

STRESS ET BURN-OUT AU TRAVAIL

Cours de Master 2 Management de la Qualité et de la Sécurité des Soins

Année académique 2021-2022

Dr SAWADOGO Cédric

MD,MPH,Résident (Psychiatrie)

sawadogo_konsam@yahoo.fr

OBJECTIFS

1. Définir le stress au travail et le burn-out
2. Citer trois structures cérébrales impliquées dans la survenue du stress
3. Décrire les trois dimensions du burnout
4. Citer trois symptômes physiques et trois symptômes psychiques du burnout
5. Décrire trois mesures de prévention du burnout au travail

PLAN

INTRODUCTION

1. GENERALITES

1.1. Définitions et concepts

1.2. Intérêts

1.3. Historique

2. PHYSIOLOGIE DU STRESS

3. DIAGNOSTIC

3.1. Diagnostic positif

3.2. Diagnostic différentiel

3.3. Diagnostic étiologique

4. TRAITEMENT

4.1. Traitement préventif

4.2. Traitement curatif

CONCLUSION

INTRODUCTION

Risques psychosociaux (RPS), stress, burnout... autant de mots qui circulent, amplifiés parfois par le porte-voix des médias, comme s'ils étaient la traduction d'un malaise ou d'un ressenti envers leur travail que des personnes ne savent pas toujours exprimer, comme si ces mots disaient à eux seuls tout ce qui n'avait pas été entendu ou compris jusque-là.

INTRODUCTION

Si derrière ces termes, il existe une diversité de situations vécues par des travailleurs, toutes sont à analyser au regard du travail, des conditions de son exercice et des multiples relations (relation client, relations entre collègues, relations avec la hiérarchie, etc.) qui se nouent et se dénouent en milieu professionnel.

1.GENERALITES

1.1. Définitions et concepts

Le stress est défini comme

- la **réaction émotionnelle, cognitive, comportementale et physiologique**
- liée aux aspects néfastes et nocifs du travail, des environnements de travail et des entreprises. Il s'agit d'un état caractérisé par des degrés élevés d'éveil et de souffrance et, souvent, par le sentiment de ne pas s'en sortir.

1. GENERALITES

1.1. Définitions et concepts

Le burnout est un syndrome conceptualisé comme résultant d'un stress professionnel chronique qui n'a pas été géré avec succès (OMS).

Il est caractérisé par trois dimensions des sentiments d'épuisement ou d'épuisement énergétique ; une distance mentale accrue par rapport à son travail, ou des sentiments de négativisme ou de cynisme liés à son travail ; et une diminution de l'efficacité professionnelle.

1. GENERALITES

1.1. Définitions et concepts



Les 04 stades de la sécurité psychologique

1. GENERALITES

1.1. Définitions et concepts

Étape 1 : Sécurité de l'inclusion

La première étape de la sécurité psychologique est l'admission informelle dans l'équipe. Les membres du collectif social vous acceptent et vous accordent une identité commune.

identité commune. Vous êtes maintenant déstigmatisé en tant qu'étranger et intégré dans le groupe.

1. GENERALITES

1.1. Définitions et concepts

Étape 2: Sécurité de l'apprenant

La sécurité de l'apprenant signifie que vous vous sentez en sécurité pour vous engager dans le processus de découverte, poser des questions, expérimenter et même faire des erreurs.

Sans la sécurité de l'apprenant, vous resterez probablement passif en raison du risque d'agir au-delà d'une ligne de permission tacite

1. GENERALITES

1.1. Définitions et concepts

Étape 3: Sécurité des contributeurs

Au fur et à mesure que les performances individuelles s'élèvent dans un environnement stimulant qui offre respect et la permission, nous entrons dans le stade de la sécurité du contributeur, qui invite l'individu à participer en tant que membre actif et à part entière de l'équipe.

1. GENERALITES

1.1. Définitions et concepts

Étape 4: Sécurité du challenger

Le stade final de la sécurité psychologique vous permet de défier le statu quo sans châtement, représailles, ou risque d'endommager votre statut personnel ou votre réputation. Elle vous donne la confiance nécessaire pour dire la vérité au pouvoir lorsque vous pensez que quelque chose doit changer et qu'il est temps de le dire. Armés de la sécurité du challenger, les individus surmontent la pression de la conformité et peuvent s'engager dans le processus créatif.

1. GENERALITES

1.1. Définitions et concepts

The Four Stages of Psychological Safety

1. Inclusion Safety

Employees feel safe valued, treated fairly, and believe their experiences and thoughts matter.

4. Challenger Safety

Employees feel safe to challenge the status quo and see positive change opportunities.



2. Learner Safety

Employees feel safe to learn and grow. They ask questions, and give and receive feedback.

3. Contributor Safety

Employees feel safe contributing their ideas. They feel they can use talents and abilities to make a difference.

1.GENERALITES

1.1. Définitions et concepts

BIT: SOLVE couvre neuf sujets liés à la promotion de la santé au travail. Cette méthode, largement interactive, vise à fournir aux participants les connaissances et les compétences nécessaires pour intégrer les thèmes en question dans une politique de sécurité et de santé au travail ainsi que dans un programme d'actions destiné à promouvoir la santé sur le lieu de travail.

1.GENERALITES

1.1. Définitions et concepts



1.GENERALITES

1.1. Définitions et concepts

Psychodynamique du travail

- « le travailler »
- la reconnaissance
- la souffrance au travail
- les défenses collectives
- Souffrance créatrice et collectifs de travail

1.GENERALITES

-« **le travailler** » = « la mobilisation des hommes et des femmes face à ce qui n'est pas prévu par la prescription, face à ce qui n'est pas donné par l'organisation du travail ».

1. GENERALITES

-la reconnaissance: En psychodynamique du travail, la Reconnaissance est définie comme la rétribution symbolique attendue par le Sujet en retour de sa contribution au procès de travail.

1. GENERALITES

-la souffrance au travail

La rencontre initiale du Sujet avec le travail se fait sur le registre de la souffrance provenant du conflit entre les exigences du fonctionnement mental (différentes pour chacun selon sa structure de personnalité) et les contraintes organisationnelles du travail.

1. GENERALITES

-les défenses collectives:

Cette modalité de fonctionnement, permet à chacun de tenir au travail et cimente le collectif de travail, surprend parfois l'observateur par son apparence irrationnelle.

1. GENERALITES

-souffrance créatrice et collectifs de travail:

La souffrance liée aux contraintes et aux enjeux du travail n'est pas pathogène en soi ; elle est au contraire créatrice, et peut donc se transformer en plaisir, lorsque l'organisation du travail ne fait pas obstacle à la mobilisation subjective et reconnaît les contributions.

1. GENERALITES

1.2. Intérêts

□Epidémiologique:

France: 7 % des 480 000 salariés en souffrance psychologique liée au travail, soit un peu plus de 30 000 personnes

Belgique: 19 000 de nos voisins étaient touchés par le burn-out

Burkina: prévalence du stress professionnel chez les enseignants était de 16.4%

1. GENERALITES

1.2. Intérêts

□ **Clinique** : Stress= facteur de risque en psychiatrie, en cardiologie...

□ **Economique**: AT+++

1. GENERALITES

1.3 Historique

Le burnout est un concept introduit pour la première fois en 1974 par le psychiatre américain Freudenberger pour décrire l'épuisement au travail de professionnels de l'aide et du soin.

1.GENERALITES

1.3 Historique

Christina Maslach a par la suite, au début des années 1980, étudié et analysé plus en détails l'épuisement survenant en milieu professionnel (dans les domaines sociaux, de la santé et de l'enseignement).

1.GENERALITES

1.3 Historique

Si, au départ, il était donc surtout associé aux métiers d'aide et de soins, il s'est progressivement étendu à tous les travailleurs et types de travail.

1. GENERALITES

1.3 Historique

Par ailleurs, il reste actuellement dans la littérature considéré comme exclusivement lié au travail (y compris non rémunéré, ce qui inclut aussi les étudiants par exemple) même si certains auteurs (Kristensen et al, 2005) veulent étendre le burnout au-delà du travail.

1. GENERALITES

1.3 Historique

Le phénomène a ainsi notamment été mis en évidence dans le contexte des mères au foyer et de la parentalité (Guéritault, 2008 ; Mikolajczak & Roskam, 2017).

1. GENERALITES

1.3 Historique

Corten (2014) montre par ailleurs que si le burnout est lié uniquement au travail, c'est surtout parce que l'instrument le plus utilisé n'est applicable qu'au travail.

Il serait cependant possible de développer une nouvelle échelle de burnout non spécifique au travail et étendre ainsi la notion à d'autres domaines.

1.GENERALITES

1.3 Historique

Cependant, selon Schaufeli et Taris (2005), un nouveau terme devrait alors être introduit. Un burnout est cependant toujours susceptible d'avoir des effets sur la situation familiale (on ne parvient pas à se détendre à la maison parce que l'on a des exigences trop élevées au travail).

1.GENERALITES

1.3 Historique

Le burnout ne fait actuellement pas l'objet d'un diagnostic officiel dans les classifications médicales de référence que sont la Classification Internationale des Maladies (CIM-10) de l'Organisation mondiale de la santé, et le Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM5) de l'Association américaine de psychiatrie.

1.GENERALITES

1.3 Historique

Il est cependant repris dans la CIM 10 dans les codes Z (les facteurs influant sur l'état de santé et motifs de recours aux services de santé), rubrique «Troubles liés aux difficultés à gérer sa vie», clé diagnostique ZT3.0 «Z73.0 Syndrome d'épuisement (burnout)». Il ne passe donc pas pour un trouble psychique à part entière, mais il peut en accompagner un.

1. GENERALITES

1.3 Historique

Un chevauchement considérable avec la neurasthénie peut par ailleurs aussi être constaté (code F48 dans la CIM 10, trouble qui se caractérise principalement par une fatigue mentale ou physique).

1. GENERALITES

1.3 Historique

Bibeau et al (1989) suggèrent par ailleurs que le burnout pourrait être inséré dans la catégorie trouble de l'adaptation avec inhibition au travail du DSM. Il correspond en effet à la définition, à l'exception d'une persistance des symptômes après la disparition du facteur responsable du stress de départ.

La catégorie V 62 du DSM IV correspond également à un problème professionnel non lié à une pathologie mentale.

1. GENERALITES

1.3 Historique

La littérature apporte donc un grand nombre de définitions du burnout. On retrouvera dans le rapport du Service Public Fédéral Emploi Travail et Concertation Sociale SPF ETCS (2012) une revue complète à ce sujet.

1. GENERALITES

1.3 Historique

Ce sont en fait les travaux de **Christina Maslach** qui servent de référence pour définir les dimensions du burnout : il s'agirait d'un syndrome d'épuisement émotionnel, de dépersonnalisation et de réduction de l'accomplissement personnel.

1.GENERALITES

1.3 Historique

En élaborant une échelle de mesure, sur base d'entretiens, elle a en effet pu mettre en évidence plusieurs dimensions, sur base desquelles elle a élaboré une deuxième échelle plus précise (« **Maslach, Burnout Inventory** », MBI)

2. RÉPONSE BIOLOGIQUE AU STRESS

- Initiation de la réponse aux stimuli aversifs :

En cas d'exposition au danger, le stimulus menaçant est détecté grâce au système sensoriel et l'information est envoyée au thalamus. Ce dernier relaie l'information à l'amygdale soit directement par la voie thalamo-amygdalienne (voie rapide) ou indirectement via la voie thalamo-cortico-amygdalienne (voie lente).

2. RÉPONSE BIOLOGIQUE AU STRESS

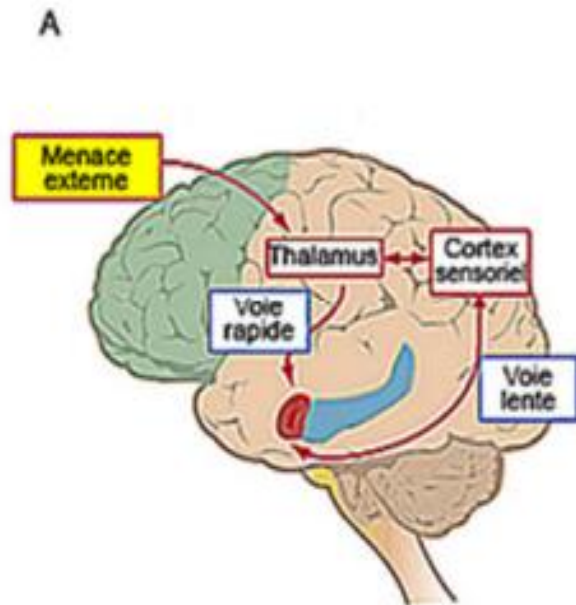


Figure 1 : Initiation de la réponse au stress et le rôle de l'amygdale

2. RÉPONSE BIOLOGIQUE AU STRESS

- **Activité de l'axe hypothalamo-hypophyso- surrénalien (HHS) :**

La structure de l'axe HHS comprend le noyau paraventriculaire de l'hypothalamus (PVH) qui reçoit des afférences de l'amygdale (voie 4, Figure 1B) et du locus cœruleus (LC).

Le cortisol et la corticostérone sont des hormones stéroïdiennes lipophiles et donc peuvent facilement traverser la barrière hémato-encéphalique et agir sur le cerveau.

2. RÉPONSE BIOLOGIQUE AU STRESS

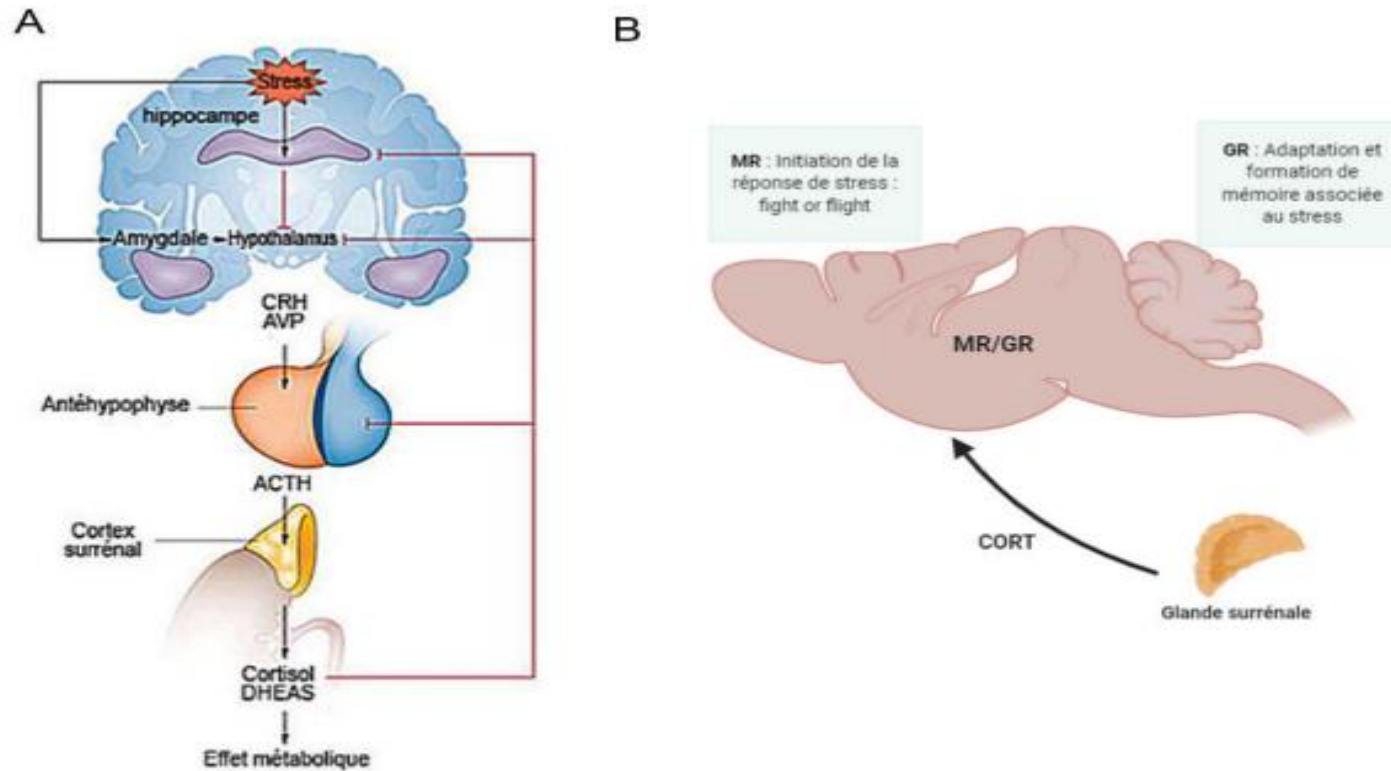


Figure 2 : Activité de l'axe hypothalamo-hypophysio-surrénalien.

A-Activation et rétrocontrôle de l'axe HHS. B-Action de la corticostérone sur les récepteurs MRs et GRs. (D'après Papadopoulos et Cleare (2012) et De Kloet *et al.*, (2018)).

2. RÉPONSE BIOLOGIQUE AU STRESS

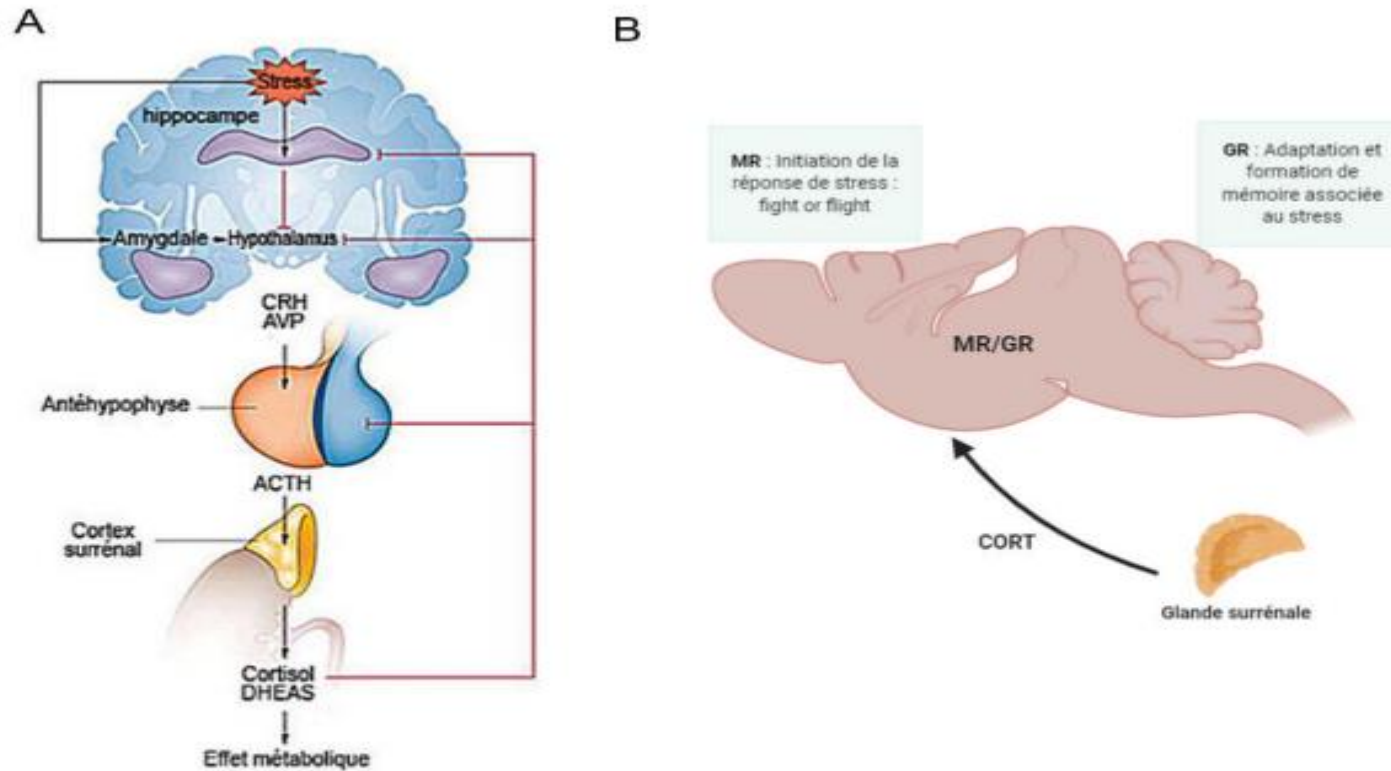


Figure 2 : Activité de l'axe hypothalamo-hypophysio-surrénalien.

A-Activation et rétrocontrôle de l'axe HHS. B-Action de la corticostérone sur les récepteurs MRs et GRs. (D'après Papadopoulos et Cleare (2012) et De Kloet *et al.*, (2018)).

2. RÉPONSE BIOLOGIQUE AU STRESS

- **Structures cérébrales impliquées dans la réponse au stress :**
 - Hippocampe
 - Amygdale
 - Cortex pré-frontal

2. RÉPONSE BIOLOGIQUE AU STRESS

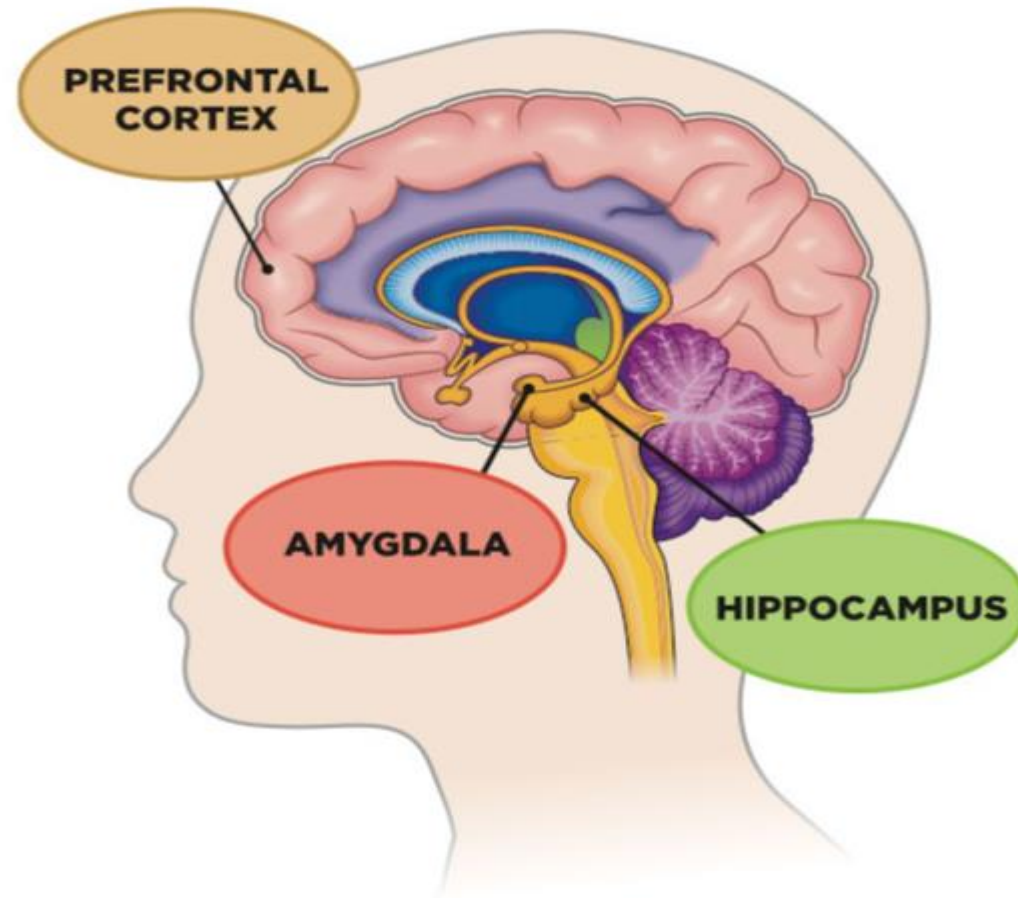


Figure 3: les principales structures anatomiques impliquée dans le stress

3. DIAGNOSTIC

3.1 Diagnostic positif

Syndrome à trois dimensions

Si l'« épuisement » est un état caractéristique du burnout, ce syndrome s'avère en réalité plus complexe et peut être décrit au travers d'un processus comptant d'autres dimensions. En effet, les travaux scientifiques, et notamment ceux de Christina Maslach, ont permis de concevoir le burnout comme un processus de dégradation du rapport subjectif au travail à travers trois dimensions:

3. DIAGNOSTIC

- Epuisement émotionnel
- Cynisme vis-à-vis du travail
- Diminution de l'accomplissement personnel du travail

3. DIAGNOSTIC

- **l'épuisement émotionnel:**

1ère dimension et la plus centrale est l'épuisement émotionnel, psychique et physique (avoir le sentiment d'être totalement vidé de ses ressources). Débute par une fatigue extrême due à une exposition continue à des facteurs de risque psycho sociaux (RPS) très prégnants (conditions de travail très exigeantes, manque de ressources et d'appui pour y faire face, etc.).

Les temps de repos habituels (sommeil, week-end, congés, etc.) ne suffisent plus.

3. DIAGNOSTIC

- **le cynisme vis-à-vis du travail:**

L'attitude de l'individu devient négative, dure, détachée, vis-à-vis de son travail et des personnes (collègues, encadrement, clients, patients, etc.). Progressivement il se désengage de son travail, de la structure dans laquelle il évolue. Une barrière entre lui et les autres s'érige.

3. DIAGNOSTIC

Il «déshumanise » inconsciemment les autres en mettant son entourage à distance correspondant en quelque sorte à un mouvement d'auto-préservation face aux exigences (émotionnelles) du métier auxquelles la personne ne peut plus faire face. En pareil cas, les travailleurs peuvent ainsi se défendre en attribuant une forme de responsabilité au destinataire de l'activité : par exemple, pour l'enseignant, l'étudiant qui ne veut pas apprendre ; pour l'encadrant, le subordonné qui ne veut pas faire ce qu'il lui demande, etc.

3. DIAGNOSTIC

Ce mouvement conduit alors le travailleur à réduire son investissement et à développer des conceptions péjoratives, cyniques, sur les personnes pour qui ou avec qui il est censé travailler. Cette deuxième dimension est parfois considérée comme une stratégie d'adaptation en réponse à la sur-sollicitation ressentie par l'individu.

3. DIAGNOSTIC

- **la diminution de l'accomplissement personnel au travail:**

le burnout se caractérise par une perte de l'accomplissement personnel, une dévalorisation de soi, traduisant à la fois pour l'individu le sentiment d'être inefficace dans son travail et de ne pas être à la hauteur du poste. Malgré tous ses efforts, le travailleur se sent dans une impasse

3. DIAGNOSTIC

Cette dernière dimension fait l'objet de controverses ; certains auteurs considérant qu'il s'agirait plutôt d'un trait de personnalité ou encore d'une conséquence (parmi d'autres) du stress au travail qui n'aurait donc pas lieu d'être intégré dans la définition de ce syndrome

3. DIAGNOSTIC

Le syndrome d'épuisement professionnel se traduit donc à la fois par une érosion de l'engagement (en réaction à l'épuisement), une érosion des sentiments (à mesure que le cynisme s'installe) et une érosion de l'adéquation entre le poste et le travailleur (vécue comme une crise personnelle).

3. DIAGNOSTIC

Dans les cas les plus extrêmes, le travailleur peut se trouver dans un état physique et psychique tel qu'il ne peut pas poursuivre son activité de travail; ce qui peut être vécu comme une rupture, un écroulement soudain, alors que des signes avant-coureurs pouvaient le laisser présager.

3. DIAGNOSTIC

On distingue des symptômes physiques et psychiques

Sur le plan sémiologique, diverses manifestations physiques peuvent accompagner un burnout dont:

- troubles du sommeil,
- troubles musculo-squelettiques,
- manifestations cardiovasculaires,
- troubles digestifs,
- troubles neurologiques et hormonaux

3. DIAGNOSTIC

Quant aux manifestations psychiques, elles se répartissent autour de quatre champs :

- symptômes de dysfonctionnement psychique
- symptômes émotionnels
- symptômes cognitifs
- Symptômes comportementaux

3. DIAGNOSTIC

Quant aux manifestations psychiques, elles se répartissent autour de quatre champs :

- symptômes de dysfonctionnement psychique
- symptômes émotionnels
- symptômes cognitifs
- Symptômes comportementaux

3. DIAGNOSTIC

- **symptômes de dysfonctionnement psychique** : négation des échecs, perte du sens de l'humour, indifférence, désintérêt, dépersonnalisation, manque d'assurance, anxiété flottante.

3. DIAGNOSTIC

- **symptômes émotionnels** : irritabilité, cynisme, colère, crises de larmes ou de nerfs, désespoir, agressivité, sensibilité et nervosité accrues, angoisse, tristesse, culpabilité excessive.

3. DIAGNOSTIC

- **symptômes cognitifs** : difficultés de concentration, distraction, erreurs fréquentes, pertes de mémoire, oublis.

3. DIAGNOSTIC

- **symptômes comportementaux** : comportements violents, addictifs, isolement social.

3. DIAGNOSTIC

Les instruments de mesure les plus utilisés pour dépister un burnout sont :

- le MBI (Malach Burnout Inventory) : 22 questions dont 9 sur l'épuisement émotionnel, 5 sur la dépersonnalisation, 8 sur le sentiment de perte d'accomplissement.
- la SMBM : Shirom Melamed Burnout Measure
- le OLBI : Oldenburg Burnout Inventor

3. DIAGNOSTIC

ECHELLE MBI (Maslach Burn-out Inventory)

Le test MBI (du nom de Christina Maslach qui en est à l'origine) comporte 22 questions qui permettent d'explorer trois dimensions : l'épuisement, la déshumanisation (ou détachement) et son degré d'accomplissement personnel au travail. Ce questionnaire est le plus utilisé, mais il faut noter que les résultats de ce diagnostic n'ont aucune valeur clinique ou juridique. Ils permettent une prise de conscience sur son rapport au travail et les actions correctives à mettre en oeuvre.

	Questions	Jamais 0	Quelques fois par an 1	Une fois par mois 2	Quelques fois par mois 3	Une fois par semaine 4	Quelques fois par semaine 5	Chaque jour 6
1	Je me sens émotionnellement vidé.e par mon travail							
2	Je me sens à bout à la fin de ma journée de travail							
3	Je me sens fatigué.e lorsque je me lève le matin et que j'ai à affronter une autre journée de travail							
4	Je peux comprendre facilement ce que mes patients/clients/élèves ressentent							
5	Je sens que je m'occupe de certains patients/clients/élèves comme s'ils étaient des objets							
6	Travailler avec des gens tout au long de la journée me demande beaucoup d'efforts							
7	Je m'occupe très efficacement des problèmes de mes patients/clients/élèves							
8	Je sens que je craque à cause de mon travail							
9	J'ai l'impression, à travers mon travail, d'avoir une influence positive sur les gens							
10	Je suis devenu.e plus insensible aux gens depuis que j'ai ce travail							
11	Je crains que ce travail ne m'endurcisse émotionnellement							
12	Je me sens plein.e d'énergie							

3. DIAGNOSTIC

13	Je me sens frustré.e par mon travail							
14	Je sens que je travaille "trop dur" dans mon travail							
15	Je ne me soucie pas vraiment de ce qui arrive à certains de mes patients/clients/élèves							
16	Travailler en contact direct avec les gens me stresse trop							
17	J'arrive facilement à créer une atmosphère détendue avec mes patients/clients/élèves							
18	Je me sens ragallardi.e lorsque dans mon travail j'ai été proche de mes patients/clients/élèves							
19	J'ai accompli beaucoup de choses qui en valent la peine dans ce travail							
20	Je me sens au bout du rouleau							
21	Dans mon travail, je traite les problèmes émotionnels très calmement							
22	J'ai l'impression que mes patients/clients/élèves me rendent responsables de certains de leurs problèmes							

3. DIAGNOSTIC

GRILLE D'ANALYSE

Épuisement professionnel

Questions	Score
1	
2	
3	
6	
8	
13	
14	
16	
20	
TOTAL	

Dépersonnalisation

Questions	Score
5	
10	
11	
15	
22	
TOTAL	

Accomplissement personnel

Questions	Score
4	
7	
9	
12	
17	
18	
19	
21	
TOTAL	

RESULTATS

Épuisement professionnel

Total inférieur à 17 : burn-out bas
Total entre 18 et 29 : burn-out modéré
Total supérieur à 30 : burn-out élevé

Dépersonnalisation

Total inférieur à 5 : burn-out bas
Total entre 6 et 11 : burn-out modéré
Total supérieur à 12 : burn-out élevé

Accomplissement personnel

Total supérieur à 40 : burn-out bas
Total entre 34 et 39 : burn-out modéré
Total inférieur à 33 : burn-out élevé

Un score élevé des deux premières échelles et un score faible de la dernière signe un épuisement professionnel

3. DIAGNOSTIC

3.2 Diagnostic différentiel

La dépression

La dépression touche toutes les tranches d'âges de la vie. Selon l'Institut national de la santé et de la recherche médicale, elle concerne environ 15 à 20% de la population générale (une personne sur cinq développe un épisode dépressif au cours de sa vie). Il apparaît donc essentiel de bien connaître cette pathologie qui est un problème de santé publique majeur, d'autant qu'elle peut devenir mortelle : 5 à 20% des patients dépressifs se suicident.

3. DIAGNOSTIC

3.2 Diagnostic différentiel

Définition et diagnostic

De nos jours, le Diagnostic and Statistical manual of Mental disorders (DSM) de l'Association Américaine de Psychiatrie est largement reconnu comme le système de référence de classification qui définit la dépression à des fins clinique et de recherche.

3. DIAGNOSTIC

3.2 Diagnostic différentiel

Dans le DSM V, la dépression est définie par neuf symptômes :

- l'anhédonie (incapacité à éprouver du plaisir dans des situations ordinaires)
- l'humeur dépressive
- la perturbation de l'appétit et/ou du poids
- l'insomnie ou l'hypersomnie
- l'agitation ou le ralentissement psychomoteur

3. DIAGNOSTIC

- le sentiment d'inutilité et/ou de culpabilité
- la difficulté de concentration et/ou de prise de décision
- l'idéation suicidaire

3. DIAGNOSTIC

Pour établir le diagnostic de dépression il faut, sur une période de deux(02) **semaines consécutives** minimum, la présence d'au moins cinq (05) de ces symptômes, dont a minima l'un des deux principaux : l'anhédonie ou l'humeur dépressive.

3. DIAGNOSTIC

La nature et l'intensité des symptômes permet de différencier plusieurs types de dépressions :

- Les **dépressions mélancoliques** sont caractérisées par une intensité sévère de l'hypothymie (diminution des manifestations affectives extérieures) associée à un sentiment d'incurabilité, de culpabilité, de ruine. Le risque de passage à l'acte suicidaire est élevé, nécessitant une prise en charge en urgence.

3. DIAGNOSTIC

- Les **dépressions masquées** sont des dépressions où les plaintes somatiques prédominent.
- Les **dépressions hostiles** sont caractérisées par une irritabilité de l'humeur et un contact hostile.

3. DIAGNOSTIC

La méthode d'évaluation privilégiée est l'entretien clinique structuré avec un clinicien. Cependant, le questionnaire auto administré est largement utilisé dans la recherche clinique.

Celui du Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D), le Beck Depression Inventory II (BDI-II) ainsi que The 9-items depression scale (PHQ-9) sont les échelles les plus utilisées.

3. DIAGNOSTIC

3.3. Diagnostic étiologique

On distingue les facteurs liés au travail et ceux liés à l'individu:

3.3.1. Facteurs liés au travail

Plusieurs facteurs peuvent contribuer à l'émergence de RPS et donc du burnout. Ils ont fait l'objet d'une classification en six axes par le Collège d'expertise sur le suivi statistique des RPS

3. DIAGNOSTIC

-Les exigences au travail (intensité et temps de travail)

L'intensité et la complexité du travail se traduisent notamment par des délais et objectifs irréalistes ou mal définis, des interruptions fréquentes, une quantité de travail et des horaires excessifs.

3. DIAGNOSTIC

L'importance de la charge de travail apparaît particulièrement déterminante. La surcharge sous-entend non seulement la question de la prescription, de l'adéquation entre objectifs et moyens, des facultés et des outils dont dispose le manager pour apprécier cette adéquation (comment le manager prescrit-il le travail, quelle latitude laisse-t-il au travailleur ?), mais aussi, et avant tout, une représentation partagée de ce qu'est la charge de travail.

3. DIAGNOSTIC

En effet, la charge de travail est toujours plus large qu'une simple prescription: il y a la charge réelle qui rend compte du travail concret, de ce que chacun fait, mais aussi la charge subjective qui dépend du vécu du travail de chacun.

3. DIAGNOSTIC

-Les exigences émotionnelles

Certaines relations avec le public peuvent s'avérer émotionnellement exigeantes pour le travailleur:

- contacts difficiles avec le public (clients venant faire valoir leur mécontentement, personnes en détresse venant chercher une aide en dernier recours, etc.);

3. DIAGNOSTIC

- violences verbales (propos désagréables, insultants, humiliants, etc.) ou physiques ;
- le fait d'afficher vis-à-vis du public des émotions en contradiction avec son ressenti (devoir sourire à un client qui suscite un certain énervement, par exemple).

3. DIAGNOSTIC

-Le manque d'autonomie et de marges de manœuvre

Il se traduit notamment par de faibles marges de manœuvre dans la manière de faire son travail, des contraintes de rythme de travail auxquelles le travailleur ne peut se soustraire et même la «sous-utilisation» des compétences qui peut aller de pair.

3. DIAGNOSTIC

Toutefois, accorder une certaine autonomie ne signifie pas pour autant laisser les travailleurs «se débrouiller » ou leur donner des objectifs flous.

3. DIAGNOSTIC

-Les mauvais rapports sociaux et relations de travail

La qualité des rapports sociaux et des relations de travail reposent, notamment, sur:

- la clarté des objectifs (vision claire des tâches à accomplir, absence de contradictions dans ce qui est demandé, etc.);

3. DIAGNOSTIC

- l'existence d'un collectif de travail et la solidarité entre collègues (entraide dans le travail, disponibilité du supérieur, qualité de la communication interne, etc.);
- l'expression des travailleurs (animation des instances représentatives du personnel, instauration d'espaces de discussion, etc.);

3. DIAGNOSTIC

- l'absence de violence en interne (agressions physiques, comportements blessants, conduisant à l'isolement ou l'exclusion d'un collègue, etc.);
- la reconnaissance des efforts déployés et de la qualité du travail (retours réguliers de la hiérarchie sur le travail effectué, reconnaissance entre pairs favorisée par l'existence de groupes entre ces derniers, etc.);

3. DIAGNOSTIC

- l'absence de violence en interne (agressions physiques, comportements blessants, conduisant à l'isolement ou l'exclusion d'un collègue, etc.);
- la reconnaissance des efforts déployés et de la qualité du travail (retours réguliers de la hiérarchie sur le travail effectué, reconnaissance entre pairs favorisée par l'existence de groupes entre ces derniers, etc.);

3. DIAGNOSTIC

- le rôle de l'encadrement de proximité (organisation des tâches, animation d'une équipe, résolution des difficultés, etc.)

3. DIAGNOSTIC

- le rôle de l'encadrement de proximité (organisation des tâches, animation d'une équipe, résolution des difficultés, etc.)

3. DIAGNOSTIC

-Les conflits de valeur et la qualité empêchée

Perdre le sens de son travail ou ne pas en trouver, avoir l'impression de faire un travail inutile, peuvent être provoqués ou amplifiés par le fait de ne pas pouvoir échanger avec les collègues ou l'encadrement sur les objectifs et les manières de faire son travail.

3. DIAGNOSTIC

Ce qui est flagrant ici, c'est le déni du conflit pouvant exister sur la qualité du travail. Aucune discussion n'est possible. Le plus difficile pour le travailleur est donc de se voir imposer une définition unilatérale de la qualité du travail («un vrai professionnel c'est...»), sans possibilité de discussion entre professionnels sur les critères de qualité du travail effectué.

3. DIAGNOSTIC

-L'insécurité de la situation de travail

Il s'agit de l'insécurité socio-économique et environnementale liée à la peur de perdre son emploi, aux retards dans le versement des salaires, à la précarité d'un contrat, etc., mais aussi du risque de devoir faire face à des changements non maîtrisés liés à l'incertitude sur l'avenir de son métier, la peur de devoir changer de qualification ou de métier sans y être préparé, etc.

3. DIAGNOSTIC

3.3.2. Les caractéristiques liées à l'individu

En ce qui concerne les caractéristiques liées à l'individu, le lien entre, d'un côté, l'épuisement professionnel et, de l'autre côté, le genre, l'âge ou le niveau d'études, n'est pas établi. Les résultats des études sont divergents. En revanche, comme pour le stress au travail, les études montrent que les traits de personnalité¹² jouent un rôle dans la survenue de l'épuisement professionnel.

3. DIAGNOSTIC

On peut, notamment, citer le lien entre ce syndrome, l'instabilité émotionnelle (tendance à percevoir, construire et ressentir la réalité et les événements comme menaçants, pénibles et problématiques) et le caractère consciencieux (être méthodique, organisé, soigné, méticuleux, persévérant, etc.). Toutefois, cela ne réduit en rien l'influence des facteurs de RPS liés au travail dans l'émergence du burnout.

3. DIAGNOSTIC

Un autre aspect individuel à prendre en compte est l'importance primordiale du travail dans la vie et l'identité de l'individu (sens donné au travail, valeurs qu'il véhicule). Cela se traduit pour l'individu par un engagement fort car c'est dans le cadre de son travail qu'il se sent utile et s'accomplit.

3. DIAGNOSTIC

Toutefois il serait faux de considérer le syndrome d'épuisement professionnel comme «une maladie du battant », comme une conséquence inéluctable d'un engagement trop intense d'un individu au travail, même si ce syndrome s'observe chez des travailleurs fortement investis et, la plupart du temps, appréciés dans leur travail tant au niveau technique que relationnel.

3. DIAGNOSTIC

En effet, une telle causalité requerrait d'identifier des situations de «sur-engagement », ce qui impliquerait l'existence d'un seuil dont le travailleur s'écarterait. Or, il n'est pas possible de fixer un seuil qui puisse définir la juste part d'investissement qu'un individu devrait consacrer à ses relations affectives et sociales, et à son travail.

3. DIAGNOSTIC

Engagé dans son métier mais confronté à des facteurs de RPS plus ou moins chroniques et importants (travail intense et temps de travail important, exigences émotionnelles, manque d'autonomie, de reconnaissance, conflits et violences au travail non régulés, souffrance éthique, insécurité de la situation de travail, etc.), l'individu mobilise toutes les ressources dont il dispose pour accomplir son travail.

3. DIAGNOSTIC

En cas de déséquilibre entre ses ressources et les exigences auxquelles il doit faire face, l'individu peut développer un état de stress qui, s'il demeure chronique, a des répercussions sur sa santé.

4. TRAITEMENT

On distingue le traitement préventif et le traitement curatif

4.1. Traitement préventif

4.1.1. Prévenir le burnout en agissant sur les facteurs de RPS

L'entreprise, la structure privée ou publique peut, de manière très opérationnelle, prévenir le burnout en intégrant les six familles de facteurs de RPS dans sa démarche d'évaluation et de prévention des risques professionnels.

4. TRAITEMENT

Une démarche participative d'évaluation des risques, par la mise en place de groupes de travail paritaires représentatifs de toute l'activité de la structure, permet de prendre en compte les différentes dimensions et perceptions des facteurs de risque propres à chaque métier.

4. TRAITEMENT

Il est important que sur ce sujet les différents points de vue (employeur, représentants du personnel, médecin du travail ou intervenant en prévention des risques professionnels – IPRP, travailleurs, encadrement, etc.) se confrontent.

4. TRAITEMENT

Ce temps d'échange peut avoir lieu au sein du Comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT), d'un comité de pilotage paritaire ou au sein d'un espace de discussion.

4. TRAITEMENT

-Informer et former les travailleurs

Conformément aux principes généraux de prévention, l'employeur a la responsabilité d'informer les travailleurs sur l'ensemble des sujets relevant de la santé physique et mentale, et de la sécurité au travail.

4. TRAITEMENT

Un premier axe de prévention consiste donc à sensibiliser les travailleurs afin qu'ils soient en capacité de détecter d'éventuels signaux émanant de leurs collègues ou d'eux-mêmes : faire connaître, faire savoir que le burnout ne dépend pas de la « fragilité » ou, à l'inverse, du surinvestissement individuel dans le travail, participe à la prévention et permet de sortir de l'isolement et de lever les potentiels tabous sur le burnout.

4. TRAITEMENT

En suivant des formations sur la prévention des RPS, incluant le burnout, les collaborateurs peuvent le cas échéant faire le parallèle avec la situation d'un de leurs collègues ou de leurs responsables.

4. TRAITEMENT

-Veiller à la charge de travail de chacun

Le facteur de RPS le plus prégnant dans un syndrome d'épuisement professionnel est celui associé à la surcharge de travail. C'est le point sur lequel les acteurs de l'entreprise, et tout particulièrement l'employeur, doivent être les plus vigilants.

4. TRAITEMENT

Il est à noter que l'enquête «Conditions de travail » montre une reprise de l'intensification du travail: « entre 2005 et 2013, pour les salariés de France métropolitaine, les changements organisationnels ont repris et les contraintes de rythme de travail se sont accrues, après la relative stabilisation enregistrée entre 1998 et 2005 » .

4. TRAITEMENT

À ce titre, quelques pistes de prévention peuvent être avancées :

- s'assurer de la planification et de la prise des congés, des journées de réduction du temps de travail (RTT) et des temps de repos de l'ensemble des travailleurs ;
- planifier le travail suffisamment à l'avance, anticiper la modification des horaires de travail;
- dialoguer avec les travailleurs sur les objectifs et estimer si les moyens pour les atteindre sont adaptés ;

4. TRAITEMENT

- en cas d'augmentation de la charge de travail, mettre en place des indicateurs de suivi, qui permettent d'observer si la charge est ponctuelle ou récurrente, si elle est bien répartie dans le temps et entre les travailleurs, et si le travailleur dispose des compétences attendues pour répondre à cette charge de travail. À ce titre, des espaces de régulation et de discussion permettent de s'assurer que les travailleurs ont une vision claire des priorités, les moyens d'anticiper les pics d'activité et de traiter la surcharge ;

4. TRAITEMENT

- prendre en compte dans l'organisation du travail la possibilité d'aléas (panne d'une machine, arrêt maladie, demande inattendue d'un client, etc.);
- adapter les horaires de travail au mieux pour les rendre compatibles avec la vie familiale et sociale (notamment lorsque l'on fixe les horaires des réunions : ni trop tôt, ni trop tard);

4. TRAITEMENT

- encadrer l'utilisation des technologies nomades (téléphone et ordinateur portables), mettre en place des dispositifs informatiques permettant de différer la réception de méls (pendant les congés, le week-end et les temps habituels de repos) s'il n'y a pas d'urgence («droit» à la déconnexion), organiser les urgences téléphoniques (téléphone d'astreinte, etc.). Cet aspect doit être géré en lien étroit avec la question de la charge de travail qui, du fait de la déconnexion, pourrait devenir trop importante au moment de la reprise (le lundi matin, par exemple);

4. TRAITEMENT

- en cas de recours aux heures supplémentaires :
 - établir une programmation de ces heures communiquée à l'avance lorsqu'il est possible de prévoir une hausse d'activité,
 - veiller à ce que le recours aux heures supplémentaires corresponde bien à un surcroît d'activité (situations d'urgence, aléas, etc.) et ne devienne pas une norme à laquelle le travailleur se sent obligé de répondre,
 - assurer la transparence du décompte des heures,

4. TRAITEMENT

- assurer la transparence du décompte des heures,
- garantir leur récupération toutes les fois que cela est possible et à, défaut, leur paiement.

4. TRAITEMENT

-Garantir un soutien social solide

Le soutien social dont bénéficie un individu est conditionné par la qualité des relations interpersonnelles avec ses collègues et ses supérieurs hiérarchiques, par la solidarité et la confiance existe entre les personnes, par leur compétence et leur disponibilité, par la reconnaissance du travail accompli, mais aussi par l'existence de groupes ou d'espaces de discussion et de régulation pour les travailleurs.

4. TRAITEMENT

L'idée est de discuter collectivement, par exemple entre pairs, des situations de travail rencontrées par les uns et les autres. À quelles difficultés récurrentes se heurtent les travailleurs ?

Comment expliquer ces différentes situations ? Y'a-t-il une autre manière de faire à mettre en œuvre, pour diminuer la fréquence de ces situations ? Quelles solutions collectives peuvent être apportées ?

4. TRAITEMENT

Concrètement, cela peut conduire à :

- **éviter les postes de travail isolés.** S'ils existent, prévoir des moments permettant à ces travailleurs d'échanger avec leurs collègues (groupes de pairs, par exemple); s'assurer que les problèmes rencontrés en situation de travail isolé puissent trouver une issue lors de ces échanges collectifs ;

4. TRAITEMENT

- fluidifier le contact entre travailleurs et responsable direct en cas de difficulté nécessitant son intervention (décision à arbitrer, par exemple);
- faciliter les pauses collectives et les moments de convivialité qui permettent de renforcer l'identité d'un service ou d'une équipe.

4. TRAITEMENT

- Donner des marges de manœuvre

Dans le cadre du pouvoir de direction de l'employeur et du lien de subordination qui caractérise le contrat de travail, chaque travailleur fournit un travail dans des conditions fixées par l'employeur en échange d'une rémunération. Donner des marges de manœuvre ne signifie pas que tous les travailleurs doivent avoir la maîtrise totale du travail qui leur est confié, de la manière dont ils l'assurent, etc.

Toutefois cela n'implique pas pour autant que le travailleur n'ait pas voix au chapitre.

4. TRAITEMENT

-Assurer une juste reconnaissance du travail

Le burnout est lié à un déséquilibre fort entre les contraintes et les ressources de l'individu. La reconnaissance contribuant aux ressources qu'il peut mobiliser, le travailleur ne doit pas avoir le sentiment d'un manque de réciprocité entre ce qu'il investit dans son activité professionnelle et ce qu'il reçoit en retour, notamment au regard de ce que donnent et reçoivent en retour ses collègues.

4. TRAITEMENT

-Discuter des critères de qualité du travail

La question de l'engagement dans le travail est importante dans l'explication d'un burnout. L'engagement ou la motivation ne se décrètent pas mais on peut les préserver, voire les favoriser.

4. TRAITEMENT

C'est dans l'intérêt de la structure et du travailleur pour qui le travail est constructeur (le travail étant l'un des piliers sur lesquels repose l'identité de chacun). Ces attitudes motivationnelles sont intimement liées à la reconnaissance que peuvent avoir en retour les personnes. Si celle-ci n'est pas à la hauteur de l'engagement d'une personne, cette dernière peut alors être exposée à un facteur de RPS favorisant l'apparition d'un burnout.

4. TRAITEMENT

4.1.2. Prévenir le burnout en «dépistant»

Les services de ressources humaines, l'encadrement, les services de santé au travail ont, de par leur positionnement et leurs missions, un rôle de prévention à jouer, en termes de dépistage, en s'appuyant sur un ensemble de signaux tant individuels que collectifs.

4. TRAITEMENT

-Les signaux collectifs

Agir en prévention implique d'être vigilant et de suivre l'évolution des signaux collectifs pouvant traduire l'existence de RPS. Deux types de signaux sont à considérer:

- les indicateurs liés au fonctionnement de l'entreprise ou de la structure ;

Temps de travail: par exemple, l'absentéisme de courte durée (ou du lundi ou du vendredi) qui pourra précéder un arrêt plus long ou, à l'inverse, le «présentéisme»

4. TRAITEMENT

Mouvements du personnel: par exemple, analyser les causes de départs (et, notamment, les démissions, demandes de mutation, licenciements pour inaptitude, etc.), les postes non pourvus.

4. TRAITEMENT

Activité de l'entreprise ou de la structure : une détérioration de la qualité des produits ou des services peut être liée à l'existence de facteurs de RPS au sein de l'entreprise (augmentation des rebuts, délais non respectés).

Relations sociales : actions conduites par le CHSCT, organisation des entretiens annuels d'évaluation (périodicité, qualité de l'échange, contestation, etc.), procédures judiciaires en cours, nombre de grèves, violences ou conflits interpersonnels.

4. TRAITEMENT

- les indicateurs liés à la santé et à la sécurité des travailleurs ;

Activité du service de santé au travail: nombre de visites spontanées, inaptitudes totales ou partielles, demandes d'aménagement de poste, passages en infirmerie, renvois à des consultations externes ou des examens complémentaires.

Accidents du travail (AT): fréquence et gravité des AT, lien avec les facteurs de RPS.

4. TRAITEMENT

Maladies professionnelles (MP): troubles musculo-squelettiques déclarés et reconnus en MP, maladies psychiques reconnues en comité régional de reconnaissance des maladies professionnelles.

Situations graves ou dégradées : suicides ou tentatives de suicide sur le lieu de travail, suicides ou tentatives de suicide mettant en cause le travail, plaintes déposées pour harcèlement, cas de harcèlement reconnus par la justice.

4. TRAITEMENT

Pathologies diagnostiquées et prises en charge: pathologies psychiques (épisode dépressif majeur, troubles d'anxiété généralisée, état de stress post-traumatique).

4. TRAITEMENT

-Les signaux individuels

L'employeur, l'encadrement et les acteurs de la prévention au sein de l'entreprise, ainsi que le service de santé au travail, se doivent d'être vigilants en s'interrogeant régulièrement sur un certain nombre de questions relatives au vécu du travail.

- L'individu se plaint-il de manquer d'énergie pour accomplir son travail ?
(indicateur de l'épuisement émotionnel)

4. TRAITEMENT

- Fait-il part de problèmes de concentration, de manque de disponibilité «mentale» au travail ? (indicateur de l'épuisement émotionnel)
- Est-il facilement irritable ? (indicateur de l'épuisement émotionnel)
- Exprime-t-il du dénigrement à propos de son travail ou de son environnement professionnel ? (indicateur du cynisme au travail)

4. TRAITEMENT

- Dévalorise-t-il le travail qu'il accomplit, sa propre efficacité et ses compétences ?
(indicateur de la diminution de l'accomplissement personnel au travail)
- Manifeste-t-il des signes inhabituels de désinvestissement, désengagement professionnel ? (indicateur de la diminution de l'accomplissement personnel au travail)

4. TRAITEMENT

4.2. Traitement curatif

Il est à adapter selon la sévérité des symptômes associés. Elle se fait en plusieurs temps, incluant le plus souvent un temps d'arrêt de travail, permettant successivement:

- le repos ;
- la reconstruction identitaire ;
- la réflexion et la renaissance du désir de travailler;

4. TRAITEMENT

- la possibilité de retour au travail.

Pour faciliter la reprise, les actions mises en œuvre concernent non seulement le travailleur présentant le syndrome mais aussi son responsable, et plus largement l'équipe et le collectif de travail qui l'entourent professionnellement.

4. TRAITEMENT

Au niveau collectif, la survenue d'un cas de burnout doit alerter l'entreprise et la conduire à mettre en place une démarche collective de prévention. À défaut, les mêmes causes risquant de produire les mêmes effets, d'autres travailleurs, confrontés aux mêmes situations de travail, pourraient connaître les mêmes difficultés et développer le même syndrome. Cette approche collective permet, en outre, de protéger le travailleur ayant connu un épisode de burnout, en évitant de le « replonger » exactement dans le même environnement (afin de prévenir la rechute).

4. TRAITEMENT

4.2.1. La prise en charge individuelle

Aider le travailleur à reprendre pied

Il s'agit de prendre des mesures visant à rétablir l'équilibre de l'individu en agissant à la fois sur sa sphère professionnelle mais aussi sa vie personnelle. Son responsable, le médecin du travail ou son médecin traitant peuvent lui suggérer de :

- s'arrêter de travailler, pour prendre du recul;

4. TRAITEMENT

- récupérer, notamment, par le repos, par la relaxation ou le sport, etc. ;
- accepter l'idée qu'« à l'impossible nul n'est tenu» pour effectuer un «retour à la réalité ».

Selon la sévérité du syndrome, un arrêt maladie de deux à trois mois peut être nécessaire. Une prise en charge en psychothérapie (par exemple, de type thérapie comportementale et cognitive) associée à un antidépresseur est recommandée.

4. TRAITEMENT

Cette prise en charge est à construire, avec le travailleur-patient, en réseau entre médecin du travail, médecin traitant, spécialiste (psychiatre, psychothérapeute, etc.), et le médecin conseil de la Caisse primaire d'assurance maladie.

À cette étape, lors de la compréhension du phénomène et de ce qui s'est passé pour la personne, écrire (« récit de vie»), verbaliser les différentes étapes, peuvent aider à se reconstruire avec l'appui d'un professionnel de santé

4. TRAITEMENT

Après la phase «d'arrêt maladie» et de retrait: la préparation du retour à l'emploi

Le désir de retour à l'emploi, pour qu'il puisse exister et se traduise dans les faits, doit être favorisé par l'environnement personnel et professionnel, en ménageant un espace et un temps intermédiaires sécurisants qui permettent à l'individu de se reconstruire une identité professionnelle «bousculée » par l'épisode d'épuisement.

4. TRAITEMENT

Il faut pouvoir éviter tout risque de rechute. À son retour, le travailleur ne doit pas retrouver un cadre de travail identique. Une réflexion doit être menée par les différents acteurs de l'entreprise pour changer l'organisation du travail, examiner les possibilités de réorienter l'activité ou l'opportunité de redéfinir un nouveau projet professionnel.

4. TRAITEMENT

Ces propositions doivent bien entendu être discutées avec le travailleur, qu'il puisse aussi bien envisager, par exemple, un dépaysement complet ou alors une continuité sur les projets antérieurs, avec un suivi progressif (très rapproché au début, puis ajusté) pour veiller à réguler la charge de travail, rediscuter pas à pas des enjeux de l'activité et des priorités, afin de répondre de manière adaptée aux différentes demandes qui lui seront adressées.

4. TRAITEMENT

II. L'action sur l'environnement professionnel

Au-delà de la prise en charge du travailleur et de la préparation de son retour dans les meilleures conditions possibles, l'entreprise doit plus globalement, notamment au regard de sa situation de travail, identifier les facteurs liés au travail qui ont pu ou qui peuvent favoriser l'apparition et le développement du syndrome d'épuisement professionnel et mettre en place une démarche de prévention collective.

CONCLUSION

« Adapter le travail à l'homme et non pas l'homme au travail » constitue en quelque sorte le fil rouge des actions de prévention à mener afin de protéger la santé au travail.

BIBLIOGRAPHIE

1. Groupe de travail. Le burn-out. Rapport 16-01. Bull. Acad. Natle Méd., 2016, 200, no 2, 349-365, séance du 23 février 2016
2. Khireddine, I., Lemaître, A., Homère, J., Plaine, J., Garras, L., Riol, M.C. and Valenty, M. (2012) La souffrance psychique en lien avec le travail chez les salariés actifs en France entre 2007 et 2012, à partir du programme MCP. Bulletin épidémiologique Hebdomadaire, 23, 431-438
3. Clark T.R. The 4 stages of psychological safety: Defining the Path to Inclusion and Innovation, edition 2020
4. SOLVE: intégrer la promotion de la santé dans les politiques de sécurité et santé au travail: manuel du participant / Bureau international du Travail. - Genève: BIT, 2012
5. Guiho-Bailly MP, Guillet D. Psychopathologie et psychodynamique du travail. EMC - Toxicol-Pathol. sept 2005;2(3):98-110.

BIBLIOGRAPHIE

6. Ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes Ministère du Travail, de l'Emploi, de la Formation professionnelle et du Dialogue social Délégation à l'information et à la communication, Guide d'aide à la prévention, les facteurs d'épuisement professionnel, édition 2015.
7. <https://www.dragondoor.com>, consulté le 08/08/2022
8. Monreuil N., Burnout et depression, mini-mémoire, fév 2022
9. Conseil Supérieur de la Santé. Burnout et travail. Bruxelles: CSS; 2017. Avis n° 9339.
10. Lguensat A. Caractéristiques neurobiologiques de la résilience et de la susceptibilité au trouble de stress post-traumatique avec des modèles murins incluant l'utilisation de substances psychoactives (alcool et cocaïne). [Marrakech]: Université Cadi Ayyad; 2020.