lui permet de viser des objectifs élevés et de
7 manifester de l'ambition (Daloz & Bénony, 2007). Le travailleur met tout en œuvre pour être
8 productif, autonome et entretenir une relation amicale avec ses collègues (Gustafsson et al., 2008). A
9 ce stade, les signes précurseurs du burnout sont très faibles voire inexistants.

10 *Stade 1 : Fragilisation de l'idéal*

11 Bien que l'idéal développé durant le parcours de formation initiale du travailleur lui apporte
12 de l'enthousiasme, il ne prépare pas le travailleur aux difficultés de la réalité (Zawieja & Guarnieri,
13 2013), bien souvent faite de contradictions dans les tâches (conflits de valeurs, dilemmes moraux,
14 objectifs irréalisables) (Périlleux & Vendramin, 2017). Le travailleur perçoit une difficulté à changer
15 ou faire évoluer la situation (sentiment d'inertie) (Daloz et al., 2007). Ces constats quotidiens créent
16 un sentiment de stagnation et forment un terrain propice au développement du doute. D'abord infime,
17 l'appréhension prend de plus en plus d'ampleur. L'idéal, qui paraissait inébranlable, vacille petit à
18 petit (Zawieja & Guarnieri, 2013). Le travailleur constate que malgré ses efforts et sa dépense
19 d'énergie, sa carrière ne progresse pas comme il le désire (Daloz & Bénony, 2007). L'angoisse
20 accompagne la perte de l'idéal (Delbrouck et al., 2011) car s'associe la crainte de devoir travailler
21 par nécessité et non plus par intérêt (Delbrouck et al., 2011). Afin d'oublier le doute, la crainte et
22 l'angoisse, le travailleur s'enferme dans un rythme de travail excessif (Périlleux & Vendramin, 2017).
23 Il travaille le soir, le weekend et pense constamment au travail (Périlleux & Vendramin, 2017). En
24 effet, prendre le temps de s'arrêter, c'est risquer de constater cette frustration grandissante par rapport
25 au travail. Alors qu'il surinvestit de plus en plus la sphère du travail, le travailleur déclare son

1 insatisfaction quant à la reconnaissance reçue, les demandes qui lui sont faites et les ressources
2 disponibles pour réaliser ses tâches (Zawieja & Guarnieri, 2013). Les exigences du travailleur ne
3 relèvent pas d'une recherche de plus de ressources mais plutôt de conditions de travail qui
4 permettraient d'atteindre un idéal (Delbrouck et al., 2011). Cependant, l'ardeur manifestée par le
5 travailleur pour mettre en évidence un dysfonctionnement de l'environnement camoufle une blessure
6 touchant son identité (Zawieja & Guarnieri, 2013). Cette attitude instaure insensiblement un écart
7 entre l'avis du travailleur sur l'importance du changement et la position de l'organisation (Zawieja &
8 Guarnieri, 2013). Pour le premier, de la situation dépendent son identité, sa valeur et son existence
9 alors que les acteurs du milieu professionnel interprètent ses commentaires comme un problème
10 d'implication (Zawieja & Guarnieri, 2013).

11 *Stade 2 : Apparition du retrait protecteur*

12 Face à l'incompréhension qui s'installe et les idéaux qui se fragilisent, le travailleur ressent
13 une nécessité grandissante de se protéger. Il ne reste pas passif face à la fragilisation de son idéal
14 (Delbrouck et al., 2011), préférant devenir cynique et rejeter les valeurs soutenues jusque-là par
15 l'idéal (e.g., espérance ou confiance) qui permettraient de maintenir une estime de soi acceptable
16 (Delbrouck et al., 2011). Parallèlement, alors même qu'il est nécessaire à la survie du travailleur (e.g.,
17 normes sociales, revenu), le travail se fait menaçant. Le travailleur essaie de travailler moins et
18 d'éviter toute situation qui pourrait faire vaciller sa position instable (Daloz, 2007). Il se sent désabusé
19 et questionne le travail comme voie d'épanouissement (Zawieja & Guarnieri, 2013). Il ne trouve plus
20 sa place dans l'équipe et s'isole de plus en plus, déçu de ne pas avoir su garder une part d'idéal et de
21 plaisir dans son métier (Zawieja & Guarnieri, 2013). Ce détachement insensibilisant les pensées et
22 les sentiments permet de continuer un moment (Périlleux & Vendramin, 2017). Si, jusque-là, la perte
23 des idéaux ne touchait que le travail, le mal-être contamine à présent la sphère privée (Commission
24 des affaires sociales, 2017) et les changements d'attitude, de comportements se font plus profonds.
25 Le travailleur en vient à mettre en place ou à abandonner certains comportements ou actions qui

1 jusque-là n'auraient même pas été imaginés (Commission des affaires sociales, 2017). Plus le
2 travailleur a refoulé ses émotions dans les étapes antérieures, plus elles s'extériorisent à ce stade.

3 *Stade 3 : Le burnout avéré*

4 Si la situation perdure, malgré les efforts déployés par le travailleur, l'idéal d'un travail
5 épanouissant disparaît (Delbrouck et al., 2011). Les travailleurs rapportent souvent en consultation
6 un épisode précis pour marquer cette fin (e.g., évanouissement, impossibilité d'aller travailler, longue
7 crise de larmes) (Périlleux & Vendramin, 2017). Les doutes qui se sont progressivement insérés dans
8 les pensées du travailleur ne se limitent plus à la sphère professionnelle mais touchent l'ensemble des
9 sphères de vie du travailleur (Commission des affaires sociales, 2017). Ce dernier peut dès lors
10 manifester des symptômes proches de l'état dépressif. Le travailleur arrête de lutter (Commission des
11 affaires sociales, 2017). Il peut avoir l'impression que son entourage ne comprend pas son malaise
12 (Zawieja & Guarnieri, 2013). Parler du burnout permet de rassurer le travailleur sur ce qui lui arrive
13 (Zawieja & Guarnieri, 2013).

14 **Comment utiliser les stades du burnout pour penser la prévention ?**

15 Définir le burnout en tant que processus permet d'envisager des pistes de prévention selon les
16 stades décrits. Sur base des caractéristiques des différents stades, il nous semble pertinent de définir,
17 pour chaque stade, le type de prévention/intervention à privilégier. Nous avons orienté notre réflexion
18 en distinguant quatre moments-clés nécessitant un type de prévention spécifique: (1) en amont de la
19 carrière professionnelle, lors de la construction de l'idéal professionnel, ensuite (2) lors de
20 l'engagement idéalisé au travail (Stade 0) et de la fragilisation de l'idéal (Stade 1), (3) lors de
21 l'apparition du retrait protecteur (Stade 2) et enfin (4) lorsqu'un diagnostic de burnout avéré est posé
22 (Stade 3). Sur base de la définition des types de prévention (Loriol, 2010 ; Schaufeli & Enzmann,
23 1998), les deux premiers moments-clés, i.e. la construction de l'idéal et l'engagement idéalisé au
24 travail, relèvent de la logique de prévention primaire. La prévention visant des travailleurs qui

1 commencent à douter de leur idéal ou à mettre en place des mécanismes de protection s'inscrirait
2 dans la logique du maintien au travail ou de la prévention secondaire. Enfin, les travailleurs en burnout
3 avéré, dernier stade du processus, devraient être accompagnés dans une perspective tertiaire via un
4 processus de prise en charge et de retour au travail. Nous décrivons plus en détails dans les
5 paragraphes suivants les préventions envisagées en fonction des quatre moments-clés. Notons
6 toutefois qu'une intervention proposée à un moment-clé peut également être pertinente à un moment
7 ultérieur. Tout comme une prise en charge au niveau secondaire ou tertiaire n'exclut pas la nécessité
8 d'un retour à la prévention primaire, primordiale pour l'intégration de la dimension collective. Le
9 Tableau III synthétise les actions de prévention à privilégier en fonction des différents moments-clés.

Tableau III : Synthèse des actions de prévention à privilégier selon quatre moments-clés.

Types de prévention	Moments-clés	Propositions d'actions
Prévention primaire (Stade 0)	(1) Construction de l'idéal	<ul style="list-style-type: none"> - Sensibiliser aux réalités des métiers et aux risques (notamment psychosociaux) lors de la formation initiale ; - Informer de la réalité professionnelle ('Realistic Job Preview') ; - Analyser dès la sélection l'adéquation entre les besoins du travailleur et ce que l'organisation peut offrir ('Needs-Supply Fit').
	(2) Engagement idéalisé au travail	<ul style="list-style-type: none"> - Développer une politique de gestion dynamique des risques dans le cadre de la prévention du bien-être au travail - Promouvoir la santé au travail et une culture 'bien-être au travail' - Sensibiliser/informer les travailleurs et la ligne hiérarchique sur le burnout et les risques psychosociaux - Promouvoir un niveau d'engagement au travail optimal en favorisant les ressources au travail, e.g. : <ul style="list-style-type: none"> 7.1 En mettant en place des politiques RH centrées sur la reconnaissance et le feedback, les possibilités de développement, la création d'un climat de confiance et la responsabilisation ou l'autonomie ; 7.2 En sensibilisant les managers de proximité à leur rôle de régulation collective de leur équipe ; en favorisant le soutien social dans l'équipe soudée autour d'objectifs communs 7.3 En proposant des solutions pour rendre l'environnement de travail agréable et l'espace de travail sécurisé 7.4 En faisant participer les travailleurs sur les valeurs et le projet de l'entreprise (identification organisationnelle) 7.5 En stimulant le développement de comportements de 'job crafting' ; - Prévenir la souffrance au travail en diminuant ou limitant les contraintes liées au travail (e.g. charge de travail adaptée, clarification des rôles et des tâches) - Implémenter un système de veille continue pour repérer le surinvestissement chez les travailleurs (réseau de vigilance).
Prévention secondaire (Stade 1-2)	(3) Fragilisation de l'idéal et retrait protecteur	<p>Au niveau individuel :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Proposer des séances de clinique du travail pour permettre notamment de questionner l'idéal, travailler l'inadéquation entre les attentes et la réalité du travail (individuellement ou en groupe) ; bloquer la spirale de perte de ressources et stimuler le gain de ressources du travailleur (Théorie de la Conservation des Ressources) ; - Promouvoir l'hygiène de vie à travers des séances de psychoéducation pour stimuler la prise en charge personnelle du travailleur (alimentation, sommeil, activité physique) ; - Développer les 'self-management skills' comme la gestion du stress, la gestion du temps, l'assertivité, la négociation, etc. ; - Stimuler l'amélioration des stratégies d'adaptation ou l'élargissement de l'éventail de stratégies d'adaptation ; - Promouvoir des activités de désengagement de l'attention (e.g. activités sportives, relaxation, méditation, vacances) ; - Proposer une approche individuelle approfondie selon les approches psychocorporelles et /ou cognitivo-comportementales ; - Proposer des programmes d'assistance au personnel ('EAP' ou Employee Assistance Programme) ; - Proposer la participation à des groupes de soutien par les pairs ou des groupes de parole <p>Au niveau organisationnel :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Réfléchir sur les contraintes liées au travail et chercher des solutions pour les réduire (réunion multidisciplinaire pour l'adaptation des conditions d'emploi ou l'aménagement des conditions de travail) ;

		<ul style="list-style-type: none"> - Apporter de nouvelles ressources ou du moins de conserver celles qui existent : promouvoir le support des superviseurs et des collègues, créer des espaces de collaborations, aider à la recherche de support social, proposer le mentorat.
Prévention tertiaire (Stade 3)	(4) Burnout avéré	<ul style="list-style-type: none"> - Accompagner le patient en arrêt de travail (médecin généraliste) <ul style="list-style-type: none"> 20.1. Gérer l'arrêt de travail et ensuite la reprise et le risque de rechute en prenant le temps d'écouter le patient pour repérer les symptômes qui accompagnent le burnout 20.2. Considérer l'arrêt de travail en fonction de la situation du patient 20.3. Limiter la médication autant que possible ; prescrire des antidépresseurs uniquement si le patient a des antécédents de dépression ou s'ils souffrent excessivement des symptômes dépressifs ; prescrire la benzodiazépine uniquement si l'anxiété provoque une souffrance importante (mais non nécessaire) - Assurer le suivi thérapeutique par un clinicien du travail <ul style="list-style-type: none"> 21.1. Assurer un suivi en 3 étapes selon l'Evidence-Based-Medecine : phase de crise, généralement 2 à 3 semaines (via la reconnaissance de la souffrance du patient sans jugement, en abordant la réalité de travail, les émotions associées et encourager le patient à prendre un temps de récupération et de repos), phase des problèmes et solutions, durant les trois à six semaines qui suivent (renforcer et développer les capacités d'adaptations, de travailler sur les pensées qui génèrent le stress, de renforcer les émotions positives, d'accroître la conscience corporelle, la confiance en soi ainsi que les relations sociales) et la phase d'application de ces solutions qui dure également entre trois et six semaines (avec comme objectif de stimuler la personne à mettre en place les solutions dans sa vie quotidienne afin de mieux correspondre à ses besoins. 21.2. Evaluer la nécessité d'approches psychologiques complémentaires 21.3. Préparer le retour au travail, en créant un état psychologique favorable à la reprise du travail (promouvoir la motivation du travailleur, le sentiment d'auto-efficacité, de contrôle, permettre au travailleur de poser des limites, privilégier une reprise à temps partiel à l'absence de reprise) 21.4. Eventuellement accompagner dans la transition professionnelle - Accompagner le retour au travail <ul style="list-style-type: none"> 22.1. Elaboration et mise en œuvre d'une politique de réintégration des travailleurs malades de longue durée et désignation d'un coordinateur « retour au travail » dans l'entreprise 22.2. Appliquer les solutions d'adaptation du poste de travail en termes de contraintes/ressources 22.3. Mettre en place les aménagements dans les conditions de travail (e.g. temps de travail, horaires, etc.) 22.4. Aider le manager à trouver un équilibre entre les obligations financières et les demandes qui accompagnent le retour au travail 22.5. Sensibiliser les collègues sur les difficultés rencontrées par le travailleur et des conditions de reprise 22.6. Faire intervenir les représentants du personnel pour s'assurer du respect du programme de retour au travail 22.7. Insérer le médecin du travail dans le processus de retour au travail (et notamment dans le cadre d'un trajet de réintégration) 22.8. Reconnaître le rôle des ressources humaines dans le processus de retour au travail (créer un dossier permettant d'expliquer les étapes et les contacts utiles lors du retour au travail ; désigner un interlocuteur privilégié qui accompagnera le travailleur dans ses démarches)

1 *Moment-clé 1 : Construction de l'idéal*

2 Un premier angle d'approche consiste à intervenir dans la formation initiale du futur
3 professionnel, à travers une *sensibilisation aux réalités des métiers et aux risques* (psychosociaux
4 notamment). Une sensibilisation sur l'écart possible entre l'idéal du métier et la réalité du terrain
5 est pertinente lors des parcours de formation. Ce type de programme a par ailleurs déjà porté ses
6 fruits au Royaume-Uni, dans le secteur des soins infirmiers, bien qu'il ne se soit pas largement
7 implémenté (Maben, Latter, & Clark, 2007).

8 L'intervention primaire sur l'idéal peut par ailleurs être initiée par les organisations dès
9 l'étape de recrutement et de sélection des travailleurs. Il leur est en effet possible de transmettre
10 aux candidats une image équilibrée des aspects positifs et négatifs de l'emploi à pourvoir ainsi
11 que des informations précises sur la culture et la politique de l'organisation qui recrute, de telle
12 sorte qu'ils/elles soient prévenu(e)s en amont des conditions dans lesquelles leur travail se
13 déroulera. Cette démarche correspond à une technique connue en sélection professionnelle sous
14 le nom de '*Realistic Job Preview*' ou l'aperçu réaliste des tâches et repose sur des techniques
15 variées comme des présentations par vidéos, des simulations de travail, des rencontres avec les
16 travailleurs en poste ou encore des brochures d'information (Baur, Buckley, Bagdasarov, &
17 Dharmasiri, 2014). Cette démarche permet au travailleur de se préparer à sa nouvelle fonction et
18 de diminuer ses attentes à un niveau davantage en adéquation avec ce que le travail peut proposer
19 (Baur et al., 2014). Cette approche permettrait donc de minimiser l'écart entre l'idéal et la réalité
20 professionnelle.

21 Enfin, un autre processus en lien avec le concept de '*Needs-Supply Fit*' (Kristoff-Brown,
22 Zimmerman, & Johnson, 2005) utilisé lors de la sélection est l'analyse de l'adéquation entre les
23 attentes du candidat et ce que l'organisation peut lui offrir pour répondre à ses attentes. S'assurer
24 d'une bonne adéquation lors de la sélection ou lors de la mobilité du travailleur, à l'aide par
25 exemple d'un outil donnant une vue multidimensionnelle sur l'analyse de douze besoins des

1 travailleurs, e.g. un travail stimulant, un bon équilibre travail-famille, des horaires de travail
2 prévisibles, des pratiques de flexibilité (Travagianti, Babic, Pepermans, & Hansez, 2017) offre
3 plusieurs avantages pour l'organisation. Par exemple, l'adéquation entre le travailleur et son
4 environnement facilitera l'intégration (Yu & Davis, 2016) et le maintien des nouveaux arrivants
5 (Kristoff-Brown et al., 2005), augmentera la satisfaction au travail (Jung & Takeuchi, 2014) ainsi
6 que les performances (Edwards & Shipp, 2007) et diminuera les risques pour la santé (Merecz &
7 Andysz, 2012).

8

9 *Moment-clé 2 : Engagement idéalisé au travail (Stade 0)*

10 Afin de favoriser le bien-être au travail, il est important de développer une politique de
11 gestion dynamique des risques dans le cadre de loi sur le bien-être au travail (2014). Il s'agit
12 aussi de promouvoir la santé au travail et une culture 'bien-être au travail'. Très souvent, une
13 première approche consiste à sensibiliser et informer les travailleurs et la ligne hiérarchique sur
14 les risques psychosociaux et les dommages y afférents (stress, burnout, etc.).

15 Un courant préventif incontournable pour promouvoir le bien-être au travail, issu de la
16 psychologie positive et dérivé du 'Job Demands-Resources Model' (Bakker & Demerouti, 2017),
17 vise à fournir aux travailleurs des ressources suffisantes et ainsi à favoriser un niveau optimal
18 d'engagement au travail à travers l'épanouissement et le développement personnel. Le travail sur
19 les ressources peut s'opérer à différents niveaux.

20 Ainsi, les *stratégies mises en place par les services de ressources humaines*, notamment
21 les pratiques liées à la reconnaissance et au retour sur le travail effectué, aux possibilités de
22 développement ou encore la promotion d'un climat de confiance et de responsabilisation dans
23 les équipes (Bakker, 2017) peuvent favoriser un épanouissement optimal des travailleurs.

1 Dans la même perspective, le rôle du manager de proximité sera important pour
2 promouvoir un climat positif au sein de l'équipe. Le bien-être au travail sera plus élevé si les
3 managers ont la possibilité d'animer des espaces de discussion sur l'activité et donc de faciliter
4 le travail de régulation nécessaire au bon fonctionnement de l'équipe (Detchessahar, 2011). A ce
5 sujet, il existe des dispositifs pédagogiques variés pour développer les compétences,
6 comportements et pratiques de management favorables à la santé mentale, notamment les
7 outils/méthodes pour aider le manager à prévenir les risques psychosociaux (e.g., reconnaître les
8 signaux d'alerte, identifier les modalités d'action face à ces alertes, établir des indicateurs du
9 mal-être au travail), les formations axées sur l'analyse du travail (s'appropriier un outil permettant
10 d'analyser les difficultés de son équipe et de mettre en œuvre des actions) ou encore des
11 formations axées sur les bonnes pratiques de management au sens large et la posture du manager
12 (Journoud & Pezé, 2012). En outre, les communautés de pratiques ou 'ateliers d'échange de
13 pratiques managériales' sont intéressantes car elles permettent d'intégrer les principes de
14 prévention des risques psychosociaux et de régulation de l'activité dans les pratiques de
15 management au quotidien (Delsaux, Firket, Hansez, & Burlet, 2016 ; Hansez & Firket, 2014).

16 Par ailleurs, le concept de 'job crafting' a récemment vu le jour en psychologie du travail
17 (Bakker & Demreouti, 2017). Le 'job crafting' fait référence aux changements proactifs mis en
18 place par les travailleurs eux-mêmes pour modifier leurs tâches, le type de relations qu'ils
19 entretiennent au travail ou encore le sens de leur travail (Wrzesniewski & Dutton, 2001). On peut
20 aussi le définir comme étant les changements proactifs opérés par les travailleurs au niveau des
21 exigences et des ressources dans leur travail (Tims, Bakker, & Derks, 2012). En effet, à travers
22 leurs comportements, les travailleurs peuvent activement influencer leurs ressources au travail
23 (e.g., demander plus de feedback et d'aide) et les demandes qui représentent des défis personnels
24 (e.g., s'engager dans un nouveau projet, maîtriser de nouvelles compétences), ou encore diminuer
25 les demandes qui représentent un obstacle à l'épanouissement (e.g., réduire la charge de travail

1 ou les aspects bureaucratiques liés au travail). Ces changements proactifs permettent aux
2 travailleurs d'optimiser eux-mêmes leur environnement de travail. Ils favorisent également
3 l'engagement au travail (Harju, Hakanen, & Schaufeli, 2016 ; Tims, Bakker, & Derks, 2013) et
4 la satisfaction au travail (Tims et al., 2013) et diminuent le burnout (Tims et al., 2013).
5 Cependant, pour stimuler la mise en place de ces comportements proactifs, un climat
6 organisationnel propice au job crafting est primordial. Certains auteurs proposent une
7 intervention organisationnelle en plusieurs étapes pour aider à promouvoir les comportements de
8 'job crafting' parmi les travailleurs : (a) évaluer les forces, motivations et contributions de chaque
9 membre d'une équipe ; (b) synthétiser les tâches et devoirs de chacun ; (c) envisager une
10 répartition des tâches et devoirs de chacun en fonction de ses forces et motivations ; (d) évaluer
11 les changements possibles dans la situation de travail ; (e) évaluer les conséquences de
12 l'intervention ; et enfin (f) évaluer les obstacles et bénéfices du 'job crafting' (Van Wingerden,
13 Bakker & Derks, 2017).

14 L'engagement idéalisé au travail peut dans certains cas entraîner un investissement
15 excessif au travail dans un rythme de travail effréné (Périlleux & Vendramin, 2017). La sur-
16 implication au travail se définit par un ensemble de comportements et d'attitudes qui reflètent,
17 chez le travailleur, la recherche pour une approbation et une reconnaissance excessive (Preckel,
18 Von Känel, Kudielka, & Fischer, 2005). Ces personnes vont dès lors exagérer leurs efforts et
19 s'exposer à plus de demandes. Toutefois, il est rare que ce constat parvienne aux oreilles d'un
20 médecin, d'un conseiller en prévention ou d'un psychologue. En effet, le travailleur qui se
21 surinvestit est généralement motivé et débordant d'énergie. Cette énergie est d'ailleurs appréciée
22 par son entreprise. Ni le travailleur, ni son organisation n'a donc une raison de se plaindre d'un
23 dysfonctionnement. Une approche de vigilance consisterait à demeurer attentif aux
24 manifestations d'hyperactivité du travailleur et de surinvestissement dans le travail. Cette veille
25 ne peut être réalisée que par quelqu'un étant en contact direct avec le travailleur (e.g., un membre

1 de son équipe ou son manager). Cette veille pourrait, par exemple, se réaliser à travers la
2 constitution d'un réseau de vigilance, c'est-à-dire un dispositif permettant à l'entreprise de
3 gagner en autonomie dans la prise en compte des situations difficiles en professionnalisant une
4 équipe référente (Lamberts, 2019). Dès lors, aborder les signes d'un surinvestissement dans la
5 formation des membres de ce réseau mais aussi des managers de proximité ou des personnes
6 ayant un rôle dans la prévention des risques psychosociaux permettrait de repérer plus facilement
7 les travailleurs à risque.

8 Enfin, en termes de ressources, on peut encore penser à des solutions ergonomiques pour rendre
9 l'environnement de travail agréable et l'espace de travail sécurisé, ou encore à des projets
10 participatifs autour des valeurs de l'entreprise, pouvant aider le travailleur à s'identifier plus
11 facilement à son organisation, équipe ou encore profession (Johnson, Morgeson, Ilgen, Meyer &
12 Lloyd, 2006).

13 Les contraintes liées au travail peuvent elles aussi faire l'objet d'un plan d'actions. Un des
14 principes de la gestion dynamique des risques étant d'éliminer ou de réduire le risque à la source,
15 il convient également de prévenir la souffrance au travail en diminuant ou limitant les contraintes
16 liées au travail (e.g., charge de travail inadaptée, répartition non-optimale des tâches, manque de
17 clarté des rôles).

18 A la lecture de ce qui précède, on peut donc constater que les solutions relevant de la prévention
19 primaire sont nombreuses et diversifiées. Comme stipulé dans la législation belge sur le bien-être
20 au travail (2014), chaque situation ou environnement de travail devrait pouvoir être optimisé(e)
21 à travers une démarche de prévention incluant un diagnostic des risques psychosociaux, un plan
22 d'actions découlant directement des constats du diagnostic, l'implémentation du plan d'actions
23 ainsi que son évaluation.

24 *Moment-clé 3 : Fragilisation de l'idéal (Stade 1) et apparition du retrait protecteur (Stade 2)*

1 Nous n'avons pas souhaité séparer le stade de la fragilisation de l'idéal et le stade de
2 l'apparition du retrait protecteur. En effet, les interventions pertinentes au moment de la
3 fragilisation de l'idéal le restent au moment de l'apparition du retrait protecteur. Les interventions
4 au niveau individuel sont plus susceptibles d'avoir une influence positive sur le travailleur au
5 début du processus conduisant au burnout (Maslach & Leiter, 2008), c'est-à-dire dès les premiers
6 signes d'épuisement (Stades 1 et 2) mais elles s'avèreraient moins efficaces pour les travailleurs
7 en burnout avéré (Stade 3) (Daloz, 2007).

8 L'accompagnement des travailleurs aux Stades 1 et 2 du burnout, à l'apparition des
9 premiers signes cliniques de burnout, peut s'effectuer au niveau individuel ou au niveau
10 organisationnel (Ahola, Toppinen-Tanner, & Seppänen, 2017), et ce dans un objectif de maintien
11 au travail.

12 *Au niveau individuel d'abord*, des consultations de clinique du travail permettent
13 notamment de questionner l'idéal ou les causes qui ont conduit à la perte progressive de cet idéal,
14 de travailler l'inadéquation entre les attentes et la réalité du travail, notamment à travers le
15 courant de la psychodynamique du travail (Dejours & Gernet, 2016), ou encore de bloquer la
16 spirale de perte de ressources et stimuler le gain de ressources du travailleur (Théorie de la
17 Conservation des Ressources ; Hobfoll, Halbesleben, Neveu, & Westman, 2018). Le rapport du
18 conseil supérieur la santé (Conseil Supérieur de la Santé, 2017, p. 26) détaille le contenu des
19 séances de clinique du travail dans le trajet de prise en charge des travailleurs en état précoce de
20 burnout (prévention secondaire) de l'Agence Fédérale pour les Risques Professionnels (FEDRIS)
21 en Belgique (FEDRIS, 2017) : « (1) *Ecouter et parler de la réalité du travail, en donnant de la*
22 *place à la subjectivité et reconnaître la souffrance ; (2) Faire identifier à la personne les*
23 *ressources personnelles, collectives (notamment organisationnelles) mais aussi médicales et*
24 *légales dans le but de lui permettre de redevenir acteur de sa situation ; (3) Faire réfléchir la*
25 *personne sur les moyens de redonner du sens au travail dans sa vie et travailler sur ses attentes*

1 *pour que celles-ci puissent être mieux en accord avec la réalité du travail ; (4) Apporter un*
2 *soutien individuel et un accompagnement de carrière dans le sens d'aider la personne à dresser*
3 *un bilan de sa carrière et identifier avec elle ce qu'elle peut ou veut encore faire ; éventuellement*
4 *construire avec le client un nouveau projet professionnel sur cette base-là ; (5) Définir avec la*
5 *personne le type de soutien et d'accompagnement psychologique éventuellement nécessaire :*
6 *techniques spécifiques individuelles comme les approches cognitive, comportementale,*
7 *émotionnelle ou corporelle (e.g., relaxation); ou des techniques collectives incluant les*
8 *formations de type 'self-management skills' (e.g., gestion du stress, récupération d'énergie) ou*
9 *les groupes de soutien par les pairs ; (6) Echanger avec la personne sur l'opportunité d'une*
10 *réunion pluridisciplinaire avec le lieu de travail et le cas échéant préparer le travailleur à cet*
11 *échange sur les conditions de travail pour réfléchir au maintien au travail (e.g. clarification du*
12 *rôle, des responsabilités, du type de soutien du superviseur direct, quantité de travail, temps de*
13 *travail) ou au retour au travail en cas d'absence maladie (e.g. retour progressif, aménagement*
14 *des conditions de travail, préparation des collègues et de la ligne hiérarchique) ».*

15 Parallèlement à ces consultations de clinique du travail où la subjectivité du travail est
16 largement abordée, des séances de psychoéducation visant à promouvoir l'hygiène de vie pour
17 stimuler la prise en charge personnelle du travailleur sont également importantes en début de
18 processus de prise en charge (Jonckheer et al., 2011). Ces séances devraient principalement se
19 focaliser sur les domaines suivants : hygiène alimentaire, récupération d'énergie, sommeil,
20 activité physique et gestion du stress.

21 Comme mentionné ci-avant dans la prise en charge proposée par FEDRIS (FEDRIS,
22 2017), l'intervention au niveau individuel peut également inclure des volets plus spécifiques. Elle
23 peut d'abord porter de manière ciblée sur le *développement des habiletés personnelles* comme
24 par exemple la gestion du temps, l'assertivité, la résolution de conflit ou la négociation pour
25 permettre à l'individu de gérer son stress de manière autonome. C'est ce qu'on appelle en anglais

1 les "self-management skills" (Carod-Artal & Vazquez-Cabrera, 2013). L'objectif est de changer,
2 d'améliorer les ressources et les réponses d'adaptation.

3 On peut aussi stimuler l'amélioration des stratégies de coping à l'aide des *techniques*
4 *cognitives et comportementales*. L'un des objectifs de ces techniques concerne, entre autres, la
5 restructuration cognitive qui consiste, notamment dans le cas du surinvestissement au travail, à
6 repérer les pensées irrationnelles associées au travail et à les remplacer par des pensées plus
7 réalistes (Preckel et al., 2005 ; Rascle & Bruchon-Schweizer, 2006). Cette restructuration
8 cognitive peut avoir pour objectif de réduire les attentes des individus, de réinterpréter le sens de
9 leurs comportements, de clarifier leurs valeurs ou encore d'envisager de nouveaux objectifs ou
10 une nouvelle perception de rôle au travail (Maslach & Goldberg, 1998).

11 Pour aller plus loin, si le surinvestissement est un moyen pour le travailleur d'oublier le
12 doute et l'angoisse qui s'insinuent dans son esprit, *des activités de désengagement de l'attention*
13 *comme les activités sportives* (Ahola et al., 2017), *la méditation et la pleine conscience* (Roeser
14 et al., 2013), *la relaxation* (Maslach, 2017) *ou encore prendre des vacances* (Westman & Etzion,
15 2001) permettraient de diminuer l'épuisement. Toutefois, le bénéfice de ces activités serait limité
16 car sitôt terminées, elles laisseraient du temps au travailleur pour penser au doute qui l'assaille.
17 Il semblerait ainsi que si le score de burnout diminue pendant les vacances, quatre semaines après
18 le retour au travail, il est de nouveau équivalent à celui d'avant les vacances (Westman & Etzion,
19 2001). Certaines activités détournant l'attention pourraient donc s'avérer intéressantes pour le
20 travailleur pour autant qu'elles soient réalisées quotidiennement. Le terme « détachement
21 psychologique » a ainsi été utilisé pour désigner le processus par lequel un travailleur se distancie
22 de son travail en dehors des heures dédiées à celui-ci (Sonnetag, Binnewies, & Mojza, 2010),
23 en fin de journée ou le week-end. Le détachement en dehors du travail a ainsi été associé à des
24 conséquences positives pour la santé (Sonnetag et al., 2010). De fait, le détachement permet de
25 stopper le processus qui puise de l'énergie et de fournir de nouvelles ressources au travailleur.

1 L'absence d'un tel détachement ne permettrait pas la récupération nécessaire au bien-être du
2 travailleur lorsque le travail est vecteur d'affects négatifs (Sonnetag et al., 2010). Toutefois le
3 problème demeure, l'idéal du travailleur est toujours remis en question. Le doute continuera de
4 persister tant que l'idéal se confrontera aux contradictions présentes dans l'environnement
5 professionnel.

6 D'où la nécessité de combiner ces approches individuelles avec une *approche centrée sur*
7 *l'organisation*. Bien que les études sur les interventions organisationnelles sont moins
8 nombreuses, les interventions en milieu professionnel sont reconnues comme étant plus efficaces
9 (Tims et al., 2012). Se centrer sur l'environnement permet, de fait, de s'intéresser aux racines du
10 problème et de cibler un collectif de travail. Dans une étude globale portant sur 25 programmes
11 d'intervention mis en place entre 1995 et 2007 par rapport au burnout, Awa, Plaumann et Walter
12 (2009) ont distingué les interventions ciblant l'individu (17 des 25 interventions), celles ciblant
13 l'organisation (2 sur 25) et celles combinant les deux perspectives (6 interventions). Les
14 interventions focalisées sur l'individu consistaient par exemple souvent en des interventions
15 cognitivo-comportementales visant à augmenter le sentiment de compétence, à adopter un
16 comportement de "coping" et à augmenter le soutien social, ou en des exercices de relaxation.
17 Les interventions ciblant l'organisation visaient souvent la manière dont le travail était organisé,
18 la façon de diriger, des changements dans les procédures de travail et la diminution des exigences
19 en matière de tâches. Il ressort de leur étude que 80 % de ces interventions entraînaient
20 effectivement une diminution du burnout à court terme (six mois ou moins). Ces effets duraient
21 plus longtemps (douze mois ou plus) si l'intervention comportait des mesures ciblant tant la
22 personne que l'organisation, mais dans tous les cas, les effets positifs de l'intervention
23 diminuaient avec le temps. Il faut donc accorder une attention continue au burnout pour maintenir
24 les effets positifs (Taris, Houtman, & Schaufeli, 2013).

1 Globalement, l'approche centrée sur l'organisation permet une réflexion sur les
2 contraintes liées au travail, sur le manque de ressources au travail ou encore sur les contradictions
3 constatées dans la réalisation du travail. Cette réflexion doit stimuler la recherche de solutions
4 relatives à l'adaptation des conditions d'emploi ou à l'aménagement des conditions de travail.
5 Ici, l'approche multidisciplinaire incluant les professionnels de la santé et les acteurs de la
6 prévention est souvent recommandée. Il semblerait qu'une approche participative permettant une
7 réflexion en groupe (dans une équipe, entre professionnels, etc.) sur les solutions à apporter aux
8 problèmes serait efficace pour intervenir face aux contraintes du travail (Montgomery,
9 Georganta, Doulougeri, & Panagopoulou, 2015).

10 Le passage de la fragilisation de l'idéal au retrait protecteur met généralement en avant la
11 diminution des ressources perçues par le travailleur. Or l'importance des ressources est mise en
12 évidence à travers deux modèles du burnout : la théorie de la conservation des ressources
13 (Hobfoll et al., 2018) et le modèle des demandes et des ressources au travail (Bakker &
14 Demerouti, 2017). La première théorie postule que moins le travailleur aura de ressources, plus
15 il sera vulnérable à la perte des ressources en sa possession et moins il aura de capacité d'en
16 acquérir de nouvelles (Hobfoll et al., 2018). Le second modèle souligne l'importance des
17 ressources pour favoriser un processus motivationnel, augmenter l'engagement et atténuer
18 l'impact négatif des contraintes (Bakker & Demerouti, 2017). Il semble dès lors crucial
19 d'apporter de nouvelles ressources ou du moins de conserver celles qui sont toujours présentes.
20 Tout particulièrement, la promotion du support des superviseurs et des collègues, la création
21 d'espaces de collaborations (Ahola et al., 2017) ou encore la recherche de support social (Shin,
22 Park, Ying, Kim, Noh, & Lee, 2014) peuvent intervenir à ce stade pour augmenter les ressources
23 du travailleur. Le mentorat peut également être intéressant pour les nouveaux venus ou pour
24 certains travailleurs confrontés à des changements afin d'améliorer la communication et le
25 support au sein de l'organisation (Keinan & Malach-Pines, 2007). Enfin, des stratégies

1 collectives peuvent s'avérer intéressantes. On peut notamment citer les programmes collectifs
2 d'assistance au personnel ('EAP' ou Employee Assistance Programme, Arthur, 2000) ou encore
3 la possibilité de participer à des groupes de soutien composés de pairs (collègues ou superviseurs)
4 tels que les « groupes balint » des professionnels de la santé (Société Médicale Balint, 2019).
5 Leur but est d'analyser en groupe les situations de travail difficiles, pour exprimer et partager les
6 problèmes, sortir de l'isolement et abandonner les sentiments de culpabilité (Laugaa, Rascle, &
7 Bruchon-Schweitzer, 2008 ; Spickard Gabbe, & Christensen, 2002; Tabary Callanquin, &
8 Marinelli, 2007). Ce type d'intervention se situe à un niveau organisationnel (étant donné que
9 ces groupes de soutien sont organisés au sein des entreprises) mais aussi à un niveau individuel
10 (car il s'agit d'une intervention dirigée vers le ressenti des individus plutôt que sur l'organisation
11 du travail).

12

13 *Moment-clé 4 : Burnout avéré*

14 Le processus de prise en charge en cas de burnout avéré nécessite une approche
15 multidisciplinaire incluant à la fois les professionnels de la santé (médecin généraliste,
16 psychiatre, psychologue), les acteurs de la prévention (conseiller en prévention aspects
17 psychosociaux, médecin du travail) et les acteurs du milieu professionnel (responsable RH,
18 manager, représentant syndical, coordinateur de retour au travail).

19 *Le médecin généraliste est souvent en première ligne dans la prise en charge du burnout,*
20 *plus particulièrement dans la gestion de l'arrêt de travail, de la reprise du travail et du suivi pour*
21 *éviter les rechutes éventuelles. C'est donc une relation qui s'inscrit dans la durée, relation où*
22 *l'écoute est essentielle pour décoder les symptômes qui accompagnent le burnout. L'arrêt de*
23 *travail doit être considéré en fonction de la situation professionnelle et personnelle du patient et*
24 *en fonction de son état de santé. Le médecin généraliste veillera à éviter ou limiter la médication*

1 autant que possible ('LESA-Landelijke Eerstelijns Samenwerkings Afspraak - accord national
2 de collaboration de première ligne aux Pays-Bas, 2011). Toutefois, il peut arriver que, durant la
3 première période d'absence au travail en raison de plaintes psychiques et en cas de troubles graves
4 du sommeil, le médecin généraliste prescrive des benzodiazépines pour traiter les problèmes de
5 sommeil et l'agitation, ainsi qu'à des médicaments symptomatiques pour soigner les plaintes
6 physiques fonctionnelles, comme la douleur et les plaintes gastro-intestinales. Mesters et ses
7 collègues (2017) recommandent de ne prescrire des antidépresseurs que si le patient a des
8 antécédents de dépression ou s'il souffre excessivement de symptômes dépressifs.

9 Dans le cadre de l'approche multidisciplinaire, il est important d'assurer le *suivi*
10 *thérapeutique par un clinicien du travail*. On trouve à ce sujet plusieurs recommandations. La
11 première, qui se nourrit de l'Evidence-Based-Medicine Practice (basée sur une directive
12 internationale) et de la directive LESA des Pays-Bas de 2011, suggère d'assurer un suivi en trois
13 étapes. La première étape, la ***phase de crise***, dure généralement deux à trois semaines. Du fait
14 que la fatigue et l'épuisement sont au centre du problème et que la capacité fonctionnelle est
15 entravée, il est nécessaire d'octroyer un temps de repos au patient. Durant cette période, le but est
16 que le patient puisse se reposer et récupérer de l'énergie. C'est aussi un moment propice pour
17 reconnaître la souffrance du patient, en abordant la réalité de travail et les émotions associées,
18 permettant ainsi progressivement à la personne d'accepter son état. La seconde étape, ***la phase***
19 ***d'analyse des problèmes et des solutions***, s'étale durant les trois à six semaines qui suivent la
20 phase de crise. Cette seconde phase nécessite un accompagnement actif pour structurer les
21 problèmes et chercher des solutions, en collaboration avec le patient et son entourage. Lors de
22 cette étape, le patient va renforcer et développer ses capacités d'adaptation, travailler sur les
23 pensées qui génèrent du stress, renforcer ses émotions positives, accroître sa conscience
24 corporelle, sa confiance en soi ainsi que ses relations sociales. La dernière étape, ***la phase***
25 ***d'application des solutions***, dure également entre trois et six semaines, avec comme objectif

1 d'accompagner et de stimuler la personne à mettre en place les solutions dans sa vie quotidienne
2 à la fois au niveau professionnel et personnel. Normalement, la personne peut donc à nouveau
3 fonctionner dans son environnement de travail dans les 3 mois. Si le patient ne se sent toujours
4 pas capable de travailler après quatre à six semaines, davantage de soutien est nécessaire ainsi
5 que le recours à d'autres spécialistes.

6 Les professionnels de la santé vont donc évaluer avec le patient la nécessité de *mettre en*
7 *place des approches psychologiques complémentaires*, telles que celles décrites plus haut en lien
8 avec les Stades 1 (fragilisation de l'idéal) et 2 (apparition du retrait protecteur).

9 Le clinicien du travail peut également préparer progressivement le patient pour le retour au
10 travail *en créant un état psychologique favorable à la reprise du travail*, par exemple en stimulant
11 sa motivation, son sentiment d'auto-efficacité et de contrôle, en lui permettant de poser des
12 limites, ou en privilégiant une reprise à temps partiel à l'absence de reprise (Baril, Clarke,
13 Friesen, Stock, & Cole, 2003). Tout comme dans les actions à mener aux Stades 1 et 2, la
14 personne doit être préparée à négocier l'adaptation de ses conditions de travail ou de ses
15 conditions d'emploi. A titre d'exemple, Bataille (2014, pp.67-68) propose sur base d'entretiens
16 qualitatifs menés auprès d'acteurs de la prévention et de victimes du burnout, les questions clés
17 pour accompagner le salarié dans sa reconstruction après un burnout. Les questions de la
18 centralité du travail et de l'identité professionnelle sont essentielles dans la perspective qu'elle
19 propose.

20 A ce stade du burnout avéré, il peut s'avérer nécessaire d'*accompagner la personne dans*
21 *une transition professionnelle*. Ceci suppose de l'aider à identifier les ressources mobilisables
22 dans la transition, la nécessité de formations et par conséquent de l'aider à accepter de prendre
23 le temps nécessaire à la transition. Cela nécessite aussi d'aider la personne à identifier et à
24 composer avec les conséquences sociales et/ou financières liées à son changement de statut.

1 L'accompagnement du retour au travail est primordial dans la prévention tertiaire.
2 L'approche multidisciplinaire est essentielle : autant les acteurs de la prévention que les acteurs
3 du milieu professionnel ont un rôle important à jouer dans l'accompagnement de la personne. La
4 littérature souligne trois éléments particulièrement importants à prendre en considération pour
5 faciliter un retour au travail après une longue absence : (1) un retour progressif, (2) une
6 amélioration des conditions de travail et (3) un soutien des collègues et des supérieurs (St-
7 Arnaud, 2001).

8 Selon le modèle de retour au travail thérapeutique de Durand et Loisel (2001), le retour au
9 travail doit se faire de manière progressive avec des tâches allégées puis augmentées en fonction
10 des capacités du travailleur. Hochstrasser, Schulze et Keck (2013) précisent également qu'il est
11 préférable d'augmenter très progressivement la charge de travail. Selon ces auteurs, une des
12 manières de déterminer la charge de travail qui est acceptable est de voir la durée pendant laquelle
13 le travailleur peut exercer une activité sans interruption et sans être fortement épuisé par après.
14 La charge de travail pourra être augmentée seulement lorsque l'individu sera capable de
15 maintenir de manière durable un certain niveau d'énergie. Par ailleurs, les résultats de l'étude de
16 Huijs, Koppes, Taris et Blonk (2012), menée auprès de travailleurs s'étant absentes du travail
17 pour des problèmes physiques ou de santé mentale, montrent que le fait de pouvoir retourner au
18 travail à temps partiel est associé à un retour plus rapide au travail à temps plein. Les auteurs
19 soulignent le fait que le retour à temps partiel permet à la personne de s'exposer progressivement
20 au travail et qu'il sert d'expérience positive pour les travailleurs. Reprendre partiellement le
21 travail peut aider les employés à régénérer leurs ressources comme une meilleure confiance en
22 soi, un sentiment d'auto-efficacité et de contrôle et favoriser ainsi le retour vers un travail à temps
23 plein (Conseil Supérieur de la Santé, 2017).

24 Concernant les conditions de travail, le fait de revenir travailler après une longue absence
25 dans le même environnement ayant contribué à la détérioration de l'état de santé du travailleur

1 risque d'engendrer une rechute de ce dernier (Sanderson & Andrews, 2006). En effet, beaucoup
2 de travailleurs appréhendent le moment où ils devront retourner au travail car ils craignent de se
3 retrouver face aux mêmes conditions de travail qu'avant leur incapacité. En outre, le travailleur
4 peut ressentir une certaine vulnérabilité par rapport à la capacité de travailler efficacement. Ainsi,
5 il est important pour l'employé de voir que des améliorations sont apportées à ses conditions de
6 travail (St-Arnaud, 2001).

7 Enfin, le support social est un motivateur important surtout si le travailleur se sent
8 respecté par ses collègues et son superviseur. Le soutien social et l'accueil des collègues, dont la
9 contribution spécifique du supérieur immédiat, sont identifiés comme des facteurs cruciaux dans
10 la réussite du retour au travail (Huijs et al., 2012). Plus particulièrement, le support le plus
11 important pour le travailleur semble lié à la démonstration d'empathie et de compréhension
12 (Lysaght & Larmour-Trode, 2008). La motivation pour le retour au travail sera plus faible si
13 l'employé estime que ses collègues et son employeur attribuent l'arrêt de travail uniquement à
14 des facteurs personnels et non à la situation de travail (Andersen, Nielsen & Brinkmann, 2012).
15 Il est donc important de travailler avec l'entourage professionnel sur leur perception des
16 difficultés vécues par le travailleur et sur la clarté des conditions de reprise (Quériaud, Dugué, &
17 Petit, 2015). Par ailleurs, le superviseur jouera un rôle crucial dans la qualité du processus de
18 retour au travail. Par exemple, le retour au travail est plus stable lorsque le dialogue entre
19 l'employé et son superviseur permet de déterminer les causes de l'absence et les changements
20 nécessaires pour le retour (Karlson et al., 2010). La volonté de coopérer dans un processus de
21 retour au travail varie d'un manager à l'autre. Ils ressentent en effet un conflit entre leur devoir
22 de rentabilité et les demandes qui accompagnent le retour au travail (Baril et al., 2003). L'attitude
23 du superviseur est toutefois influencée par la politique et l'attitude de l'organisation face au retour
24 au travail. Définir clairement les responsabilités du superviseur dans le processus de retour au
25 travail augmente son implication (Andersen et al., 2012).

1 D'autres personnes-clés dans le retour au travail méritent également d'être mentionnées. Les
2 représentants du personnel peuvent également intervenir bien que leur rôle dans le retour diffère
3 en fonction des cas. Leur investissement peut être limité par leur mandat ou par l'ouverture de la
4 hiérarchie face à leur implication (Baril et al., 2003). Ils agissent rarement sur la modification
5 des tâches à réaliser. Ils s'assurent plutôt du respect du programme de retour au travail. Une
6 bonne entente entre la hiérarchie et les représentants syndicaux facilite le retour au travail (Baril
7 et al., 2003). En outre, les visites médicales auprès du médecin du travail après une absence de
8 longue durée peuvent faciliter le retour (Karlson et al., 2010). Enfin, le service des ressources
9 humaines joue un rôle crucial dans la gestion des absences de longue durée. Son enjeu sera de
10 réintégrer le travailleur dans les meilleures conditions. Toutefois, le processus de retour au travail
11 n'est pas toujours reconnu comme une fonction des ressources humaines (Karlson et al., 2010).
12 D'où l'intérêt de développer et mettre en œuvre une politique de réintégration des travailleurs
13 malades de longue durée et de désigner un coordinateur 'retour au travail' dans l'entreprise. Il
14 est dès lors important pour le travailleur d'avoir connaissance de ces personnes-ressources. Un
15 dossier expliquant les étapes et les contacts utiles lors du retour au travail peut offrir au travailleur
16 des lignes claires quant au processus de retour au travail (Karlson et al., 2010).

17 Dans leur guide portant sur le retour au travail et le maintien en emploi, St-Arnaud et
18 Pelletier (2013) proposent une démarche en sept étapes pour gérer un retour au travail suite à des
19 problèmes de santé mentale. Ces étapes semblent s'adapter au retour au travail après un burnout.
20 Etant donné que la démarche proposée par ces auteurs est décrite comme une initiative ou
21 politique mise en place par l'entreprise, plusieurs conditions préalables sont essentielles à la
22 réussite de la démarche (St-Arnaud et Pelletier, 2013, pp.9-10) : (a) débattre des enjeux de la
23 démarche entre les acteurs du milieu professionnel (la direction, les syndicats et les supérieurs)
24 pour obtenir leur adhésion à la démarche ; (b) un engagement de la direction ; (c) la participation
25 soutenue du syndicat et (d) la coordination des pratiques par les différents acteurs internes et

1 externes. Une fois ces conditions respectées, l'entreprise devrait prendre différentes mesures pour
2 implanter cette démarche de soutien. Ces mesures permettront d'adapter cette démarche au
3 contexte de l'organisation (St-Arnaud et Pelletier, 2013, pp.12-17) : (a) créer un comité de mise
4 en œuvre avec les différents acteurs (direction, services des ressources humaines, syndicats,
5 médecin du travail, supérieurs directs, ressources d'aide clinique - i.e. spécialistes pour répondre
6 aux besoins d'ordre clinique ou social du travailleur-, intervenants responsable de la démarche);
7 (b) élaborer un cadre de référence (valeurs et orientations communes de la démarche) ; (c) définir
8 les rôles et les responsabilités de chacun, dont celui du coordinateur de la démarche ; et (d)
9 élaborer et diffuser un plan de communication et de formation. Suite à cela, la démarche de
10 soutien au rétablissement et au retour au travail peut se mettre en place. C'est l'intervenant
11 responsable de la démarche qui aura le rôle d'accompagner les travailleurs dès le début de leur
12 arrêt de travail et jusqu'au suivi subséquent leur retour. Cela se déroule en sept étapes (St-Arnaud
13 et Pelletier, 2013, p.19) : (1) amorcer la démarche dès les premières procédures administratives ;
14 (2) établir le premier contact avec le travailleur (dans les 10 jours de son absence) ; (3)
15 accompagner le travailleur dans son rétablissement ; (4) préparer la rencontre avec le supérieur
16 immédiat ; (5) planifier et élaborer un plan de retour au travail ; (6) faciliter le retour au travail
17 et mettre en œuvre le plan de retour et (7) assurer le suivi du retour et effectuer les ajustements
18 nécessaires.

19 Cette démarche structurée de retour au travail est soutenue par l'étude de Thomson, Neathey,
20 et Rick (2003) qui met en évidence plusieurs pratiques pour faciliter le retour au travail après une
21 absence liée au stress au travail. Selon ces auteurs, il est important pour l'employeur d'entretenir
22 un contact avec le travailleur durant sa période d'absence afin de développer avec lui un plan de
23 retour au travail. Par ailleurs, ils soulignent l'importance de modifier ou supprimer les facteurs
24 potentiellement nocifs de l'environnement de travail afin d'éviter que l'état du travailleur ne
25 s'aggrave à son retour. En outre, étant donné que les facteurs de stress évoluent avec le temps, le

1 retour au travail nécessite un suivi sur le long terme. Enfin, les auteurs mettent l'accent sur
2 l'importance de la collaboration entre les acteurs du milieu professionnel et l'employé dans le
3 processus de retour au travail. En effet, cette collaboration permet d'encourager «
4 l'empowerment » de la personne en lui permettant de contribuer activement à la préparation de
5 son retour et de reprendre le contrôle sur sa vie professionnelle.

6 Plus récemment, Karlson et al. (2010) ont évalué l'effet d'une intervention axée sur le lieu
7 de travail sur le retour durable au travail de personnes en congé maladie de longue durée pour
8 cause d'épuisement professionnel. Leurs résultats montrent que le retour au travail est facilité et
9 est plus courant chez les personnes qui ont bénéficié de l'intervention par rapport à un groupe
10 contrôle. L'intervention consistait en une réunion de dialogue sur la convergence (« a
11 convergence dialogue meeting »). L'objectif de cette réunion, réalisée sur le lieu de travail, est
12 d'initier le dialogue entre la personne en burnout et le superviseur afin de trouver des solutions
13 facilitant le retour au travail. Lors de cette réunion sont abordés les différents points de vue des
14 parties, leurs accords et désaccords sur les causes du congé de maladie et sur les changements
15 nécessaires pour faciliter le retour au travail. L'accent est principalement mis sur les solutions et
16 les changements suggérés, c'est-à-dire la recherche de perspectives et d'objectifs convergents
17 entre le superviseur et la personne en burnout. L'idée est donc d'identifier des moyens
18 d'améliorer l'adéquation entre les capacités, les attentes et les besoins de la personne en burnout
19 et les caractéristiques du travail. D'une durée d'environ une heure et demie, la réunion débouche
20 sur des accords par rapport à des solutions à court et à long terme. Le fait de se focaliser sur
21 l'adéquation entre le travail et la personne est censé favoriser une communication constructive
22 entre le travailleur et le superviseur. Les auteurs conseillent de mettre en place cette démarche
23 de discussion travailleur-superviseur au début de la phase de congé de maladie. Au travers de
24 leur étude longitudinale, Nieuwenhuijsen, Verbeek, de Boer, Blonk et van Dijk (2004) soulignent
25 également l'importance d'une bonne communication entre le superviseur direct et les travailleurs

1 absents en raison de problèmes de santé mentale pour favoriser le retour au travail à temps plein.
2 Cependant, leurs résultats démontrent cet impact positif de la communication uniquement chez
3 les travailleurs non ou faiblement déprimés. L'interaction entre la gravité des symptômes
4 dépressifs et la communication avec l'employé suggère en effet que l'impact potentiellement
5 favorable de la communication est moins important chez les employés présentant des scores de
6 dépression élevés. D'après ces auteurs, les superviseurs devraient communiquer plus
7 fréquemment avec les employés absents pour maladie et organiser plus souvent des réunions de
8 suivi pour favoriser un retour plus rapide au travail.

9 **Conclusion**

10 Les études menées pour décrire les stades inhérents au processus du burnout permettent
11 de dresser un tableau clinique de l'évolution d'une situation positive d'engagement au travail au
12 burnout avéré et facilitent la transposition entre la théorie et son application dans la pratique
13 clinique.

14 Les pistes de prévention que nous proposons ici se centrent essentiellement sur des
15 hypothèses et des constats tirés de la comparaison entre les recherches sur le processus du burnout
16 et celles sur la prévention. Afin de pouvoir valider les hypothèses formulées dans le présent
17 article, il est nécessaire de réaliser d'autres études sur l'efficacité d'une prévention donnée en
18 fonction du stade où se situe le travailleur. A notre connaissance, ce type d'étude n'a pas encore
19 été réalisé.

20 Les propositions d'intervention en fonction des stades sont données à titre indicatif et ne
21 sont nullement prescriptives ni exhaustives. La diversité de profils des personnes atteintes de
22 souffrance au travail et la diversité de modèles organisationnels y ayant contribué, en font une
23 problématique qui ne peut être traitée avec des solutions « clés sur porte ».

1 La complexité du tableau clinique et les singularités de chaque contexte organisationnel
2 nous invite à mettre en place des actions spécifiques après une analyse approfondie de l'entreprise
3 (Brun, Biron, & St Hilaire, 2009) ou une analyse des risques au sens de la législation belge sur
4 le bien-être au travail (2014).

5 Enfin, nous devons aussi garder à l'esprit que le burnout est un processus évolutif, d'où
6 l'importance de proposer des mesures de prévention, à la fois individuelles et organisationnelles,
7 mais également primaires (en amont), secondaires (lors de la manifestation des premiers
8 symptômes) et tertiaires (pour les victimes de pathologies psychologiques ou médicales). Ceci,
9 afin d'apporter des réponses aux différents stades du burnout.

10 La notion de temporalité est importante dans l'approche du burnout car elle suppose de
11 questionner tous les aspects de la problématique de l'individuel au sociétal, en passant par les
12 enjeux des organisations. Se pose alors la question du temps nécessaire, voire même vital, à la
13 personne pour pouvoir se reconstruire sans culpabilité et sans honte, dans une société en pleine
14 mutation socio-économique caractérisée par une course à la productivité sans précédent. Mais
15 peut-être est-il grand temps de changer de paradigme sociétal ?

16

17 Conflit d'intérêt : aucun.

1 **Référence**

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

5 Andersen, M., Nielsen, K., & Brinkmann, S. (2012). Meta-synthesis of qualitative research on
6 return to work among employees with common mental disorders. *Scandinavian Journal of Work and
7 Environmental Health*, 38, 93-104. DOI: 10.5271/sjweh.3257

8 Arthur, A.R. (2000). Employee assistance programmes: The emperor's new clothes of stress
9 management? *British Journal of Guidance & Counselling*, 28(4), 549-559. DOI:
10 10.1080/03069880020004749

11 Awa, W.L., Plaumann, M., & Walter, U. (2009). Burnout prevention: A review of intervention
12 programs. *Patient Education and Counseling*, 78(2), 184-190. DOI: 10.1016/j.pec.2009.04.008.

13 Bakker, A. B., & Demerouti, E. (2017). Job demands–resources theory: Taking stock and looking
14 forward. *Journal of Occupational Health Psychology*, 22(3), 273-285. DOI: 10.1037/ocp0000056

15 Bakker, A. B. (2017). Strategic and proactive approaches to work engagement. *Organizational
16 Dynamics*, 46(2), 67-75. DOI: 10.1016/j.orgdyn.2017.04.002

17 Baril, R., Clarke, J., Friesen, M., Stock, S., & Cole, D. (2003). Management of return-to-work
18 programs for workers with musculoskeletal disorders: A qualitative study in three Canadian
19 provinces. *Social Science & Medicine*, 57(11), 2101-2114. DOI: 10.1016/S0277-9536(03)00131-X

20 Bataille, S. (2014). La reconstruction professionnelle après un burnout. *Références en santé au
21 travail*, 137, 59-71.

- 1 Baur, J. E., Buckley, R., Bagdasarov, Z., & Dharmasiri, A. (2014). A historical approach to
2 realistic job previews: An exploration into their origins, evolution and recommendations for the
3 future. *Journal of Management History*, 20(2), 200-223. DOI: 10.1108/JMH-06-2012-0046
- 4 Brun, J.P., Biron, C., & St-Hilaire, F. (2009). *Guide pour une démarche stratégique de*
5 *prévention des problèmes de santé psychologique au travail*. Projet de recherche 0099-6980. Canada:
6 Institut de Recherche Robert-Sauvé en Santé et en Sécurité au Travail (IRSST).
- 7 Carod-Artal, F., & Vázquez-Cabrera, C. (2013). Burnout syndrome in an international setting. In
8 S. Bährer-Kohler (Eds), *Burnout for experts: Prevention in the context of living and working* (pp. 15-
9 35). New York, NY: Springer Science + Business Media.
- 10 Commission des affaires sociales. (2017). *Rapport d'information en conclusion des travaux de*
11 *la mission d'information relative au syndrome d'épuisement professionnel (ou burnout)*, n°4487. In
12 Assemblée Nationale.
- 13 Conseil Supérieur de la Santé. (2017). *Burnout et Travail*. Bruxelles: CSS. Avis n°9339
- 14 Daloz, L., Balas, M-L., & Bénony, H. (2007). Sentiment de non-reconnaissance au travail,
15 déception et burnout : une exploration qualitative. *Santé mentale au Québec*, 32(2), 83-96. DOI:
16 10.7202/017798
- 17 Daloz, L., & Bénony, H. (2007). Le sujet en état d'épuisement professionnel : Approche clinique
18 sur une population de soignants. *Archives des Maladies Professionnelles et de l'Environnement*,
19 68(2), 126-135. DOI:10.1016/S1775-8785(07)88910-7
- 20 Daloz, L. (2007). Epuisement professionnel et blessures de l'idéal : Réflexions cliniques sur la
21 désillusion des soignants et la formation initiale. *Pédagogie Médicale*, 8(2), 82-90. DOI:
22 10.1051/pmed:2007003

1 Dejours, C., & Gernet, I. (2016). *Psychopathologie du travail*. Issy-les-Moulineaux, France:
2 Elsevier.

3 Delbrouck, M., Vénara, P., Goulet, F., & Ladouceur, R. (2011). *Comment traiter le burnout :
4 Principes de prise en charge du syndrome d'épuisement professionnel*. Bruxelles: De Boeck.

5 Delsaux, V., Firket, P., Hansez, I., & Burlet, A. (2016). *La formation des managers: une analyse
6 en groupe. Recherche-action sur les besoins des managers de proximité en termes de compétences
7 psychosociales et conception d'une formation professionnelle continue à destination du management
8 de proximité*. SPF Emploi travail et concertation sociale, Bruxelles.

9 Demerouti, E., Bakker, A. B., Nachreiner, F., & Schaufeli, W. B. (2001). The job demands-
10 resources model of burnout. *Journal of Applied Psychology*, 86(3), 499-512. DOI: 10.1037/0021-
11 9010.86.3.499

12 Detchessahar, M. (2011). Santé au travail: Quand le management n'est pas le problème, mais la
13 solution.... *Revue française de gestion*, 214(5), 89-105. Retrieved from: [https://www.cairn.info/revue-
14 francaise-de-gestion-2011-5-page-89.htm](https://www.cairn.info/revue-francaise-de-gestion-2011-5-page-89.htm).

15 Durand, M.-J., & Loisel, P. (2001). La transformation de la réadaptation au travail d'une
16 perspective parcellaire à une perspective systémique. *Perspectives interdisciplinaires sur le travail et
17 la santé*, 3(2), 1-16. DOI: 10.4000/pistes.3799

18 Edwards, J. R., & Shipp, A. J. (2007). The relationship between person-environment fit and
19 outcomes: An integrative theoretical framework. In C. Ostroff & T. A. Judge (Eds.), *The
20 organizational frontiers series. Perspectives on organizational fit* (pp. 209-258). Mahwah, NJ, US:
21 Lawrence Erlbaum Associates Publishers.

22 FEDRIS (Equipe FEDRIS : Strauss, P., Le Roux, I., & Binard, I. ; Experts scientifiques : Hansez,
23 I., & Braeckman, L.). (2017). *Trajet de prise en charge des travailleurs atteints ou menacés par le*

1 *syndrome de burnout en relation avec le travail – Démarche de prévention secondaire*. Retrieved
2 from https://fedris.be/sites/default/files/assets/FR/Burn-out/schema_trajet.pdf

3 Guidetti, G., Viotti, S., Gil-Monte, P., & Converso, D. (2018). Feeling guilty or not guilty.
4 Identifying burnout profiles among Italian teachers. *Current Psychology*, 37(4), 769-780. DOI:
5 10.1007/s12144-016-9556-6

6 Gustafsson, G., Norberg, A., & Strandberg, G. (2008). Meanings of becoming and being burnout-
7 phenomenological-hermeneutic interpretation of female healthcare personnel's narratives.
8 *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 22(4), 520-528. DOI: 10.1111/j.1471-6712.2007.00559.x

9 Hansez, I., & Firket, P. (2014). Quand la prévention du burnout passe par le management de
10 proximité. *Archives des Maladies Professionnelles et de l'Environnement*, 75(5), 519-519. DOI:
11 10.1016/j.admp.2014.07.022

12 Harju, L., Hakanen, J., & Schaufeli, W. B. (2016). Can job crafting reduce job boredom and
13 increase work engagement? A three-year cross-lagged panel study. *Journal of Vocational Behavior*,
14 95, 11-20. DOI: 10.1016/j.jvb.2016.07.001

15 Hobfoll, S., Halbesleben, J., Neveu, J.-P., & Westman, M. (2018). Conservation of resources in
16 the organizational context: The reality of resources and their consequences. *Annual Review of*
17 *Organizational Psychology and Organizational Behavior*, 5, 103-128. DOI: 10.1146/annurev-
18 orgpsych-032117-104640

19 Hochstrasser, B., Schulze, B., & Keck, M. E. (2013). Le burnout: un défi à différents points de
20 vue. *PrimaryCare*, 13(20), 365-366. DOI: 10.4414/pc-f.2013.00499

21 Huijs, J. J. J. M., Koppes, L.L.J., Taris, T. W., & Blonk, R. W. B. (2012). Differences in
22 predictors of return to work among long-term sick-listed employees with different self-report reasons

1 for sick leave. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 22(3), 301-311. DOI: 10.1007/s10926-011-
2 9351-z

3 Johnson, M. D., Morgeson, F. P., Ilgen, D. R., Meyer, C. J., & Lloyd, J. W. (2006). Multiple
4 professional identities: Examining differences in identification across work-related targets. *Journal*
5 *of Applied Psychology*, 91, 498-506. DOI: 10.1037/0021-9010.91.2.498

6 Jonckheer, P., Stordeur, S., Lebeer, G., Roland, M., De Schampheleire, J., De Troyer, M., & al.
7 (2011). *Le Burnout des médecins généralistes: Prévention et prise en charge*. Health Services
8 Research (HSR). Bruxelles: Centre federal d'expertise des soins de santé (KCE).

9 Journoud, S., & Pezé, S. (2012). La formation des managers à la prévention des risques
10 psychosociaux est-elle sur la bonne voie? *La revue des sciences de gestion*, 253, 51-5.

11 Jung, Y., & Takeuchi, N. (2014). Relationships among leader-member exchange, person-
12 organization fit and work attitudes in Japanese and Korean organizations: Testing a cross-cultural
13 moderating effect. *The international Journal of Human Resource Management*, 25, 23-46. DOI:
14 10.1080/09585192.2013.778163

15 Karlson, B., Jönsson, P., Palsson, B., Abjörnsson, G., Malmberg, B., Larsson, B., & al. (2010).
16 Return to work after a workplace-oriented intervention for patients on sick-leave for burnout – a
17 prospective controlled study. *BMC Public Health*, 10, 1-10. DOI: 10.1186/1471-2458-10-301

18 Keinan, G., & Malach-Pines, A. (2007). Stress and burnout among prison personnel: sources,
19 outcomes and intervention strategies. *Criminal Justice and Behavior*, 34(3), 380-398. DOI:
20 10.1177/0093854806290007

21 Kristoff-Brown, A.L., Zimmerman, R.D., & Johnson, E.C. (2005). Consequences of
22 individuals' fit at work a meta-analysis of person-job, person-organization, person-group and person-
23 supervisor fit. *Personnel Psychology*, 58(2), 281-342. DOI: 10.1111/j.1744-6570.2005.00672.x

- 1 Lamberts, M. (2019). Premiers conseils pour l'élaboration d'une politique de prévention des
2 risques psychosociaux. Recherche financée par le SPF Emploi, Travail et Concertation Sociale.
3 Leuven, Belgique: KU Leuven HIVA – Institut de Recherche sur le travail et la société.
- 4 Laugaa, D., Rasclé, N., & Bruchon-Schweitzer, M. (2008). Stress and burnout among French
5 elementary school teachers: A transactional approach. *European Review of Applied Psychology*,
6 58(4), 241-251. DOI: 10.1016/j.erap.2008.09.007
- 7 Lorient, M. (2010). Organisation du travail, perception et gestion des risques psychosociaux.
8 *Archives des Maladies Professionnelles et de L'Environnement, Elsevier Masson*, 71(3), 283-286.
9 DOI: 10.1016/j.admp.2010.03.056
- 10 Lysaght, R., & Larmour-Trode, S. (2008). An exploration of social support as a factor in the
11 return-to-work process. *Work*, 30(3), 255-266.
- 12 Maben, J., Latter, S., & Clark, M. (2007). The sustainability of ideals, values and the nursing
13 mandate: evidence from a longitudinal qualitative study. *Nursing Inquiry*, 14(2), 99-113. DOI:
14 10.1111/j.1440-1800.2007.00357.x
- 15 Malach-Pines, A. (2002). The female entrepreneur: Burnout treated using a psychodynamic
16 existential approach. *Clinical case studies*, 1(2), 170-180. DOI: 10.1177/1534650102001002005
- 17 Maslach, C. (2017). Finding solutions to the problem of burnout. *Consulting Psychology*
18 *Journal: Practice and Research*, 69(2), 143-152. DOI: 10.1037/cpb0000090
- 19 Maslach, C., & Goldberg, J. (1998). Prevention of burnout: new perspectives. *Applied &*
20 *preventive psychology*, 7(1), 63-74. DOI: 10.1016/S0962-1849(98)80022-X
- 21 Maslach, C., & Leiter, M. (2008). Early predictors of job burnout and engagement. *Journal of*
22 *Applied Psychology*, 93(3), 498-512. DOI: 10.1037/0021-9010.93.3.498

- 1 Merecz, D., & Andysz, A. (2012). Relationship between person-organization fit and objective
2 and subjective health status (person-organization fit and health). *International Journal of*
3 *Occupational Medicine and Environmental Health*, 25(2), 166-177. DOI: 10.2478/S13382-012-
4 0020-z.
- 5 Mesters, P., Clumeck, N., Delroisse, S., Gozlan, S., Le Polain, M., Massart, A.-C., & al. (2017).
6 Syndrome de fatigue professionnelle (Burnout) : 2^e partie : De la prise en charge thérapeutique. *Revue*
7 *Médicale de Liège*, 72(6), 301-307.
- 8 Montgomery, A., Georganta, K., Doulougeri, K., & Panagopoulou, E. (2015). Burnout: Why
9 interventions fail and what can we do differently. In M., Karanika-Murray, & C. Biron (Eds.).
10 *Derailed organizational interventions for stress and well-being: confessions of failure and solutions*
11 *for success*, pp. 37-44. United States, N-Y: Springer.
- 12 Nieuwenhuijsen, K., Verbeek, J.H., de Boer, A.G., Blonk, R.W., & van Dijk, F.J. (2004).
13 Supervisory behaviour as a predictor of return to work in employees absent from work due to mental
14 health problems. *Occupational & Environmental Medicine*, 61(10), 817-823. DOI:
15 10.1136/oem.2003.009688
- 16 Périlleux, T., & Vendramin, P. (2017). Le travail est-il devenu insoutenable. *Société en*
17 *changement*, 1, 1-8.
- 18 Preckel, D., Von Känel, R., Kudielka, B.M., & Fischer, J.E. (2005). Overcommitment to work is
19 associated with vital exhaustion. *International Archives of Occupational and Environmental Health*,
20 78(2), 117-122. DOI:10.1007/s00420-004-0572-8
- 21 Quériaud, C., Dugué, B., & Petit, J. (2015). Les enjeux organisationnels de la reprise du travail
22 de salariés après une longue absence. *Perspectives interdisciplinaires sur le travail et la santé*, 17, 1-
23 24.

- 1 Rascle, N., & Bruchon-Schweitzer, M. (2006). La justice organisationnelle: définitions, modèles
2 et nouveaux développements. In El Akremi, A., Guerrero S., & Neveu, J-P. (Eds). *Comportement*
3 *organisationnel, Justice organisationnelle, enjeux de carrière et épuisement professionnel* (Vol 2).
4 Bruxelles: De Boeck.
- 5 Roeser, R., Schonert-Reichl, K., Jha, A., Cullen, M., Wallace, L., Wilensky, R., & al. (2013).
6 Mindfulness training and reductions in teacher stress and burnout: Results from two randomized,
7 waitlist-control field trials. *Journal of Educational Psychology*, 105(3), 787-804. DOI:
8 10.1037/a0032093
- 9 Sanderson, K., & Andrews, G. (2006). Common mental disorders in the workforce: Recent
10 findings from descriptive and social epidemiology. *Canadian journal of psychiatry*, 51(2), 63-75.
11 DOI: 10.1177/070674370605100202
- 12 Schaufeli, W.B., De Witte, H., & Desart, S. (2019). *Handleiding Burnout Assessment Tool*
13 *(BAT)*. KU Leuven, België: Intern rapport.
- 14 Schaufeli, W.B., & Enzmann, D. (1998). *The burnout companion to study and practice: A critical*
15 *analysis*. Philadelphia: Taylor & Francis.
- 16 Shin, H., Park, Y., Ying, J., Kim, B., Noh, H., & Lee, S. (2014). Relationship between coping
17 strategies and burnout symptoms: A meta-analytic approach. *Professional Psychology: research and*
18 *practices*, 45(1), 44-56. DOI: 10.1037/a0035220
- 19 Shirom, A. (2005). Reflections on the study of burnout: The views expressed in work & stress
20 commentaries are those of the author(s), and do not necessarily represent those of any other person
21 or organization, or of the journal. *Work & Stress*, 19(3), 263-270. DOI: 10.1080/02678370500376649
- 22 Société Médicale Balint. (2019). *Fonctionnement des groupes Balint*. Retrieved from:
23 <https://www.balint-smb-france.org/groupe-balint.php>

- 1 Sonnentag, S., Binnewies, C., & Mojza, E. (2010). Staying well and engaged when demands are
2 high: The role of psychological detachment. *Journal of Applied Psychology*, 95(5), 965-976. DOI:
3 10.1037/a0020032
- 4 Spickard, A., Gabbe, S. G., & Christensen, J. F. (2002). Mid-career burnout in generalist and
5 specialist physicians. *JAMA*, 288(12), 1447-1450. DOI: 10.1001/jama.288.12.1447
- 6 St-Arnaud, L. (2001). *Désinsertion et réinsertion professionnelle à la suite d'un arrêt de travail*
7 *pour un problème de santé mentale*. Thèse de doctorat, Université de Montréal.
- 8 St-Arnaud, L., & Pelletier, M. (2013). Guide soutenir le retour au travail et favoriser le maintien
9 en emploi - Faciliter le retour au travail d'un employé à la suite d'une absence liée à un problème de
10 santé psychologique. *Études et recherches/Guide technique*. RG-758, Montréal, IRSST.
- 11 Tabary, S., Callanquin, J., & Marinelli, D. (2007). Le syndrome d'épuisement professionnel des
12 soignants: Réflexions sur son existence à l'officine et sur la possibilité d'y remédier. *Bulletin de*
13 *l'ordre*, 396, 371-374.
- 14 Taris, T.W., Houtman, I.L.D., & Schaufeli, W.B. (2013). Burn-out: de stand van zaken.
15 *Tijdschrift voor Arbeidsvraagstukken*, 29, 241-257.
- 16 Thomson, L., Neathey, F., & Rick, J. (2003). *Best practice in rehabilitating employees, following*
17 *absence due to work-related stress*. Rapport de recherche, The Institute for Employment Studies.
- 18 Tims, M., Bakker, A.B., & Derks, D. (2012). Development and validation of the job crafting
19 scale. *Journal of Vocational Behavior*, 80, 173–186. DOI: 10.1016/j.jvb.2011.05.009
- 20 Tims, M., Bakker, A.B., & Derks, D. (2013). The impact of job crafting on job demands, job
21 resources, and well-being. *Journal of Occupational Health Psychology*, 18, 230–240. DOI:
22 10.1037/a0032141

1 Travagianti, F., Babic, A., Pepermans, R., & Hansez, I (2017). Needs-Supplies Fit and
2 Behavioral Outcomes: the mediating role of organizational identification. *Journal of Management
3 and Organization*, 23(5); 709-727. DOI: 10.1017/jmo.2016.21

4 Van Wingerden, J., Bakker, A.B., & Derks, D. (2017) The longitudinal impact of a job crafting
5 intervention. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 26(1), 107-119. DOI:
6 10.1080/1359432X.2016.1224233

7 Westman, M., & Etzion, D. (2001). The impact of vacation and job stress on burnout and
8 absenteeism. *Psychology and Health*, 16(5), 595-606. DOI: 10.1080/08870440108405529

9 Wrzesniewski, A., & Dutton, J. E. (2001). Crafting a job: Revisioning employees as active
10 crafters of their work. *Academy of Management Review*, 26(2), 179–201. DOI: 10.2307/259118

11 Yu, K.Y., & Davis H.M. (2016). Autonomy's impact on newcomer proactive behaviour and
12 socialization: A needs-supplies fit perspective. *Journal of Occupational and Organizational
13 Psychology*, 89(1), 172-197. DOI: 10.1111/joop.12116

14 Zawieja, P., & Guarnieri, F. (2013). Epuisement professionnel : Principales approches
15 conceptuelles, cliniques et psychométriques. In Zawieja, P., Guarnieri, F. (Eds). *Epuisement
16 professionnel : Approches innovantes et pluridisciplinaires*. (pp. 11-34). Paris: Armand Colin.

17