

CONCOURS EXTERNE DE BIBLIOTHECAIRE TERRITORIAL

SESSION 2020
REPORTÉE À 2021

ÉPREUVE DE NOTE

ÉPREUVE D'ADMISSIBILITÉ :

Rédaction d'une note de synthèse, établie à partir d'un dossier portant au choix du candidat exprimé au moment de l'inscription :

- **soit sur les lettres et les sciences humaines**
- **soit sur les sciences exactes et naturelles et les techniques**
- **soit sur les sciences juridiques, politiques et économiques**

Durée : 4 heures

Coefficient : 2

LETTRES ET SCIENCES HUMAINES

À LIRE ATTENTIVEMENT AVANT DE TRAITER LE SUJET :

- ♦ Vous ne devez faire apparaître aucun signe distinctif dans votre copie, ni votre nom ou un nom fictif, ni initiales, ni votre numéro de convocation, ni le nom de votre collectivité employeur, de la commune où vous résidez ou du lieu de la salle d'examen où vous composez, ni nom de collectivité fictif non indiqué dans le sujet, ni signature ou paraphe.
- ♦ Sauf consignes particulières figurant dans le sujet, vous devez impérativement utiliser une seule et même couleur non effaçable pour écrire et/ou souligner. Seule l'encre noire ou l'encre bleue est autorisée. L'utilisation de plus d'une couleur, d'une couleur non autorisée, d'un surligneur pourra être considérée comme un signe distinctif.
- ♦ Le non-respect des règles ci-dessus peut entraîner l'annulation de la copie par le jury.
- ♦ Les feuilles de brouillon ne seront en aucun cas prises en compte.

Ce sujet comprend 34 pages.

Il appartient au candidat de vérifier que le document comprend le nombre de pages indiqué.

S'il est incomplet, en avertir le surveillant.

Vous êtes bibliothécaire territorial dans la commune de CultureVille.

Le directeur de la bibliothèque vous demande de rédiger à son attention, exclusivement à l'aide des documents joints, une note sur le burnout.

Liste des documents :

- Document 1 :** « Repérage et prise en charge cliniques du syndrome d'épuisement professionnel ou burnout » - *Haute Autorité de Santé* - Mars 2017 - 4 pages
- Document 2 :** « Burn-out : comment les DRH s'emparent de la question » - S. Weisz - *capital.fr* - 27 janvier 2016 - 1 page
- Document 3 :** « L'émergence du concept de burnout » - Rapport – M. Ollié, M. Légéron - *academie-medecine.fr* - 23 février 2016 - 6 pages
- Document 4 :** « Le burn-out ne doit pas forcément être reconnu en maladie professionnelle » - *novethic.fr* - 1^{er} mai 2018 - 1 page
- Document 5 :** « Les risques psychosociaux : mieux prévenir pour mieux travailler » - (Extraits) - *Agence européenne pour la sécurité et la santé au travail* - Consulté en novembre 2019 - 3 pages
- Document 6 :** « Burnout et travail » - Avis - *Conseil Supérieur de la Santé* - *css-hgr.be* - Septembre 2017 - 4 pages
- Document 7 :** « Le burn-out sera-t-il reconnu comme maladie professionnelle ? » - T. Chakor, C. Edey Gamassou - *latribune.fr* - 29 mai 2019 - 2 pages
- Document 8 :** « Donner un nom à la souffrance au travail » - *controverses.github.io* - Consulté en janvier 2020 - 5 pages
- Document 9 :** « Les orientations retenues par le groupe permanent d'orientation du COCT pour le troisième Plan Santé au Travail (PST3) 2016-2020 » - (Extrait) - *travail-emploi.gouv.fr* - Consulté en novembre 2019 - 2 pages
- Document 10 :** « La sécurité et la santé au travail sont l'affaire de tous » - (Extrait) - *Commission européenne* - 2016 - 2 pages
- Document 11 :** « Le burn-out, pathologie du stress, pathologie de civilisation » - *ressources.be* - Consulté en janvier 2020 - 2 pages

Documents reproduits avec l'autorisation du C.F.C.

Certains documents peuvent comporter des renvois à des notes ou à des documents non fournis car non indispensables à la compréhension du sujet.

Fiche mémo

Repérage et prise en charge cliniques du syndrome d'épuisement professionnel ou *burnout*

Mars 2017

Cette fiche mémo porte sur la définition du syndrome d'épuisement professionnel, son repérage, sa prise en charge et l'accompagnement des patients lors de leur retour au travail.

Les cibles professionnelles de ces recommandations sont prioritairement les médecins généralistes et les médecins des services de santé au travail.

La population cible concerne tout travailleur quel que soit son statut.

Ces recommandations se limitent au volet clinique du thème : l'action sur le milieu et l'organisation du travail est exclue du champ de ces recommandations. Elle est néanmoins indispensable dans une démarche de prévention du *burnout*. Les médecins généralistes et médecins du travail sont invités à faire le lien entre le diagnostic individuel et les facteurs de risque inhérents aux situations de travail.

Contexte

L'évolution des conditions et des organisations de travail est associée à une prévalence croissante des facteurs de risque psychosociaux susceptibles de porter atteinte à la santé à la fois physique et mentale.

Le syndrome d'épuisement professionnel n'est pas considéré comme une maladie dans les classifications de référence (CIM-10 et DSM-5). Il se rapproche d'autres situations non spécifiques telles que par exemple la souffrance au travail ou les effets du stress lié au travail¹.

Après les affections de l'appareil locomoteur, la souffrance psychique causée ou aggravée par le travail est le 2^e groupe d'affections d'origine professionnelle décrit dans la population salariée active française.

1. Khireddine I *et al.* La souffrance psychique en lien avec le travail chez les salariés actifs en France entre 2007 et 2012, à partir du programme MCP. Bull Epidémiol Hebdo 2015;(23):431-8.

Définition

Le syndrome d'épuisement professionnel, équivalent en français du terme anglais *burnout*, se traduit par un « épuisement physique, émotionnel et mental qui résulte d'un investissement prolongé dans des situations de travail exigeantes sur le plan émotionnel »².

Les travaux de Christina Maslach ont permis de concevoir le syndrome d'épuisement professionnel comme un **processus de dégradation du rapport subjectif au travail** à travers trois dimensions : l'épuisement émotionnel, le cynisme vis-à-vis du travail ou dépersonnalisation (déshumanisation, indifférence), la diminution de l'accomplissement personnel au travail ou réduction de l'efficacité professionnelle.

2. Schaufeli WB and Greenglass ER. Introduction to special issue on burnout and health. Psychol Health 2001;16(5):501-10.

Manifestations cliniques et démarche diagnostique

Le *burnout* est un ensemble syndromique qui nécessite une démarche diagnostique. Celle-ci vise à caractériser la sévérité du trouble, son type diagnostique et ses liens avec les conditions de travail. Le syndrome d'épuisement professionnel n'est pas une maladie caractérisée.

Ce syndrome peut se traduire par des manifestations plus ou moins importantes, d'installation progressive et souvent insidieuse, en rupture avec l'état antérieur, notamment (liste non exhaustive) :

- **émotionnelles** : anxiété, tensions musculaires diffuses, tristesse de l'humeur ou manque d'entrain, irritabilité, hypersensibilité, absence d'émotion ;
- **cognitives** : troubles de la mémoire, de l'attention, de la concentration, des fonctions exécutives ;
- **comportementales ou interpersonnelles** : repli sur soi, isolement social, comportement agressif, parfois violent, diminution de l'empathie, ressentiment et hostilité à l'égard des collaborateurs ; comportements addictifs ;
- **motivationnelles ou liées à l'attitude** : désengagement progressif, baisse de motivation et du moral, effritement des valeurs associées au travail ; doutes sur ses propres compétences (remise en cause professionnelle, dévalorisation) ;
- **physiques non spécifiques** : asthénie, troubles du sommeil, troubles musculo-squelettiques (type lombalgies, cervicalgies, etc.), crampes, céphalées, vertiges, anorexie, troubles gastro-intestinaux.

La démarche diagnostique permet de caractériser le syndrome en repérant des pathologies sous-jacentes éventuelles telles que, notamment, un trouble de l'adaptation, un trouble anxieux, un trouble dépressif ou un état de stress post-traumatique. Le risque suicidaire³ doit être particulièrement évalué. Cette démarche implique une **recherche des facteurs de risque**.

Un bilan somatique doit rechercher une pathologie organique associée qui aurait pu se manifester par certains des symptômes cités précédemment.

L'analyse des conditions de travail est faite prioritairement avec le médecin du travail, ou le centre de consultation de pathologie professionnelle⁴.

2. Haute Autorité de Santé. La crise suicidaire : reconnaître et prendre en charge. Recommandations de bonne pratique. Saint-Denis La Plaine; 2000. www.has-sante.fr/portail/jcms/c_271964/fr/la-crise-suicidaire-reconnaitre-et-prendre-en-charge 4. Pour les personnes ne disposant pas de médecin du travail.

Facteurs de risque

La recherche des facteurs de risque commence par l'analyse des conditions de travail. Cette analyse repose sur une démarche structurée, coordonnée par le médecin du travail avec l'appui de l'équipe pluridisciplinaire (ergonome, psychologue du travail, etc.). Elle peut s'appuyer sur **les six catégories de facteurs de risque psychosociaux** suivantes tirées du rapport Gollac⁵ :

- intensité et organisation du travail (surcharge de travail, imprécision des missions, objectifs irréalistes, etc.) ;
- exigences émotionnelles importantes avec confrontation à la souffrance, à la mort, dissonance émotionnelle ;
- autonomie et marge de manœuvre ;
- relations dans le travail (conflits interpersonnels, manque de soutien du collectif de travail, management délétère, etc.) ;
- conflits de valeurs ;
- insécurité de l'emploi.

L'existence de ressources dans le travail est protectrice (soutien social, stabilité du statut, collectif de travail vivant, moyens techniques, matériels et humains suffisants).

L'analyse doit également porter sur les antécédents personnels et familiaux, les événements de vie, la qualité du support social et le rapport au travail. Le risque de développer un syndrome d'épuisement professionnel peut être associé à des antécédents dépressifs, à certains traits de personnalité pouvant limiter les capacités d'adaptation (*coping*).

Ces facteurs individuels ne peuvent servir qu'à préconiser une prévention renforcée, et ne sauraient bien sûr en aucun cas constituer un élément de sélection des travailleurs, ni exonérer la responsabilité des facteurs de risque présents dans l'environnement de travail.

Particularités des soignants

Population à risque historiquement identifiée et objet de nombreuses études récentes montrant une morbidité particulièrement élevée, les professionnels de santé en activité ou en formation sont exposés au risque d'épuisement professionnel, étant donné la pénibilité de leur travail que ce soit pour des causes intrinsèques liées à la nature même de l'activité médicale (confrontation avec la souffrance et la mort, prises en charge impliquant l'entrée dans l'intimité des patients, etc.) ou des causes extrinsèques (charge et organisation du travail, etc.).

Différents facteurs rendent les professionnels de santé vulnérables : demande de performance, image du soignant infaillible, valeurs d'engagement et d'abnégation, injonctions contradictoires, dispositifs de soin complexes et évolutifs, tensions démographiques, insécurité, etc.

D'autre part, il est important de souligner que les conséquences sur les professionnels de santé ont des répercussions non seulement humaines, mais aussi sur l'organisation et la qualité des soins.

Les soignants nécessitent une prise en charge spécifique *via* un réseau de soin adapté. Au même titre que les autres groupes professionnels, celle-ci implique le respect de la confidentialité et une réactivité adaptée, d'autant que la demande d'aide peut être retardée. Un soutien social est indispensable. Les professionnels de santé salariés bénéficient d'un suivi au sein de leur service de santé au travail comme tout autre travailleur salarié.

⁵ Collège d'expertise sur le suivi des risques psychosociaux au travail, Gollac M. Mesurer les facteurs psychosociaux de risque au travail pour les maîtriser. Rapport du collège d'expertise sur le suivi des RPS au travail réuni à la demande du ministre du Travail et des Affaires sociales. Paris; 2011. travail-emploi.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_SRPST_definitif_rectifie_11_05_10.pdf

Repérage

Ce repérage peut être réalisé par le médecin traitant, le médecin du travail et l'équipe de santé au travail. Dans l'intérêt du patient et avec son accord, il est indispensable qu'un échange ait lieu entre le médecin du travail et le médecin traitant.

- **Le repérage individuel** s'appuie sur un faisceau d'arguments incluant une analyse systémique : des manifestations cliniques, des conditions de travail et, en complément, d'éventuels facteurs de susceptibilité individuelle. Le déni du travailleur peut entraîner un retard de prise en charge.

Il est rappelé que tout travailleur peut solliciter une visite auprès du médecin du travail à tout moment, y compris pendant l'arrêt de travail, et sans en informer son employeur si la visite a lieu en dehors des heures de travail.

Le Maslach Burnout Inventory (MBI) ou **le Copenhagen Burnout Inventory (CBI)**, comme d'autres questionnaires, permettent d'évaluer le syndrome d'épuisement professionnel, mais ils n'ont pas été construits comme des instruments d'évaluation individuelle. Ils peuvent être éventuellement utilisés comme outil pour guider un entretien avec le patient.

Ces explorations sont à réaliser en complément de la recherche des facteurs professionnels, des données de vécu du travail et de santé collectées par ailleurs, des signes cliniques observés et entendus, notamment par le médecin du travail et/ou l'équipe pluridisciplinaire de santé au travail.

- **Le repérage collectif** est réalisé par l'équipe de santé au travail coordonnée par le médecin du travail sur un ensemble de signaux liés au fonctionnement de la structure (absentéisme ou présentéisme, *turn-over* fréquent, mouvements du personnel, qualité de l'activité et des relations sociales) ou à la santé et à la sécurité des travailleurs (accidents du travail, maladies professionnelles, visites médicales spontanées, inaptitudes).

Prise en charge et acteurs

La prise en charge vise à traiter le trouble identifié ainsi qu'à agir sur le contexte socioprofessionnel à l'origine du trouble.

La prescription d'un **arrêt de travail** est le plus souvent nécessaire. Sa durée sera adaptée à l'évolution du trouble et du contexte socioprofessionnel.

Le médecin traitant coordonne cette prise en charge. Il prescrit si nécessaire un traitement en s'appuyant sur la démarche diagnostique et adresse éventuellement le patient à un psychiatre. L'intervention d'un psychiatre peut être sollicitée notamment pour réaliser un diagnostic psychopathologique ou une adaptation thérapeutique, prendre en charge un trouble sévère et poursuivre un arrêt maladie.

La prescription d'un traitement antidépresseur est uniquement recommandée dans le cadre de ses indications (troubles anxieux, troubles dépressifs⁷).

Le traitement du trouble peut comporter une **prise en charge non médicamenteuse fondée sur des interventions psychothérapeutiques ou psychocorporelles** effectuées par un professionnel de santé ou un psychologue formé à ces techniques.

Dans tous les cas, il est recommandé que le médecin traitant se mette, avec l'accord du patient, **en contact avec son médecin du travail** ou celui d'une consultation de pathologie professionnelle⁸ pour alerter et avoir un éclairage sur le lieu de travail.

L'analyse du poste et des conditions de travail est en effet indispensable. Celle-ci est réalisée par l'équipe pluridisciplinaire coordonnée par le médecin du travail. Des actions de prévention (individuelle et/ou collective) sont préconisées en conséquence.

La prise en charge des **aspects médico-socioprofessionnels et psychologiques** est indispensable, notamment pour aider les patients dans les démarches médico-administratives : orientation vers les consultations de pathologie professionnelle, services d'assistante sociale, etc.

Accompagnement du retour au travail

Le retour au travail doit être préparé. À cet effet, il est recommandé d'organiser une visite de pré-reprise avec le médecin du travail, à l'initiative du patient, du médecin traitant ou du médecin-conseil des organismes de sécurité sociale, à tout moment pendant l'arrêt. Celle-ci peut être répétée. Elle est essentielle pour l'accompagnement de la réinsertion socioprofessionnelle, et obligatoire⁹ pour les salariés en arrêt de travail d'une durée de plus de 3 mois.

À l'issue de la visite de pré-reprise, le médecin du travail peut recommander des aménagements ou adaptations du poste de travail, des pistes de reclassement ou des formations professionnelles qui pourraient être envisagées pour faciliter le reclassement du salarié ou sa réorientation professionnelle.

Lors de cet accompagnement, le médecin du travail et l'équipe pluridisciplinaire, par leur connaissance du milieu et des conditions de travail, ont un rôle clé : ils ont un rôle de préparation et d'accompagnement lors de la reprise de l'emploi (suivi régulier indispensable) et participent au maintien dans l'emploi du patient suite au burnout, en lien avec les professionnels et médecins spécialistes qui le suivent.

7. Haute Autorité de Santé. Recommandations sur l'épisode dépressif caractérisé de l'adulte : prise en charge en soins de premier recours (en cours d'actualisation).

8. Pour les personnes ne disposant pas de médecin du travail.

9. Article R. 4624-29 du Code du travail

BURN-OUT : COMMENT LES DRH S'EMPARENT DE LA QUESTION

Le Burn-out n'est toujours pas reconnue comme maladie professionnelle. Pourtant, les employeurs se sont emparés du sujet, par égard pour leurs salariés... et dans leur propre intérêt. « C'est devenu une véritable hantise dans les entreprises », souligne Philippe Rodet, médecin urgentiste et dirigeant-fondateur du cabinet Bien-être et entreprise. Avoir un cas de burn-out parmi ses collaborateurs se révèle très mauvais pour leur image, mais également traumatisant pour le reste de l'équipe. En outre, cette pathologie provoque de longues absences de salariés, qu'on ne peut remplacer immédiatement puisque la DRH ne sait pas quand ils reviendront.

> AMÉLIORER LA QUALITÉ DE VIE

Chez Sodebo, en Vendée, on s'est toujours préoccupé de la qualité de vie au travail. Patricia Brochard, coprésidente et fille des fondateurs, se souvient de « ces journées de travail à la charcuterie de ses parents qui se terminaient à 22 heures, mais dans la bonne humeur et autour d'un casse-croûte ».

Aujourd'hui, l'entreprise, leader français des salades, pizzas, sandwichs et pâtes prêtes à consommer, emploie 2.000 personnes. « Le management a changé mais notre engagement pour la qualité des conditions de travail est resté le même », explique la présidente.

Pour cela, l'entreprise s'est entourée d'experts en matière de santé et de prévention. Elle a embauché un médecin et quatre infirmières. Ses managers sont formés à la détection des risques psychosociaux. Dans les ateliers, des kinésithérapeutes enseignent aux salariés les postures adaptées à leur poste de travail. Sodebo a également fait appel aux services d'un ostéopathe et étudié l'ergonomie du matériel, l'agencement et la qualité des locaux.

La convivialité fait l'objet d'un soin particulier. Des animations sont régulièrement organisées dans les salles de pause et tous les succès sont fêtés collectivement.

> S'AFFRANCHIR DES TABOUS CULTURELS

Préserver la santé des salariés suppose parfois d'aller à l'encontre de la culture de l'entreprise. A peine nommé directeur du Ballet de l'Opéra de Paris, Benjamin Millepied a opéré une vraie révolution en s'attaquant aux problèmes de santé des danseurs.

Un sujet tabou dans cet univers où les souffrances physiques et psychologiques ont toujours été considérées comme le prix à payer pour la

perfection artistique. Il a créé un pôle santé, avec un médecin et deux masseurs spécialisés. Il a allongé les temps de récupération des danseurs et a même décidé de remplacer les sols trop durs des salles de répétitions.

Chez les militaires aussi, la culture du sacrifice est une tradition. Dans la Grande Muette, on ne se plaint jamais. Pourtant, pendant deux ans, l'armée de terre a proposé des cours de sophrologie à ses engagés les plus exposés au stress. Des séances régulières d'une heure leur ont permis de s'initier aux techniques de la relaxation et à la pratique de la micro-sieste. « Malgré de fortes réticences au départ, ce dispositif a eu beaucoup de succès », se félicite le général Denis Parmentier, à l'initiative de ce projet.

Dans la logistique ou le BTP, autres milieux durs, on réfléchit aussi à ces enjeux. Chez le transporteur DHL, des séances de gym sont organisées dans les entrepôts, ainsi que des événements (jeux concours ou barbecues) à l'intention des familles des salariés.

Même souci de vigilance pour ce dirigeant d'une PME spécialisée dans la rénovation de bâtiments, qui affirme : « Nous incitons nos chefs de chantier et nos conducteurs de travaux à être davantage à l'écoute des ouvriers afin de déceler les premiers signes d'épuisement. Ce n'est pas toujours évident car beaucoup n'osent pas s'exprimer quand ils ressentent un mal-être. »

> APPRENDRE DE SES ERREURS

Par définition, le retour sur investissement d'une initiative de prévention reste peu visible.

« Les retombées sont difficiles à mesurer, mais le climat social au sein du groupe donne une bonne indication, confirme Patricia Brochard. Il faut rester pragmatique, ne pas hésiter à mettre en place des actions pour les tester. »

Quitte à se tromper : « Il y a quelques années, nous avons organisé des séances de massage, mais les salariés les ont boudées. Cela ne répondait pas à un besoin dans le cadre de travail. Nous retenterons peut-être l'expérience à l'avenir. »

L'avantage de cette méthode d'essais-erreurs est aussi d'éviter certaines fausses bonnes idées. Par souci de protéger la vie privée de ses salariés, une grande banque avait ainsi bloqué l'accès aux e-mails professionnels après 20 heures. Résultat ? Une augmentation du stress chez certains collaborateurs qui attendaient des réponses urgentes de prestataires extérieurs.

L'EMERGENCE DU CONCEPT DE BURN OUT

La pénibilité psychologique au travail

À partir des années 1970, le monde du travail a de moins en moins ressemblé à celui décrit par Émile Zola dans *Germinal* : les machines ont remplacé les hommes dans les activités physiquement les plus éprouvantes, les nouvelles technologies ont simplifié de nombreuses tâches. L'illusion d'un effacement de la pénibilité du travail a été éphémère : de nouvelles formes de contraintes ont mis au jour la pénibilité psychologique.

Dans les années 1980 et surtout 1990, plusieurs grands organismes internationaux ont attiré l'attention sur le développement du phénomène de stress professionnel et ses conséquences sur la santé des travailleurs. En 1993, le Bureau International du Travail (BIT) estimait que le stress était devenu l'un des plus graves problèmes de santé de notre temps. Stress, harcèlement moral, burn-out sont de plus en plus souvent invoqués comme facteurs de risques pour la santé, générateurs de détresses psychologiques voire de pathologies mentales. Les risques psychosociaux (RPS) naissant à l'interface de l'individu (le psychologique) et de l'environnement de travail (le social) engagent désormais la responsabilité de l'entreprise.

La prise en compte des risques psychosociaux

En France, la prise de conscience s'est faite d'une part après des cas de harcèlement moral décrits par des psychiatres et d'autre part à la suite d'une série de suicides chez France Télécom. Cela s'est traduit par le vote d'une loi réprimant le harcèlement moral au travail en 2002 puis par la mise en place d'un plan d'urgence de prévention des RPS par le Ministre du Travail en 2009. Ainsi, le premier rapport officiel sollicité par le Ministère du Travail sur ce sujet est daté de 2008. La même année était signée par l'ensemble des partenaires sociaux (organisations syndicales et représentants du patronat) un Accord National Interprofessionnel (ANI) sur la prévention du stress au travail : de tels accords avaient été signés au Danemark dès la fin des années 70 !

Selon l'Agence Européenne de Sécurité et Santé au Travail, la France apparaît en retard par rapport à ses voisins dans la lutte menée par les entreprises contre le stress au travail et la prévention des RPS. Les pays régulièrement cités en exemple comme ayant réussi à promouvoir la santé mentale au travail (essentiellement les pays d'Europe du Nord et le Canada), ont davantage mis en avant la notion de bien-être au travail que celle de souffrance.

De l'épuisement professionnel au burn-out

C'est en juin 1959 que le psychiatre français Claude Veil a introduit le concept d'épuisement professionnel dans l'histoire médicale. Dans un article intitulé « Les états d'épuisement », Claude Veil écrivait : « l'état d'épuisement est le fruit de la rencontre d'un individu et d'une situation. L'un et l'autre sont complexes, et l'on doit se garder des simplifications abusives. Ce n'est pas simplement la faute à telle ou telle condition de milieu, pas plus que ce n'est la faute du sujet ». Pour Claude Veil, l'apparition de l'épuisement survient quand il y a « franchissement d'un seuil ». « Tout se passe comme à la banque : tant qu'il y a une provision, les chèques sont honorés sans difficulté, quel que soit leur montant. Mais dès qu'on se trouve à découvert, le tirage, si petit soit-il, devient impossible. Chaque individu possède ainsi un certain capital, une marge d'adaptation, plus ou moins large, et qui lui appartient en propre. Tant qu'il reste à l'intérieur, en homéostasie, il peut en jouer indéfiniment. S'il vient à la saturer, la fatigue (le relevé de compte) l'en avertit ; s'il

continue, même le plus petit effort supplémentaire va le conduire à la faillite, il se désadapte. Cherche-t-il des expédients de trésorerie ? Ce sera le dopage, le café, l'alcool surtout ».

La paternité du terme de burn-out professionnel revient à Herbert Freudenberger, psychanalyste allemand établi à New-York. Il a introduit ce terme en 1971 pour décrire la perte d'enthousiasme de bénévoles consacrant leur temps à aider des usagers de drogues dures. Ces jeunes bénévoles travaillaient dans des « free clinics » pour toxicomanes et finissaient par se décourager après environ une année d'activité, manifestant des troubles émotionnels et des symptômes physiques d'épuisement. En 1974, dans un article intitulé « *Staff burnout* » Herbert Freudenberger désigne par le terme de Burn-Out Syndrome (« B.O.S. ») cet état d'épuisement émotionnel : « En tant que psychanalyste et praticien, je me suis rendu compte que les gens sont parfois victimes d'incendie, tout comme les immeubles. Sous la tension produite par la vie dans notre monde complexe, leurs ressources internes en viennent à se consumer comme sous l'action des flammes, ne laissant qu'un vide immense à l'intérieur, même si l'enveloppe externe semble plus ou moins intacte ».

C'est probablement la psychologue américaine Christina Maslach qui, au début des années 1980, a le mieux étudié et analysé l'épuisement survenant en milieu professionnel : le burnout professionnel est un état psychologique et physiologique résultant de l'accumulation de facteurs de stress professionnels. Le burn-out trouve ses racines, en réponse à une quantité de facteurs stressants s'inscrivant dans la durée. Le burn-out serait une conséquence de réactions de stress quotidiens ayant usé l'individu.

La faible implication des organismes sanitaires français

En France, le Ministère de la Santé paraît avoir délaissé cette question de santé publique. L'Inserm ne s'en est pas non plus saisi. C'est le Ministère du Travail, par l'intermédiaire de la Direction Générale du Travail (DGT), qui a pris en charge la problématique de l'épuisement professionnel. Dans les entreprises, les services de santé et les médecins du travail ne sont pas encore systématiquement sollicités pour la mise en place de stratégies de promotion de la santé mentale qui sont le plus souvent mises en œuvre sous l'égide des ressources humaines et plus particulièrement des relations sociales.

LES QUESTIONS POSEES A LA MEDECINE

Le burn-out, un concept flou absent des nosologies psychiatriques

Le concept de « souffrance au travail » recouvre l'ensemble des impacts négatifs des environnements de travail sur l'individu. Le succès de cette expression est lié en partie à l'ouvrage d'un psychiatre français. Ce vocable est très peu utilisé ailleurs qu'en France. Les publications scientifiques anglo-saxonnes traitent peu le « work-related suffering ».

Dans son abord de la santé mentale, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) distingue trois niveaux différents : le bien-être psychologique, la détresse psychologique et les troubles mentaux. Tout symptôme anxieux ne saurait être considéré comme révélateur d'un trouble anxieux, toute tristesse comme révélatrice d'une dépression caractérisée. Et toute fatigue ou épuisement ne peut être considéré comme pathologique. La détresse psychologique peut être imputable à des événements de vie négatifs : elle doit bien sûr être prise en compte.

Le burn-out ne figure dans aucune des classifications actuelles des troubles mentaux. Il est absent des deux grandes nomenclatures internationales de référence, DSM-V (5^{ème} édition du Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux) de l'American Psychiatric Association et CIM-10

(10^{ème} révision de la Classification internationale des maladies) de l'Organisation Mondiale de la Santé. (...)

Deux critères cardinaux de l'épisode dépressif, à savoir l'humeur effondrée et la diminution marquée de l'intérêt, sont présents dans le burn-out, cette diminution marquée de l'intérêt étant spécifiquement focalisée sur le projet professionnel antérieur qui fait l'objet d'un rejet ou d'un désengagement.

On voit donc que sur le plan clinique la symptomatologie du burn-out et ses dimensions s'inscrivent en partie dans les troubles dépressifs et dans les troubles de l'adaptation. Des données convergentes indiquent que le burn-out peut conduire à une dépression, et que réciproquement les symptômes d'un épisode dépressif sont exacerbés chez des patients victimes d'un burn-out. Et l'antériorité d'un épisode dépressif majeur est un facteur de vulnérabilité au burn-out.

Peut-on situer le burn-out dans la catégorie proposée par l'INVS (Institut de Veille Sanitaire) des troubles liés à une « exposition professionnelle à des facteurs de risques » ? Les facteurs listés par l'INVS sont le bruit, les rayonnements, la poussière, les toxiques ou les températures extrêmes. Ceci ne concerne donc pas les aspects psychiques.

Enfin, le Réseau national de vigilance et de prévention des risques professionnels (RNV3P) et ses partenaires, dont la Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (CNAM-TS) et l'Agence Nationale de Sécurité Sanitaire de l'Alimentation, de l'Environnement et du Travail (ANSES), suggèrent de placer le burn-out dans la rubrique « surmenage ».

Le burn-out est donc un état d'épuisement psychologique (émotionnel), mais aussi cognitif (avec une perte de motivations et des difficultés de concentration) et physique (« coup de pompe »), qui se présente sous forme de symptômes traduisant une réaction de détresse à une situation de stress en milieu professionnel. Ceci explique la fréquence de manifestations affectant le système cardiovasculaire (risque coronarien), la fonction sommeil, l'appareil musculo-squelettique (douleurs chroniques), la sphère affective (humeur dépressive, mauvaise estime de soi, anhédonie), les relations interpersonnelles (détachement, indifférence, irritabilité).

La symptomatologie du burn-out

Les travaux de Christina Maslach, menés il y a une trentaine d'années, servent de référence pour définir les dimensions du burn-out. (...)

Les résultats obtenus avec celle-ci sur une nouvelle population ont conduit à retenir trois dimensions pour définir le burn-out : « un syndrome d'épuisement émotionnel, de dépersonnalisation et de réduction de l'accomplissement personnel ». Autrement dit, la démarche pour définir l'entité burn-out est née d'un instrument de mesure, et non pas l'inverse comme c'est habituellement le cas.

Bien que ces trois dimensions restent la référence pour une approche évaluative du burn-out, le consensus est loin d'être unanime. Le surinvestissement au travail et les manifestations de « workaholisme » sont parfois cités pour caractériser le burn-out.

Selon certains auteurs, le burn-out pourrait se définir par la seule dimension d'épuisement émotionnel. La traduction française du mot « burn-out » en « épuisement » va dans ce sens. La place de la réduction de l'accomplissement personnel ou de l'efficacité professionnelle dans le syndrome de burn-out est de plus en plus remise en cause : elle aurait un rôle dans l'étiologie du burn-out mais ne devrait pas être considérée comme une dimension de ce syndrome. Ceci laisserait deux dimensions au burn-out : l'épuisement émotionnel et la dépersonnalisation.

La dimension d'épuisement, de fatigue serait celle qui aurait la prédictivité péjorative la plus importante. La fatigue chronique pourrait évoluer vers des troubles anxio dépressifs avec d'abord une baisse de l'estime de soi, voire des troubles plus spécifiques décrits parfois dans les nosographies sous la rubrique « job related neurasthenia » (OMS).

Les sujets en burn-out adoptent souvent des conduites d'automédications avec des psychostimulants (amphétamines, cocaïne, caféine, modafinil) pour tenter de recouvrer un niveau élevé de performances professionnelles, l'alcool et les anxiolytiques pour réduire l'angoisse.

La présence de conduites addictives ou de manifestations somatiques (hypertension artérielle, douleurs chroniques, diabète sucré...) est tantôt considérée comme élément constitutif du burn-out tantôt comme complication.

L'évaluation du burn-out

Le MBI (Maslach Burnout Inventory) est l'instrument d'évaluation le plus souvent employé pour mesurer la sévérité du burn-out. Adapté dans de nombreuses langues, dont le français, il est un outil d'une vingtaine de questions. La forme historique s'adresse aux professionnels de l'aide et s'intitule MBI-HSS (pour Human Service Survey). Une deuxième version a été élaborée à destination des enseignants, le MBI-Educators Survey (MBI-ES), puis le MBI-General Survey (MBI-GS), pour toute population. Chacune de ces versions explore trois dimensions : épuisement, dépersonnalisation, réduction du sentiment d'accomplissement de soi. Seule la version HSS a fait l'objet d'évaluation en langue française.

Les facteurs étiologiques du burn-out

Les facteurs de risques psychosociaux ont été recensés il y a quelques années par un collège d'expertise de l'Insee, à la demande du ministre du Travail. Ces facteurs se regroupaient en six grandes catégories :

- 1) les exigences du travail,
- 2) les exigences émotionnelles,
- 3) le manque d'autonomie et de marges de manœuvre,
- 4) le manque de soutien social et de reconnaissance au travail,
- 5) les conflits de valeurs,
- 6) l'insécurité de l'emploi et du travail.

Pour le Ministère du Travail, le burn-out résulte de l'exposition à plusieurs facteurs de RPS, créant une situation de déséquilibre pour l'individu. Les études manquent pour apprécier le poids de chacun de ces facteurs.

Les modèles classiques du stress au travail semblent pertinents pour expliquer l'apparition d'un burn-out. C'est notamment le cas de celui développé par Karasek qui souligne le rôle joué à la fois par la charge de travail mais aussi par l'absence d'autonomie de l'individu pour faire face à cette charge. Ou encore celui de Siegrist qui explique le stress professionnel par le déséquilibre entre les efforts réalisés par l'individu et les récompenses (dont la reconnaissance) qu'il obtient en retour. Certains auteurs évoquent la notion de « contrat psychologique » (entre l'employé et l'employeur) violé qui serait à l'origine du burn-out. Au contraire, la sécurité de l'emploi et les opportunités de carrière seraient des facteurs protecteurs à la condition qu'une promotion ne confronte pas le sujet à trop de difficultés pour lui insurmontables.

Le burn-out ou épuisement professionnel s'expliquerait donc par la rencontre d'un individu avec un environnement de travail dégradé. Sa survenue dépendrait à la fois de caractéristiques liées au travail et de caractéristiques propres à l'individu. Plusieurs auteurs ont mentionné le rôle des traits de personnalité dans l'apparition d'un burn-out. On a notamment invoqué la présence d'un

neuroticisme élevé, de difficultés à gérer le stress (« coping passif/défensif »), des tendances au perfectionnisme, une propension à l'hyperactivité et à l'addiction au travail (« workaholisme »).

Selon certains auteurs, les facteurs personnels entreraient en compte dans 40 % des causes de l'épuisement professionnel et les facteurs organisationnels dans 60 %.

Parmi ces derniers la qualité du management tient une place déterminante. Le poids de l'environnement extra-professionnel interviendrait également. Même si le terme de burn-out est intimement associé à la dimension professionnelle, il faut souligner que le phénomène a été mis en évidence dans d'autres contextes, par exemple celui des mères au foyer.

La prévention et la prise en charge thérapeutique

Les diverses stratégies de prévention du burn-out rejoignent les stratégies de prévention des risques psychosociaux. Les domaines de mise en œuvre de cette prévention sont l'organisation du travail, le management des personnes et le fonctionnement psychique des individus eux-mêmes. Ainsi, la lutte contre le « workaholisme » et le surinvestissement de l'activité professionnelle doivent faire partie intégrante de la démarche de prévention.

La prise en charge d'une personne en état de dépression d'épuisement associe éloignement du travail (malgré le risque de difficultés au retour), une thérapie médicamenteuse antidépressive et une psychothérapie de reconstruction émotionnelle et de l'estime de soi. Le recours aux antidépresseurs (notamment les ISRS) et aux anxiolytiques est souvent la solution choisie par le prescripteur alors que le burn-out ne semble être ni une dépression ni un SSPT stricto sensu. À côté de la prise en charge psychothérapique, d'autres traitements, mieux adaptés à une « forme subclinique de dépression/SSPT », devraient être développés.

À ce jour aucune pathologie mentale ne figure dans le tableau des maladies professionnelles de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie. Il en va de même dans les autres pays européens, à l'exception du Danemark qui reconnaît comme maladie professionnelle l'état de stress posttraumatique. L'inscription du burn-out au tableau des maladies professionnelles, débattue par les parlementaires français au printemps 2015, a finalement été rejetée probablement du fait de l'imprécision des contours de cette réalité. Les « dépressions d'épuisement » peuvent actuellement être reconnues comme maladies professionnelles « hors tableau » : il faut faire davantage connaître aux médecins, à leurs patients et aux partenaires sociaux les modes simples de recours devant les Comités régionaux de reconnaissance des maladies professionnelles (C2RMP). Le coût pour les entreprises de la réparation des troubles psychosociaux reconnus par les C2RMP est un facteur puissant de sollicitation pour une mise en œuvre de moyens de prévention efficaces, comme cela a été le cas pour toutes les autres maladies professionnelles et pour les accidents du travail.

LA PLACE DES ACTEURS

La diversité des acteurs

La connaissance des facteurs de protection de la santé mentale ou au contraire de fragilisation devrait être mise à la portée du grand public. Plusieurs rapports soulignent que les managers sont insuffisamment formés à la santé au travail. Dans un rapport sur le bien-être et l'efficacité au travail remis au Premier Ministre en 2010, il est clairement indiqué le rôle prépondérant du management dans ce domaine : « La santé des salariés ne s'externalise pas, c'est d'abord l'affaire des managers ». Les conclusions de plusieurs études réalisées dans des pays étrangers, dont le Québec, vont dans le même sens : « À chaque instant, par ses comportements, ses décisions, ses pratiques, le manager peut être un facteur de risque ou un facteur de protection pour la santé de ses équipes ».

Les missions d'instances comme les CHSCT (Comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail) dans le domaine de la protection de la santé des salariés doivent être réaffirmées. Le Bureau International du Travail estime que les effets négatifs du stress représentent entre 3 et 4 % du PIB des pays industrialisés. En Europe, le coût économique annuel du stress au travail dépasserait les 20 milliards d'euros. Bien que les études françaises soient rares dans ce domaine, celle de l'INRS est en accord avec les chiffres européens puisqu'elle conclut à un coût minimum 2 à 3 milliards d'euros pour le stress professionnel dans notre pays en 2007. A la lumière de ces chiffres particulièrement éloquentes, plusieurs études internationales affirment qu'il est rentable de s'intéresser à ce sujet.

Les médecins

(...)

Le rôle spécifique du médecin du travail est bien défini :

- il est le conseiller de l'employeur, des partenaires sociaux et des salariés sur les questions de santé ;
- en tant qu'expert il alerte sur les risques ayant un impact durable sur la santé et il est consulté dans le cadre des instructions pour la reconnaissance des maladies professionnelles ou à caractère professionnel.

Qu'il se situe dans un service autonome ou dans un service inter-entreprises le médecin du travail exerce en toute indépendance, soumis au secret médical. La loi du 20 juillet 2011 a renforcé la notion de droit à la santé au travail ce qui confère au médecin du travail un rôle de prévention de tout facteur d'altération de la santé des travailleurs. Une entrave à cette mission est le trop fréquent isolement du médecin du travail.

RECOMMANDATIONS

- 1) Le terme de burn-out renvoie à une réalité très délicate à définir. C'est un état de détresse psychologique lié à l'impossibilité de faire face à un facteur professionnel stressant chronique. Le terme de burn-out ne peut être actuellement un diagnostic médical. Son usage extensif conduit à confondre détresse (ou fatigue) et pathologie émotionnelle. Les situations de détresse justifient toute l'attention médicale : elles sont aussi un facteur de vulnérabilité à des états dépressifs et/ou anxieux pathologiques qui nécessiteront une thérapie ayant apporté la preuve de son efficacité.
- 2) Des actions doivent être mises en œuvre par les organismes en charge de la recherche médicale pour l'établissement de critères cliniques, l'identification des mécanismes physio et psychopathologiques et en conséquence de modalités préventives et thérapeutiques de l'épuisement professionnel.
- 3) Une priorité doit être donnée aux maladies dites de société (complications somatiques et psychiques du stress) dans les programmes de formation des étudiants en médecine et de développement professionnel continu des professionnels de santé.
- 4) Une collaboration entre médecine du travail et management de l'entreprise doit être institutionnalisée dans une démarche de prévention des pathologies mentales liées au travail.
- 5) Une structure capable de faciliter la coopération entre les ministères concernés (Travail, Santé, Recherche) serait hautement utile à l'instar de ce qui existe pour d'autres questions de santé et sécurité publique telles que toxicomanies ou sécurité routière. Au-delà de la responsabilité du ministère du travail, celle d'autres structures ministérielles doit être impliquée dans la protection de la santé psychique au travail. Il est particulièrement urgent que le Ministère de la Santé développe des campagnes d'information auprès du grand public et des professionnels de soins pour une promotion de la santé mentale.

LE BURN-OUT NE DOIT PAS FORCÉMENT ÊTRE RECONNU EN MALADIE PROFESSIONNELLE

Les maladies psychiques liées à l'épuisement du travail sont aujourd'hui très difficiles à faire reconnaître en maladie professionnelle et pèsent très lourdement sur le budget de la collectivité. Reste à savoir si cette reconnaissance est la bonne solution pour responsabiliser les entreprises.

Selon les derniers chiffres de l'Assurance-maladie, publiés mi-janvier, en 2016, 10 000 troubles psychosociaux ont été reconnus en accidents du travail et 596 seulement l'ont été comme maladies professionnelles. François Ruffin, député La France Insoumise, dans son rapport pour la Commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale avance 200 à 500 000 cas par an.

Le 1^{er} février, sa proposition de loi pour faire reconnaître comme maladie professionnelle les pathologies psychiques résultant de l'épuisement au travail (dépression, stress post-traumatique, anxiété généralisée) a été rejetée à l'Assemblée nationale.

Ruse intelligente

"Aujourd'hui, faire reconnaître les effets du burn-out en maladie professionnelle relève du parcours du combattant, explique la psychologue Marie Pezé. Le salarié doit lui-même prouver que son trouble est directement lié au travail et présenter une incapacité permanente partielle (IPP) d'au moins 25 %, un taux très important." Du coup la stratégie par défaut est de cocher la case accident du travail.

"Cette façon de faire est clairement indiquée aux médecins conseils dans une circulaire de 2011, poursuit la spécialiste. On va profiter du fait qu'un cadre éclate en sanglots devant ses troupes ou qu'une infirmière renverse son chariot de médicaments pour mettre en avant un état de stress aigu qui constitue un accident du travail. C'est une ruse intelligente."

Pour François Ruffin, ce système relève de "la triche avec la complicité des avocats, des juges, des médecins et des pouvoirs publics". "Nous avons à faire à des organisations psychopathes avec des managers qui n'ont plus de sens moral à l'intérieur de l'entreprise. Dans certaines organisations, le burn-out peut résulter de

défaillances, mais dans d'autres il s'agit clairement de stratégies de management", dénonce-t-il.

Faire payer les entreprises

"Le but objectif des entreprises est de faire du profit, il faut donc mettre en place une incitation financière pour qu'elles développent un plan de prévention du burn-out efficace sur le modèle du pollueur-payeur. Une entreprise dans laquelle il y aurait beaucoup de burn-out devrait payer plus cher", lance-t-il.

En effet, un salarié en burn-out est actuellement indemnisé par l'Assurance maladie, donc par la collectivité. Si cette pathologie était reconnue en maladie professionnelle, les patients seraient alors pris en charge par la branche "Risques professionnels" de la Sécurité sociale, quasi exclusivement financée par les employeurs.

La majorité gouvernementale, qui s'est opposée à cette reconnaissance, a lancé en novembre une mission d'information sur la santé au travail. "Si vous ne faites que taxer l'entreprise, elle va payer sans se préoccuper du problème. Le cadre juridique est un faux sujet. Il faut redonner un vrai rôle aux médecins du travail et pousser les entreprises à être responsables socialement en valorisant le capital immatériel dans leur plan comptable", a ainsi proposé Didier Baichère, député LREM et DRH de profession.

Renverser la table

Avec son réseau Souffrance & Travail, Marie Pezé met en place une prise en charge maillée avec des primo-écouterants qui vont orienter les personnes qui ne vont pas bien vers les bons interlocuteurs. À l'instar du gouvernement, elle juge aussi que la reconnaissance du burn-out en maladie professionnelle n'est pas pertinente.

"Le système de maladie professionnelle qui existe aujourd'hui n'est en rien efficace par rapport à cette maladie qui abîme littéralement le cerveau et le corps des salariés. Il faut renverser la table et trouver de nouveaux outils, car les chiffres nous les connaissons déjà. Désormais il est temps d'agir", lance-t-elle.

12 600 euros, c'est le coût du mal-être au travail par salarié et par an selon les calculs du cabinet Mozart Consulting.

Les risques psychosociaux : mieux prévenir pour mieux travailler



Le rôle des cadres dans l'amélioration de l'environnement psychosocial

Il incombe à l'employeur de mettre en œuvre un programme visant à prévenir/réduire les risques psychosociaux, de permettre aux travailleurs d'apporter leur contribution et de créer un environnement de travail psychosocial sain. En se montrant accessibles et sensibilisés et en contribuant à un environnement de travail stimulant, les cadres permettront non seulement aux travailleurs de signaler des problèmes, mais les encourageront aussi à trouver des solutions. Comprendre les difficultés des travailleurs en dehors du lieu de travail ne fait certes pas partie des responsabilités légales des employeurs à l'égard des travailleurs, mais cela contribue à favoriser un environnement de travail stimulant et crée des opportunités d'interaction sociale en dehors du lieu de travail. Les cadres moyens ont un rôle crucial à jouer à ce niveau étant donné qu'ils interagissent quotidiennement avec les travailleurs : ils doivent être encouragés

à développer leur aptitude à créer un environnement de travail psychosocial favorable.

Une bonne direction peut contribuer à réduire le stress lié au travail et les risques psychosociaux. Il est faux de penser que la capacité à diriger est une qualité innée. Comme toutes les autres compétences, la capacité à bien diriger et à gérer du personnel peut s'apprendre et se développer.

Un bon dirigeant joue un rôle de modèle dans le but d'inspirer les travailleurs et de les motiver à réaliser leur plein potentiel. Il est ouvert et disponible et comprend les atouts et les faiblesses des membres de l'équipe. Un bon dirigeant motive et encourage les membres de l'équipe à travailler à la réalisation d'objectifs communs et pour le bien de tous. Il endosse la responsabilité de leur travail. Il favorise l'esprit d'équipe, encourage ses membres et fait en sorte qu'ils donnent le meilleur d'eux-mêmes.

L'importance de la participation des travailleurs

Certes, les employeurs sont légalement contraints de veiller à l'évaluation adéquate et au contrôle des risques professionnels, mais il est essentiel que les travailleurs soient impliqués. En effet, ce sont les travailleurs et leurs représentants qui comprennent le mieux les problèmes susceptibles de survenir sur le lieu de travail. En partageant ces connaissances avec les cadres et les employeurs, ils peuvent contribuer à concevoir un planning et à mettre en œuvre des solutions.

Toutefois, la participation des travailleurs ne saurait se limiter à un simple retour d'informations du bas vers le haut. Elle nécessite un dialogue réciproque entre employeurs et main-d'œuvre, qui suppose que les deux parties :

- dialoguent ;
- écoutent chacun exposer ses préoccupations ;
- partagent des avis et des informations, et
- prennent des décisions ensemble.

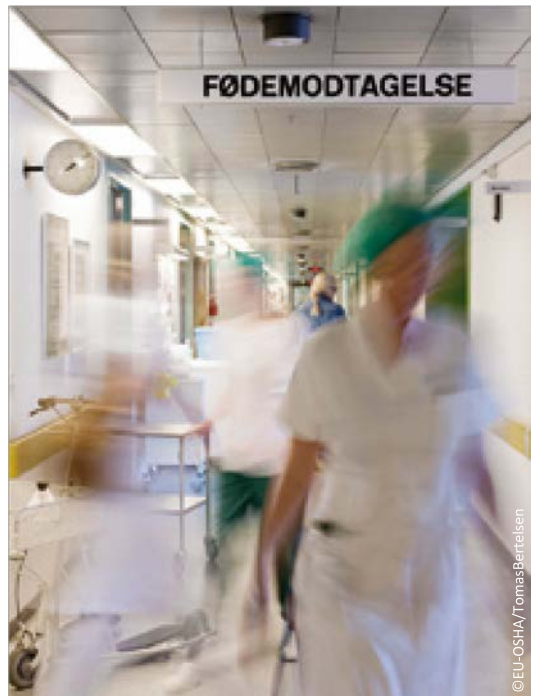
L'implication des travailleurs est particulièrement importante pour la bonne prévention du stress et des risques psychosociaux sur le lieu de travail car, en consultant les travailleurs,

Définition d'un bon environnement de travail psychosocial

Dans un bon environnement de travail, les travailleurs sont satisfaits sur le plan professionnel, ils sont motivés et stimulés à exploiter leur plein potentiel.



©EU-OSHA/MarcosOliveira



©EU-OSHA/TomasBertelsen

les cadres contribuent à créer un climat de confiance dans lequel les travailleurs se sentent à l'aise pour dénoncer les éventuels problèmes. L'implication des travailleurs dans le développement de mesures de prévention va également améliorer le moral général et garantir que les mesures mises en place sont appropriées et efficaces.

Pour l'entreprise, cela génère de bonnes performances et de faibles taux d'absentéisme et de rotation du personnel. Les facteurs clés qui contribuent à un bon environnement de travail psychosocial sont les suivants :

- les travailleurs sont bien formés et ont suffisamment de temps et

d'autonomie pour organiser et effectuer leurs tâches ;

- les tâches monotones sont minimisées ou partagées, et les travailleurs sont encouragés à assumer la responsabilité de leur travail ;
- les travailleurs comprennent exactement ce que l'on attend d'eux et reçoivent régulièrement un *feedback* constructif (qu'il soit positif ou négatif) ;
- les travailleurs sont impliqués dans la prise de décision concernant leur travail et encouragés à contribuer au développement, par exemple, de méthodes de travail et de plannings ;
- la répartition du travail, des récompenses, des promotions ou des opportunités de carrière est équitable ;
- l'environnement de travail est convivial et stimulant, des ressources supplémentaires sont mises à disposition aux heures de pointe ;
- la communication est ouverte et réciproque, et les travailleurs sont informés des développements, surtout en cas de changements organisationnels ;
- des mesures sont en place pour éviter le stress lié au travail, le harcèlement et la violence de tiers, et les travailleurs ont la sensation que les problèmes qu'ils soulèvent seront traités avec attention ;
- les travailleurs parviennent à associer efficacement vie privée et vie professionnelle.

En outre, les employeurs peuvent mettre en œuvre des mesures spontanées pour promouvoir la santé mentale des travailleurs.

Quels sont les avantages de la prévention des risques psychosociaux?

Les arguments sont irréfutables:

- pour les travailleurs : une amélioration du bien-être et de la satisfaction au travail ;
- pour les cadres: une main-d'œuvre productive, motivée et en bonne santé ;
- pour les organisations: une amélioration des performances globales, une réduction de l'absentéisme et du présentéisme, une diminution des taux d'accidents et de dommages corporels et un maintien des travailleurs dans l'entreprise ;
- pour la société: une réduction des coûts et des charges sur les individus et la société en général.

Dans un bon environnement de travail, les travailleurs sont satisfaits sur le plan professionnel, ils sont motivés et encouragés à exploiter leur plein potentiel.

DOCUMENT 6

Conseil Supérieur de la Santé
css-hgr.be
Extraits

Burnout et travail

AVIS DU CONSEIL SUPERIEUR DE LA SANTE N° 9339

In this scientific advisory report on public health policy, the Superior Health Council of Belgium provides the Belgian authorities with specific recommendations on prevention and treatment of burnout and on profile of competences for professionals.

Version validée au Collège de

Septembre 2017

Les maladies psychosociales constituent un problème de santé publique majeur, et participent à l'augmentation importante des maladies de longue durée que l'on constate actuellement. Il est donc essentiel d'avoir à leur égard des stratégies de prévention et d'intervention efficaces. Parmi ces problématiques, le burnout a la particularité de ne pas être inscrit dans les classifications et de ne pas encore avoir de critères diagnostiques officiels. Par ailleurs, il doit être appréhendé autant par le monde médical que professionnel puisqu'il est lié au contexte professionnel.

Le Conseil Supérieur de la Santé (CSS) a donc décidé d'élaborer un avis qui vise à mieux définir la notion de burnout, à donner des recommandations concernant son évaluation et sa prise en charge, et à déterminer les besoins en formation et le profil de compétences des professionnels de la santé qui vont accompagner ces travailleurs détectés comme étant en souffrance à cause de leur travail.

Le burnout est ainsi défini comme un épuisement résultant du manque (prolongé) de réciprocité entre l'investissement et ce qui est reçu en retour. Cet épuisement a un impact sur le contrôle des émotions et des cognitions, ce qui provoque aussi des changements dans les comportements et les attitudes (prise de distance), et résulte en un sentiment d'inefficacité professionnelle.

Pour la prévention du burnout, le CSS recommande d'abord de réfléchir à un changement dans le modèle de société (modèle de la performance), auquel le burnout est largement lié. Il faudrait une organisation du travail plus « soutenable », qui se recentrerait sur la qualité du travail et renforcerait la perspective du parcours de vie des individus.

La prévention (primaire, secondaire et tertiaire) du burnout passe par ailleurs principalement par des interventions au niveau de l'organisation.

Pour détecter de manière précoce les situations à risque et adapter les stratégies de prévention, le médecin du travail et le conseiller en prévention pour les aspects

psychosociaux peuvent s'appuyer sur plusieurs signaux collectifs (absentéisme, turnover etc.) et individuels (fatigue, difficultés de concentration etc.).

Les conditions de travail doivent être améliorées en agissant sur les ressources (soutien social, variété des tâches, reconnaissance, etc.) et les contraintes (charge de travail, conflits de rôle, interférences avec la vie privée, etc.) dont le déséquilibre peut mener au burnout.

En complément de ces actions visant les facteurs de risque organisationnels, les organisations peuvent aussi mettre en place des actions auprès des individus, afin de développer leurs compétences et aptitudes.

Vu l'absence de critère diagnostique officiellement reconnu, le diagnostic du burnout se fait par exclusion d'autres pathologies physiques et psychiques (notamment la dépression), sur base d'un entretien clinique (anamnèse, observation des symptômes) et, éventuellement d'instruments de mesure. Il n'existe cependant actuellement pas d'instrument validé permettant d'établir le diagnostic. La littérature a également montré qu'il n'y avait pas de biomarqueur du burnout.

Le traitement du burnout passe quant à lui le plus souvent par un arrêt de travail, dont la durée dépendra de l'état de santé du travailleur. Il comporte trois étapes : la crise, la phase d'identification des solutions, et la phase de l'application des solutions. La prise en charge, non médicamenteuse, visera, par des interventions psychothérapeutiques, la réduction des symptômes et la réinsertion professionnelle.

Le retour au travail doit quant à lui être progressif et préparé, avec une adaptation du milieu professionnel et un dispositif d'accompagnement personnalisé et transparent.

Le diagnostic et l'accompagnement doivent se faire par un ou des professionnels de la santé formés à cet effet (en-dehors du milieu professionnel), c'est-à-dire possédant une expertise clinique couplée à une connaissance du milieu du travail (clinique du travail et psychologie clinique). Les compétences de ce professionnel sont définies dans l'avis. Une collaboration étroite entre le milieu professionnel (médecine du travail, conseiller en prévention aspects psychosociaux) et les soins de santé peut être importante dès les premiers signes de souffrance et jusqu'au retour au travail, pour que l'accompagnement individuel soit associé à des changements au niveau de l'environnement de travail.

Le feedback de l'intervenant sera par ailleurs aussi important à prendre en compte pour adapter la prévention primaire dans l'organisation.

[...]

Les problèmes de santé mentale représentent actuellement l'une des plus importantes causes d'absence au travail. Ce type de pathologie, dont la fréquence s'accroît ces dernières années, entraîne souvent de longues périodes d'invalidité et un risque de rechute important. Selon l'institut national d'assurance maladie-invalidité (INAMI), les invalidités pour des troubles mentaux représentaient ainsi en 2014 35 % du total des invalidités, et expliquaient en partie l'augmentation considérable du nombre d'invalides ces dernières années (plus de 25 % d'augmentation entre 2010 et 2015). En 2016, on dénombrait encore 20.000 invalidités de longue durée de plus qu'en 2015.

Or, le stress, le harcèlement moral et le burnout ont de plus en plus d'impact sur la santé, et sont générateurs de détresses psychologiques voire de pathologies mentales (ILO, 2000). Selon l'Agence européenne pour la santé et la sécurité au travail, le stress serait par ailleurs le deuxième problème de santé le plus répandu dans le monde du travail. En Belgique, 32,7 % des travailleurs déclarent ressentir un stress lié au travail pendant la plus grande partie ou la totalité de leur temps de travail (European Working Conditions Survey 2015). D'après certains auteurs (Davies et Teasdale, 1994; Levi et Lunde-Jensen, 1996), 10 % des maladies professionnelles seraient liées au stress. L'étude Belstress a également montré que le stress serait à l'origine de 50 à 60 % de l'absentéisme. Selon l'Observatoire européen des conditions de travail, les congés de maladies de longue durée occasionnés par des troubles mentaux, y compris le stress, ont ainsi augmenté de 74 % en Allemagne entre 1995 et 2002 (Dewa et al., 2011). Dans les pays Scandinaves, les absences liées au stress ont augmenté entre 2010 et 2015 de 119 % (communication personnelle de Kristina Alexanderson à Elke Van Hoof le 05.06.20172).

Par ailleurs, le burnout résulte souvent en de l'absentéisme et du présentéisme (Wallace et al., 2009 ; Embriaco et al., 2007 ; Moors et al., 2001 ; Peterson et al., 2008). Il faut également tenir compte du risque de suicide : Trontin et al. (2009) estiment par exemple qu'il y a un suicide professionnel par jour en France.

Ces problèmes représentent donc des coûts énormes, tant en termes de souffrance humaine qu'en termes de réduction des performances économiques. Selon une enquête de l'Agence européenne pour la santé et la sécurité au travail (EU-OSHA, 2014), le stress lié au travail coûterait ainsi chaque année 25.4 milliards € dans l'Union Européenne. Le projet européen Matrix (2013) a quant à lui estimé à 617 milliards € par an le coût des dépressions liées au travail en Europe (en incluant le présentéisme et l'absentéisme, la perte de productivité, les frais de santé et les indemnités d'incapacités). Ce projet a aussi montré que chaque euro dépensé dans un programme de promotion et de prévention (améliorations de l'environnement de travail, gestion du stress et traitements psychologiques) génère un bénéfice économique net de 10,25 €. [...]

3. CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

Le burnout est une problématique d'actualité, qui concerne à la fois le domaine de la santé et le secteur professionnel, et implique de ce fait de nombreux acteurs. Différentes initiatives intéressantes ont d'ailleurs été mises en place ces dernières années. Le CSS a tenté de faire un état des lieux prenant en compte les différents aspects, c'est-à-dire la prévention primaire, secondaire et tertiaire et ce tant du point de vue de l'individu que de l'organisation. Cet état des lieux amène à faire plusieurs recommandations :

- Etant donné que le burnout est lié au modèle de société, le CSS recommande d'abord que les acteurs sociaux et les pouvoirs publics mènent une réflexion générale sur le modèle de société, et plus particulièrement sur un nouveau modèle d'organisation du travail plus « durable » et « soutenable », qui serait moins orienté vers la performance.
- Pour la prévention primaire, secondaire et tertiaire du burnout, le CSS recommande par ailleurs d'agir principalement au niveau de l'organisation.
- Pour la prévention et la détection précoce, le CSS recommande de revaloriser la fonction du médecin du travail afin qu'il puisse pleinement jouer son rôle concernant ces aspects. Il doit notamment y être mieux formé, mais aussi être plus facilement et directement accessible par les travailleurs.

- Il faut aussi prévoir qu'une aide professionnelle adéquate puisse être apportée dès les premiers signes de souffrance (stress au travail par exemple).
- Pour l'évaluation et l'accompagnement des personnes en burnout, le CSS recommande de s'assurer que les intervenants soient formés et disposent des compétences définies dans le profil de compétences. Pour cela, une certification d'« intervenant burnout » pourrait être mise en place. La formation doit aussi prévoir un système d'accréditation qui tient compte de l'activité clinique par année. Ce domaine est en effet en pleine expansion et un intervenant qui ne rencontre que peu de cas risque de ne plus pouvoir offrir les meilleurs soins disponibles.
- Par ailleurs, ces intervenants doivent être indépendants de l'employeur et des instances de contrôle, et ne devraient donc pas être issus du monde professionnel de la personne en burnout (par exemple, services de prévention).
- Pour le diagnostic, pour lequel on ne dispose pas de critères établis ni d'instrument d'évaluation validé, le CSS recommande de développer un instrument de mesure valide et fiable, avec des scores de cut-off clairs. Cet instrument devrait permettre d'une part d'estimer la prévalence du burnout dans la population et d'autre part d'identifier les cas de burnout individuels. Il serait ainsi également possible d'identifier où il est nécessaire de développer des mesures de prévention secondaires.
- En cas d'accompagnement, l'intervenant doit viser à la fois la réduction des symptômes et la réintégration au travail. Pour cela, il doit pouvoir faire des recommandations à l'organisation en terme de prévention primaire, qui devraient devenir contraignantes.
- Le CSS recommande également de prévoir un suivi des trajets de soins, afin de pouvoir évaluer leur impact sur le retour au travail.
- Au-delà de la formation des « intervenants burnout », le CSS recommande de donner plus de place aux pathologies psychosociales dans les programmes de formation et dans le développement professionnel continu des professionnels de santé.
- Certaines professions, comme les enseignants ou les infirmiers, qui sont particulièrement à risque de burnout, pourraient aussi profiter d'une attention particulière en la matière lors de leur formation.
- La sensibilisation au bien-être, à la gestion du stress, aux autres méthodes de coping, et à un mode de vie sain pourrait également se faire dès l'enfance, notamment à l'école. Des campagnes d'information sur ces sujets peuvent également être faites pour le grand public.

Le burn-out sera-t-il reconnu comme maladie professionnelle ?

(...) L'augmentation des cas de burn-out est souvent mise en relation avec les bouleversements économiques et l'apparition de nouvelles méthodes de travail, plus intenses et contraignantes. Utilisé dès les années 1970 à propos des métiers de l'aide et des soins, le burn-out s'applique aujourd'hui à toutes les professions.

Textes de loi, pétition, appels

Le législateur a pris en compte cette réalité au cours des quinze dernières années, avec la loi de modernisation sociale de 2002, l'arrêt de la Cour de cassation de 2013 puis la loi relative au dialogue social et à l'emploi de 2015. En 2008, l'Accord national interprofessionnel sur le stress, transposition en droit français de l'accord européen de 2004, avait reconnu la responsabilité possible de l'employeur dans les maux d'ordre psychologique. Fin 2014, c'est une pétition pour la reconnaissance du burn-out qui a été lancée par un cabinet de conseil, Technologia. Initiative suivie d'appels allant dans le même sens, l'un de médecins du travail et l'autre d'une trentaine de parlementaires.

Depuis, le décret du 7 juin 2016 est venu faciliter la reconnaissance d'une affection psychique en maladie professionnelle grâce au renforcement de l'expertise médicale. Il rend en effet possible le recours à un médecin psychiatre à tous les stades du processus, et simplifie aussi la procédure d'instruction.

(...)

Dans le harcèlement moral, reconnu depuis la loi de modernisation sociale de 2002, ce sont des « agissements répétés », et donc les auteurs de ces agissements, qui sont montrés du doigt. Pour l'épuisement professionnel, la responsabilité peut tenir à plusieurs sources qui se combinent : l'organisation du travail, le management de l'entreprise, la conjoncture économique, les relations interpersonnelles, voire personnelles.

Les incertitudes concernant l'origine d'un burn-out peuvent compliquer sa reconnaissance comme maladie professionnelle. En effet, le

système tel qu'il existe pour d'autres pathologies se fonde essentiellement sur des relations de cause à effet. Une maladie est considérée comme professionnelle si elle est la conséquence directe de l'exposition, plus ou moins prolongée, d'un travailleur à un risque - le plus souvent physique, chimique ou biologique - ou si elle résulte des conditions dans lesquelles celui-ci a exercé son activité professionnelle. Elle doit également figurer parmi les 98 « tableaux » du régime général de la Sécurité sociale ou les 59 du régime agricole. Ces « tableaux » constituant la liste officielle consultée par les médecins pour recommander à un patient de formuler, ou non, une demande de reconnaissance.

Ces tableaux détaillent la nuisance prise en compte, les maladies ou symptômes liés à cette nuisance et le type de tâches exposant l'individu à celle-ci. Ainsi la manipulation de charges lourdes entraînant une sciatique chez un déménageur lui donne droit automatiquement à une reconnaissance en maladie professionnelle. Quand un salarié présente une pathologie, la Caisse d'assurance maladie dont dépend le salarié examine si les conditions édictées dans le « tableau » correspondant sont respectées. Si toutes les cases sont cochées, sa pathologie est présumée d'origine professionnelle et imputable à l'employeur. Dans le cas contraire, il peut se tourner vers le système complémentaire de reconnaissance, une procédure généralement plus complexe et plus longue, car nécessitant l'avis motivé d'un Comité régional de reconnaissance des maladies professionnelles (CRRMP).

Pas de nouvelle maladie reconnue depuis 2012

Ces tableaux sont mis à jour en fonction de l'état d'avancement des connaissances médicales. Mais la reconnaissance d'une nouvelle maladie est un fait rare, la dernière remontant à 1999 pour le régime général, et à 2012 pour le régime agricole - un cancer du sang causé par les pesticides.

Pour l'instant, seules quatre pathologies psychiques ouvrent droit à une reconnaissance, hors « tableau », au titre du système complémentaire via les CRRMP. Il s'agit des états

de stress post-traumatique, des troubles dépressifs, des troubles anxieux, et des troubles de l'adaptation. 1 221 demandes ont été déposées dans ce cadre en 2015, contre seulement 551 saisines de 2003 à 2009.

Si l'épuisement professionnel ne figure pour l'instant ni dans les « tableaux » ni dans le système complémentaire, il existe cependant un recours possible pour obtenir une reconnaissance de son cas, via l'examen par l'un des CRRMP. Mais les critères, là, sont drastiques. Le salarié demandeur doit notamment prouver que son burn-out entraîne un niveau de 25 % au moins d'incapacité permanente, c'est-à-dire une situation où il serait « stabilisé dans la gravité ». Peu de dossiers, quelques dizaines par an, passent cette barre, placée très haut. La mission d'information parlementaire a d'ailleurs suggéré, parmi ses propositions, d'abaisser le seuil à 10 %, voire de le supprimer.

Une solution mauvaise sur le plan juridique

D'autres voix se font entendre qui s'opposent à l'inscription du burn-out comme 99^e maladie professionnelle - synonyme de sa reconnaissance à plus grande échelle. Dans son étude publiée en février 2016 dans La Semaine Juridique, Marlie Michaellet, avocate et enseignante à l'université Panthéon-Assas, estime cette solution mauvaise sur le plan juridique. Cette reconnaissance « risquerait de porter atteinte à l'objectif général de prévention des risques professionnels », estime-t-elle en citant le précédent de l'amiante. L'exposition à cette substance cancérigène a été reconnue comme maladie professionnelle dès 1945, sans que cela entraîne de politique préventive effective.

Par ailleurs, cette inscription aurait des conséquences budgétaires. Le burn-out entraîne actuellement des arrêts maladie classiques, pris en charge par la caisse générale de l'assurance-maladie. Les cas reconnus en maladie professionnelle sont indemnisés, eux, par la branche « accidents du travail - maladie professionnelle », financée à 97 % par les cotisations des employeurs. Ce transfert serait donc source d'un accroissement du coût du travail.

Toutefois, les cotisations de l'entreprise diminuent dès lors qu'elle obtient de bons « résultats » en matière de santé et sécurité au travail. L'inscription du burn-out comme maladie professionnelle pourrait donc inciter les entreprises à agir davantage en amont. Bien menée, la prévention permettrait d'éviter des dommages sur le plan humain et peut aussi se traduire par un bénéfice financier. Des calculs réalisés en 2015 dans le secteur du bâtiment montrent que 1 euro investi dans la prévention des risques professionnels se traduit par un gain final de 2,34 euros.

La reconnaissance du burn-out pose opportunément la question de la réparation des maux causés par le travail. Mais cette option, si elle devait être retenue, ne devrait être qu'une étape vers une prévention globale des risques. Seul le développement d'une culture de prévention plus large, telle que préconisée par le troisième plan santé travail, pour 2016-2020, permettra d'améliorer les conditions de travail et d'éviter aux salariés de connaître l'épuisement.

Donner un nom à la souffrance au travail

controverses.github.io – consulté en janvier 2020

REPARER UN MAL-ETRE

Lors de la discussion du projet de loi Rebsamen en 2015 et du projet de loi El Khomri en 2016, des amendements, soutenus par de nombreux députés, ont proposé de faire du burn-out une maladie professionnelle et de l'intégrer dans le dispositif existant de réparation des risques professionnels. La proposition n'a pas été retenue mais a continué d'être défendue par des députés, notamment socialistes, portée par Benoît Hamon jusque dans son programme présidentiel, mais aussi par d'autres partis, à l'image de Jean-Frédéric Poisson, député du Parti chrétien-démocrate. (...)

La demande de reconnaissance en maladie professionnelle est donc en quelque sorte un point de départ à la réflexion, qui pose la question de la réparation, cruciale pour les victimes de burn-out qui subissent des séquelles durables.

Maladies professionnelles et accidents du travail en France

La définition d'une maladie professionnelle est imprécise : elle est la conséquence directe de

l'exposition d'un travailleur à un risque physique, chimique, biologique, ou résulte des conditions habituelles dans lesquelles il exerce son activité professionnelle. La Sécurité Sociale a recours à un système de tableaux pour les reconnaître. Chaque tableau indique les conditions nécessaires et suffisantes pour que la maladie soit reconnue par présomption d'origine (ou d'imputabilité). Une maladie est reconnue comme maladie professionnelle lorsqu'elle est mentionnée dans un tableau et remplit les conditions indiquées. Cela permet une prise en charge intégrale des soins, la compensation du salaire en cas d'arrêt de travail, et une rente en cas d'incapacité permanente, assurées par la branche "Accidents du travail - Maladies professionnelles" (AT/MP) de la Sécurité sociale, financée à 97 % par les cotisations des employeurs. Or, aucune maladie psychique, y compris le burn-out, n'appartiennent à un tableau. L'article L.461-1 du Code de la Sécurité Sociale prévoit alors un système complémentaire de reconnaissance, et par là d'indemnisation, au cas par cas.

Le système complémentaire de reconnaissance des maladies professionnelles :

Malgré les intérêts que présentait le système des tableaux, il est apparu nécessaire d'instaurer un système complémentaire de réparation des maladies professionnelles. En effet, ce système présentait une double limite : se trouvaient exclues du régime de réparation des maladies professionnelles, d'une part, les maladies non inscrites dans l'un des tableaux et d'autre part, celles pour lesquelles toutes les conditions médico-légales définies dans le tableau n'étaient pas remplies. La loi n°93-121 du 27 janvier 1993 portant diverses mesures d'ordre social, a institué une nouvelle procédure de reconnaissance du caractère professionnel.

Cette loi crée les comités régionaux de reconnaissance des maladies professionnelles (CRRMP), aujourd'hui au nombre de 16. Un CRRMP est saisi par une caisse primaire d'assurance maladie et doit justifier d'un "lien direct et essentiel" ou non entre la pathologie présentée par la victime et son activité professionnelles, ainsi que d'une incapacité permanente partielle d'au moins 25 %. Le CRRMP est composé de trois experts : le médecin-conseil régional, le médecin inspecteur régional du travail et un professeur des universités praticiens hospitaliers. Ses décisions s'imposent aux caisses de sécurité sociale. La procédure a été de plus facilitée depuis un décret du 7 juin 2016 qui inscrit au code de la sécurité sociale que les pathologies psychiques peuvent être reconnues comme maladies d'origine professionnelle, avec l'expertise d'un médecin psychiatre dans le comité de reconnaissance.

L'accident du travail est en revanche un "accident qui survient par le fait du travail, pendant l'exercice du travail, sur le lieu de travail à toute personne, salariée ou non, qui travaille, en quelque lieu que ce soit, pour un ou plusieurs employeurs", provoquant des blessures corporelles, généralement simples à

constater, ou psychiques. De plus, c'est un événement qui s'est passé à un endroit précis et à un moment connu, alors que l'apparition de la maladie professionnelle est progressive. Ainsi, la preuve d'une relation de cause à effet entre le dommage subi et le fait qui l'a provoqué est le plus

souvent facile à apporter. La réparation est également assurée par la branche AT/MP. Le suicide pendant un arrêt maladie pour burn-out a pu être reconnu au fruit de longues procédures comme accident du travail par la CPAM. En effet, les tribunaux peuvent reconnaître la qualification d'accident du travail lorsqu'un événement soudain imputable au travail déclenche un processus psychologique maladif, comme par exemple l'annonce d'une rétrogradation.

Un cadre juridique suffisant pour la prise en charge du burn-out ?

Plusieurs recours sont possibles pour les salariés victimes de burn-out, permettant une meilleure indemnisation et une meilleure prise en charge que pour simple maladie. Les associations se font notamment le relai de ces démarches, conseillant les victimes sur la marche à suivre pour obtenir réparation (voir à titre d'exemple AFBO qui propose un guide pratique des démarches). Cependant, bien que croissant, le nombre de cas de burn-out reconnus comme maladie professionnelle reste faible (500 cas d'épuisement professionnel reconnus en 2015) et la réparation de la souffrance au travail est donc aujourd'hui davantage effective au travers d'autres affections psychiques tels que la dépression, les troubles anxieux et le stress post-traumatique, bien que la reconnaissance des pathologies psychiques reste faible dans toutes ces catégories.

Insuffisance des moyens actuels de prise en charge : « ils font tout pour nous décourager »

Michelle Mailfait, qui se bat pour la reconnaissance du suicide de son mari en accident du travail, témoigne dans un article du Monde de délais d'instructions extrêmement longs et de procédures laborieuses, un vrai "parcours du combattant" pour des personnes qui sont déjà en situation d'épuisement, et qui s'assortit de plus de faibles espoirs de réussite, que ce soit pour les demandes de reconnaissance en tant qu'accident du travail ou maladie professionnelle. En effet, la définition de maladie professionnelle demande des critères de recevabilité très complexes, et pose notamment deux difficultés à la reconnaissance du burn-out : vérifier le lien direct à l'activité professionnelle et vérifier que cela crée réellement une incapacité permanente. Ce point est très délicat puisque le burn-out est difficile à identifier par la médecine. S'il peut être relativement facile de constater un

épuisement temporaire de la personne, les conséquences à long-terme, permanentes, du syndrome sont difficilement prédictibles, il est encore moins évident que le burn-out provoque une incapacité durable. Les victimes rencontrent en effet des difficultés d'objectivation, en l'absence de mesures scientifiques des affections psychiques comme le burn-out. Il revient ainsi aux comités mentionnés de déterminer de manière subjective si le salarié "n'exagère pas". (...)

Une autre difficulté est de s'assurer qu'une situation de burn-out n'est pas causée par d'autres éléments de la vie du salarié que l'activité professionnelle, puisqu'en effet, la reconnaissance en maladie professionnelle engage la responsabilité de l'employeur. Or tous s'accordent pour dire que le burn-out est un syndrome multi-factoriel, ce qui complique la preuve d'un lien direct et essentiel à l'activité professionnelle. (...)

Apports d'une reconnaissance en tant que maladie professionnelle :

De manière pragmatique, pour ceux qui la défendent, la reconnaissance comme maladie professionnelle permettrait d'allier réparation mais aussi prévention et guérison. D'abord, les travailleurs souffrant de burn-out sont souvent mal soignés car traités, en particulier avec des soins chimiques, pour d'autres pathologies qui, elles, sont reconnues (souvent des troubles dépressifs) alors qu'il serait nécessaire de développer un modèle de traitement spécifique pour permettre un retour à l'emploi durable. Bernard Morat, médecin du travail engagé pour la reconnaissance, voit lui en la reconnaissance comme maladie professionnelle du burn-out non pas un but en soi mais "un puissant aiguillon pour mettre enfin en place une prévention efficace", ainsi qu'une réelle prise en charge des victimes, sur le modèle responsable/payeur. Il avait d'ailleurs reproché dans une lettre ouverte ("Pourquoi un débat stérile dans le débat utile sur la prévention de l'épuisement professionnel ?") à la Fédération des Intervenants en Risques Psychosociaux (FIRPS) de produire des recommandations de prévention pour les entreprises, sans se positionner explicitement sur la question de maladie professionnelle en opposant ce débat aux autres actions de prévention. Il affirme que la reconnaissance comme MP pourrait au contraire créer une obligation juridique de prévention pour les entreprises, ainsi qu'une

incitation financière à le faire et à se pencher sur la question du bien-être de ses salariés: "C'est triste à dire, mais c'est la réalité. Pour nous, médecins du travail, c'est l'argument décisif qui porte les employeurs à réfléchir aux conditions de travail qu'ils offrent à leurs salariés", d'autant plus dans le cas des petites et moyennes entreprises. L'encadrement légal, assorti de sanctions financières, serait un moteur indispensable pour que les entreprises se préoccupent des RPS. (...)

A qui attribuer la responsabilité d'un burn-out ?

La question de la responsabilité est une question qui est sous-entendue dans d'autres aspects de la controverse mais qui sous-tend elle-même d'autres points.

Pour certains acteurs, le burn-out, comme d'autres troubles mentaux, n'aurait pas d'autres responsables que la psyché de l'individu. Le docteur Jurion, psychiatre, nous a par exemple indiqué que selon elle le burn-out survenait sur des personnes ayant « une certaine tendance à la victimisation », et dans un contexte de « pathologie anxieuse ou dépressive sur des troubles de la personnalité ». Dans ces situations, selon elle « les patients trouvent plus facile d'attribuer l'étiologie de leur mal être aux conditions de travail plutôt que de se pencher sur un vrai travail d'introspection sans doute plus douloureux ». Avec cette approche, après un burn-out aucune réparation financière ne pourrait être légitime.

Cependant, ainsi que plusieurs procès l'ont montré, on a aujourd'hui des acteurs qui se mobilisent pour avoir une réparation, cherchant ainsi à attribuer la responsabilité de leur burn-out à un autre acteur.

La reconnaissance du burn-out en tant que maladie professionnelle engagerait la responsabilité de l'employeur, qui a la charge de la réparation. D'autre part, sur le plan juridique, dans les entreprises, il est compliqué de désigner un responsable individuel à un burn-out. D'une part parce que le burn-out est reconnu comme étant multi-causal, Jean-Paul Vouiller insiste notamment sur l'importance des facteurs d'ordre privé. D'autre part, la détection du burn-out est quelque chose de délicat, puisque celui-ci est le résultat d'un processus qui s'aggrave lentement et que le sujet peut être délicat à aborder avec le salarié. En effet, que ce soit pour la hiérarchie ou pour les collègues, la question de l'état de santé d'un collègue est

souvent un sujet compliqué. Le syndicaliste Jean Paul Vouiller insiste également sur le fait que le burn-out touche des individus qui sont très engagés dans leur travail, avec une volonté évidente de "bien faire". Et dans ce cas, il est encore plus difficile d'attribuer une responsabilité direct d'un burn-out à une personne extérieure. Même lui remet ainsi en cause la thèse du diabolique grand patronat.

Comme pour les suicides, Muriel Barbé notait que la responsabilité en cas de burn-out dans l'administration allait être imputée au directeur de structure ou au chef de service. Mais à nouveau, ces personnes peuvent avoir été a priori dans des situations de vulnérabilité face à une détresse qu'elles ne savaient pas gérer, quand celle-ci a été détectée. Caroline Guillotin, DRH et chef d'entreprise, note que, pour elle, donner des sanctions aux entreprises serait une erreur, notamment à cause des charges déjà trop nombreuses, qui pèsent sur l'entreprise.

Pour ces acteurs, pénaliser une entité extérieure au sein de l'entreprise n'est donc pas une solution, étant donné qu'il ne semble pas être possible d'attribuer une responsabilité à une personne en particulier. Cependant, un consensus semble se dessiner autour du facteur principal permettant d'expliquer cette engouement autour du burn-out, étendu maintenant à toutes les professions.

Le point soulevé par de nombreux acteurs que nous avons rencontrés est que le burn-out est lié aux modifications des conditions de travail. Théorisé pour le milieu particulier de l'hôpital et du travail des infirmières, de nombreux acteurs mentionnent le fait que désormais les nouvelles conditions de travail (révolution numérique, accélération des flux, nouvelle organisation du travail, etc.) et ses conséquences (porosité très importante entre la vie professionnelle et la vie privée notamment) jouent sur le bien-être au travail. Face à cela des solutions ont été suggérées : open-space, télétravail etc. Cependant ainsi que nous l'a fait signifier Gérard Sebaoun, député PS, ces solutions apportent elles-mêmes des problèmes.

Gérard Sebaoun nous a également expliqué que selon lui c'est la hiérarchie pyramidale qui repose sur les individus qui pose problème. Il parle d'une « perte de capacité » des individus à contrôler leur vie. C'est également ce qui ressortait dans le premier témoignage d'un travailleur ayant fait un

burn-out. Le travailleur insistait sur le fait que plus qu'une personne en particulier, ce qui était selon lui responsable de son burn-out c'était sa hiérarchie et une ré-organisation de son travail qui frôlait l'absurde. Un autre témoignage que nous avons reçu mentionne également la nomination de responsables hiérarchiques incompetents et se sentant peu concernés, à l'origine de son burn-out. C'est notamment sur ce point que les entreprises semblent les plus réticentes à engager le débat, défendant notamment que le burn-out n'est pas forcément dû à une organisation et des conditions de travail malsaines, mais à un surengagement de la part du salarié qui peut être associé à d'autres facteurs personnels. On note une tendance à appuyer sur les aspects psychologiques pour éloigner peut-être le spectre d'une maladie professionnelle, tandis que les associations de patients mettent davantage l'accent sur la responsabilité des entreprises et l'aspect professionnel.

La judiciarisation du syndrome d'épuisement professionnel

Porter le cas de burn-out en justice est une manière de réparer en imputant ou non des responsables.

Plus que la simple réparation, la judiciarisation croissante des risques psycho-sociaux permet également de structurer l'action des directeurs des ressources humaines ou encore l'organisation des risques psycho-sociaux.

Les syndicats et la justice pour remettre en cause l'entreprise

Selon Loïc Touranchet, avocat au cabinet Actance, les logiques d'entreprises ont évolué et montrent une contradiction. D'une part à court terme, l'entreprise obéit à des logiques de profit, et d'autre part à long terme, l'entreprise recherche une image positive et pérenne de son organisation. Ainsi, aller en justice permet aux syndicats de remettre en cause l'image de marque de l'entreprise.

Les entreprises utilisent de nouveaux moyens d'organisation dans le but d'objectiver les performances. Parmi-eux, l'open space, ou encore le benchmark et le ranking, qui font l'objet des critiques des syndicats et ont été invoqués dans des procès portant sur les risques psycho-sociaux.

Benchmark et ranking :

Le benchmark est une technique de gestion basée sur la comparaison. Il existe plusieurs types de benchmark, notamment le benchmark interne qui vise donc à comparer différents services au sein d'une entreprise. Cette méthode est également parfois utilisée pour comparer les performances individuelles des salariés.

Le ranking, comme son nom l'indique, est une méthode managériale qui sert également à évaluer les salariés. Avec le ranking, les entreprises classent les salariés en fonction de leurs performances et de leur potentiel.

Ces techniques de comparaison entre salariés, et de mise en concurrence de ceux-ci sont vivement critiquées et apparaissent comme des facteurs pouvant entraîner un burn-out. (...)

Entre droits et devoirs de l'entreprise

Les jugements sur les RPS et la souffrance au travail posent la question du rôle du juge. En effet, imputer un cas de RPS à l'organisation de l'entreprise et du travail au sein de cette entreprise peut être vu comme de l'ingérence du juge dans l'entreprise. Cela ne respecte pas le droit constitutionnel qu'est la liberté d'entreprendre. Le juge n'a pas à ingérer dans l'organisation de l'entreprise mais peut seulement la contrôler et rectifier d'éventuels écueils. D'autre part, le juge doit être le garant des droits civils des employés. Toutefois, s'il n'y a pas de fondement légal à la

décision du juge, cette décision apparaît comme une tentative d'ingérence. Ainsi, selon Loïc Touranchet, la proposition de loi pour la reconnaissance du syndrome d'épuisement professionnel (burn-out) est cruciale pour que le burn-out du salarié puisse être imputé à l'employeur.

Depuis quelques temps, on observe un changement de position de la Cour de Cassation qui était auparavant plus ouverte aux revendications salariales et syndicales. En effet, avec l'arrêt Air France du 25 novembre 2015, l'obligation de sécurité, définie par l'article L.4121-1 du code du travail, dite auparavant de résultat est devenue une obligation de sécurité de moyens. Le droit du travailleur est associé à un devoir de l'employeur vis-à-vis de l'employé, réaffirmé par jurisprudence.

Article L4121-1

L'employeur prend les mesures nécessaires pour assurer la sécurité et protéger la santé physique et mentale des travailleurs.

L'arrêt Air France pose la question de la nature de l'obligation de sécurité de l'employeur. Les articles L.4121-1 et L4121-2 détaillent les mesures qui doivent être prises pour garantir cette obligation de sécurité. Parmi elles figurent l'obligation de prévenir, celle d'informer les salariés ou encore celle d'évaluer. Jusqu'en 2015, cette obligation est dite de résultat, c'est-à-dire que dès que la santé d'un salarié est touchée, l'employeur manque à son obligation de sécurité de résultat et est donc systématiquement responsable. Les mesures mises en place par l'entreprise pour garantir l'obligation de sécurité ne sont alors pas prises en compte : c'est-à-dire qu'un bon élève en matière de prévention sera logé à la même enseigne qu'un mauvais élève si un problème similaire apparaît dans les deux entreprises. Par conséquent, cette obligation de sécurité de résultat ne favorise pas la mise en place de mesures de prévention sur les lieux de travail. Avec l'arrêt Air France, l'obligation de sécurité est corrélée à la prévention (les mesures prises par l'employeur) et non plus au résultat (c'est-à-dire à l'absence de problème de santé des travailleurs). Désormais, l'attitude des employeurs détermine leur responsabilité. C'est ce que l'on appelle l'obligation de sécurité de moyens renforcée. En plus d'alléger l'employeur, cette décision favorise la prévention : les employeurs ont désormais un intérêt à mettre en place des mesures préventives afin d'éviter tout accident.

Toutefois, l'obligation de sécurité de moyens renforcée a également un effet pervers : celui de dédouaner toute responsabilité de l'entreprise, notamment dans les cas d'épuisement professionnel. En effet, de plus en plus d'entreprises engagent des coachs de vie. Cela est alors vu comme un effort de la part de l'employeur pour garantir la santé des travailleurs et dès lors, la responsabilité de celui-ci ne peut pas être reconnue en cas d'apparition de risques psychosociaux chez certains employés. Ainsi le passage de l'obligation de sécurité de résultat à l'obligation de sécurité de moyens renforcée libère les entreprises d'un certain poids, mais est au contraire critiqué par les organisations salariales qui redoutent une sorte d'immunité accordée aux employeurs en matière de RPS.

Ainsi, si l'entreprise a mis en place des moyens pour garantir la sécurité des salariés, elle n'est pas imputable en cas d'accident du travail.

Le burn-out se situe à la frontière de l'accident du travail et de la maladie. L'accident du travail est reconnu dans le code de la sécurité sociale « quelle qu'en soit la cause ». La législation n'a pas beaucoup évolué sur les accidents du travail, à l'opposé de la jurisprudence. L'accident du travail implique un critère de soudaineté, qui paraît souvent incompatible avec les chocs psychiques.

D'autre part, le taux d'incapacité de 25 % pour qu'un trouble soit reconnu comme maladie professionnelle hors tableau paraît difficile à

franchir et par conséquent la reconnaissance en tant que maladie professionnelle de certains troubles est longue et difficile à obtenir. Une dépression correspond souvent à un taux d'incapacité entre 10 et 15 %.

Loïc Lerouge, chercheur au CNRS, parle aussi du syndrome d'épuisement professionnel dans la fonction publique. Beaucoup de fonctionnaires sont touchés (enseignants, infirmières...). Dans ce domaine, les institutions commencent à prendre l'épuisement professionnel en compte. L'avis du Conseil d'Etat du 12 décembre 2014 ouvre la voie à la reconnaissance de l'épuisement professionnel dans la fonction publique.

Le 12 décembre 2014, le Conseil d'Etat annule la décision du Tribunal Administratif de Nîmes. Celui-ci avait décidé de refuser la prise en compte d'un malaise d'un agent sur la voie publique en tant qu'accident de service et de refuser l'imputabilité de ce malaise au service concerné. Le Conseil d'Etat demande alors au préfet du Gard de reconnaître cette imputabilité.

travail-emploi.gouv.fr
(extrait)

Les orientations retenues par le groupe permanent d'orientation du COCT pour le troisième Plan Santé au Travail (PST3) 2016-2020

Le groupe gouvernance a souhaité un plan de santé au travail stratégique, souple et fédérateur, un plan qui soit l'expression et l'instrument d'une volonté politique et, autant que possible, d'une ambition partagée entre l'Etat, la sécurité sociale et les partenaires sociaux. Il s'agit donc de proposer ici des orientations de fond pour les cinq ans à venir, un PST fondé sur un souci d'appropriation des enjeux de santé par les entreprises, employeurs et salariés, et d'implication des acteurs économiques et sociaux au-delà des seuls spécialistes.

Reprenant le séquençage des échanges au sein du groupe permanent d'orientation, qui s'est réuni 5 fois de septembre à novembre 2014, ce document expose les 7 orientations thématiques retenues par le COCT en vue de l'élaboration du PST3 pour les années 2015 à 2019. Ces orientations qui font consensus s'appuient sur une analyse partagée de la situation française.

La présente répartition en orientations thématiques laisse volontairement ouverte la structuration en quelques grands chapitres à retenir pour le PST lui-même. La première d'entre elles est déterminante, fondatrice d'une nouvelle approche, résolument centrée sur la prévention, qui devra inspirer l'ensemble du PST3. La plupart des orientations comportent des enjeux tant de production que de diffusion des connaissances. Doit aussi être posée la question du périmètre du PST : au-delà de la cible principale du travail salarié, évidente, plusieurs orientations appellent une ouverture effective aux autres formes de travail que sont le travail indépendant et aussi celui dans les trois versants de la fonction publique. Cet élargissement du périmètre du PST3 devrait, au minimum, concerner l'appropriation de la culture de prévention, le développement de la prévention de la désinsertion professionnelle, la mise en œuvre de la qualité de vie au travail, et la mise en perspective des données de la santé au travail.

(...)

1. Orientation stratégique fondamentales

Faire de la prévention primaire une priorité, centrer le PST3 sur l'amplification et l'appropriation opérationnelle de la culture de prévention des risques au travail, à tous niveaux et par tous.

Analyses et enjeux

En rupture avec la logique, implicite mais dominante, selon laquelle c'est de fait la réparation qui prévaut en termes de moyens déployés ainsi que la préoccupation d'outiller juridiquement et techniquement l'ouverture et l'exacte mesure des droits à indemnisation compensatrice, la valeur ajoutée du PST3 devrait consister à impulser un processus de rééquilibrage mettant l'accent sur l'enjeu de la prévention, sur la pertinence et l'efficacité des moyens consacrés à cet enjeu.

C'est autour de ce véritable pivot que devrait se structurer le PST dans la fonction principale d'accélérateur de réorganisation de l'action publique de prévention, de réagencement du pilotage opérationnel du système d'acteurs de la santé au travail. C'est sur ces mêmes bases que devraient être construits les PRST tenant compte des réalités régionales. Cette orientation fondamentale en faveur de la prévention interagit avec les 6 autres orientations thématiques.

Issue de la directive de 1989, l'évaluation des risques, principe essentiel à toute démarche préventive, suppose une connaissance des concepts et des règles de prévention, mais toutes les PME-TPE ne disposent pas, en interne, des compétences nécessaires à cette évaluation. Elles font alors appel à des conseils extérieurs (experts, consultants...) qui n'interrogent pas toujours le terrain ; le document produit n'a alors pas la pertinence souhaitable en termes de prévention et de pédagogie ; de ce fait, le DU est perçu comme un simple document administratif réglementaire.

Objectifs stratégiques

L'orientation stratégique globale consiste à effectivement inverser l'ordre des priorités grâce à une rupture concertée, et à un renversement de perspectives. Il s'agit d'enclencher un processus de longue haleine accordant la première place à la prévention mais pas à la réparation, qui tout en restant indispensable devient seconde.

Ainsi, par exemple, la problématique des risques psychosociaux oblige-t-elle prioritairement à agir en prévention, en intervenant résolument à la source, en s'interrogeant notamment sur les facteurs organisationnels et les processus de travail, plutôt qu'à envisager de nouveau, seulement, des mécanismes d'indemnisation.

La période 2015-2019 devra initier cette nouvelle donne, cette réorientation de fond en faveur du travail, pour concourir au passage d'une politique trop tournée vers le soin et la réparation à une politique de promotion de la santé, de prévention, ce qui nécessite d'y affecter des moyens de formation et de sensibilisation et même d'éducation, ainsi que générer de la confiance... Pour mettre ces orientations en œuvre, il faut s'accorder sur la mobilisation des leviers accessibles, en commençant par ceux de l'Etat (ministère du travail) et ceux à la main des partenaires sociaux. Sur ce socle il s'agira, ensuite, de préciser la mobilisation des moyens d'autres acteurs, notamment au niveau interministériel.

Valoriser la prévention

- **Développer la connaissance des situations de travail réelles**, agir concrètement à faire reculer les risques en agissant le plus en amont possible (prévention primaire) plutôt que constater les effets de leur réalisation et réparer en indemnisant les victimes. Cette prévention à la source interroge la conception : celle des machines, des bâtiments, des produits chimiques, tout comme aussi celle des processus de travail, et la conduite des transformations ou réorganisations des entreprises. L'objectif est de faire entrer la prévention dans les prises de décisions des directions d'entreprise ou d'organisme, et dans le rôle du management.
- Inciter au développement de la prévention **en démontrant et en faisant savoir que les investissements dans la santé et la sécurité au travail**, outre qu'ils participent au bien-être des personnels, **sont effectivement rentables**.
- **Identifier les spécificités des PME/TPE** et en tenir compte dans la définition des règles et la déclinaison de messages appropriés de prévention ;

Développer la culture de l'évaluation des risques

- **Favoriser l'appropriation effective de la culture d'évaluation et de prévention** des risques par tous les acteurs (entreprises principales et sous-traitants, secteurs professionnels, approche par territoires...).
- **Développer des services d'accompagnement à l'évaluation des risques au profit des PME-TPE**. Et, en ce sens, changer et renforcer l'approche du DUER par les entreprises, d'un document de « mise en conformité réglementaire » au profit d'un document traduisant un processus piloté de prévention raisonnée et opérationnelle.
- **Donner corps au concept de « personne compétente en prévention »** comme facilitatrice de la prévention adaptée aux réalités de chaque entreprise ;

Conduire une politique globale, reliant le travail et la santé

- **Promouvoir le travail pour qu'il soit un facteur de bonne santé** en favorisant une approche globale.
- Cela doit s'entendre dans un périmètre large, couvrant le travail des salariés du secteur privé, y compris agricole, et en prenant en compte les agents des trois versants de la fonction publique ainsi que les différentes formes de travail indépendant ;
- **Agir pour que la formation tant initiale que continue intègre mieux la santé-sécurité au travail** (cf. accords de branches, politique des OPCA, CFA...) ;
- De même, agir pour faire intégrer les enjeux stratégiques de prévention de la santé dans la **formation des dirigeants** (pas seulement la formation de l'encadrement).

(...)

LA SECURITE ET LA SANTE AU TRAVAIL SONT L'AFFAIRE DE TOUS

Orientations pratiques pour les employeurs

Trois exemples de gestion des risques dans la pratique

Il existe de nombreux dangers de différentes natures sur le lieu de travail. Pour certains, la nature des risques et les mesures à adopter pour les réduire sont connues, tandis que d'autres sont plus complexes et difficiles à gérer pour l'employeur. L'évolution du marché du travail et de l'organisation du travail signifie que de nouveaux risques émergent ou que certains risques deviennent plus fréquents. Dans la présente section, nous vous donnons trois exemples de facteurs de risque présents dans tout lieu de travail et qui peuvent être difficiles à gérer. Vous trouverez ici des conseils et des outils pour la gestion de ces facteurs dans la pratique.



Figure 9. Source: EU-OSHA. Campagne «Lieux de travail sains» 2014-2015

Stress lié travail

Que signifie-t-il sur le lieu de travail ? Le stress au travail peut être lié à plusieurs facteurs :

- le contenu du travail, notamment les types de tâches, le contact avec des personnes dans le cadre du travail (par exemple les clients), l'évolution des processus, la restructuration ou l'utilisation des compétences ;
- l'intensité du travail et l'autonomie professionnelle, notamment les aspects liés à la charge de travail, au rythme de travail et au contrôle ;
- l'aménagement des horaires de travail et l'équilibre entre vie privée et vie professionnelle ;
- l'environnement social, notamment les relations interpersonnelles au travail et l'aide sociale ;
- l'insécurité professionnelle et l'évolution de carrière.

Une personne souffre de stress lorsqu'elle a l'impression qu'il existe un déséquilibre entre ce que l'on attend d'elle et sa capacité à répondre à ces attentes. Un travailleur stressé n'est clairement pas aussi productif et créatif qu'il pourrait l'être et travailler dans un état de stress pendant une longue période peut entraîner des problèmes de concentration, des erreurs et des comportements négatifs.

Le stress au travail peut avoir une incidence sur le plan psychologique, physique et social et mener à un épuisement, à la dépression, voire, dans des cas extrêmes, au suicide.

Outre les problèmes de santé mentale, les travailleurs souffrant de stress pendant une longue période peuvent connaître des problèmes de santé physique tels que des maladies cardiovasculaires ou des troubles musculo-squelettiques.

Que devez-vous faire en tant qu'employeur ?

Vous devez réfléchir aux risques psychosociaux et aux mesures qu'il convient de prendre pour y répondre dans le cadre de votre évaluation des risques en matière de santé et de sécurité.

Guettez les signes de stress lié au travail. Ceux-ci peuvent être très divers. La figure 10 donne des exemples d'indicateurs organisationnels et individuels de stress lié au travail.

Voici quelques exemples de questions à se poser lors de l'évaluation des risques et de mesures pouvant être prises pour résoudre certains des problèmes mis en lumière :

→ **« Culture »**

Y a-t-il une communication ouverte de qualité, un soutien et un respect mutuel ? Les points de vue des travailleurs et de leurs représentants sont-ils valorisés ?

→ **Exigences**

Les membres du personnel ont-ils une charge de travail trop faible ou trop élevée, possèdent-ils les capacités et les compétences nécessaires à la réalisation de leurs tâches ? Qu'en est-il de l'environnement physique (bruit, vibrations, ventilation, éclairage, etc.) et psychosocial (violence, intimidation, etc.) ?

→ **Contrôle**

Les travailleurs ont-ils suffisamment leur mot à dire à propos de la façon dont le travail est effectué ?

→ **Relations**

Quel est l'état des relations entre collègues et entre les travailleurs et le personnel d'encadrement ? Quel est l'état des relations entre le personnel d'encadrement et la direction ? Y a-t-il des signes d'intimidation ou de harcèlement ?

→ **Changements**

Les travailleurs sont-ils anxieux à propos de leur situation professionnelle ? Sont-ils désorientés par des changements sur le lieu de travail et se demandent-ils quelles en seront les implications pour eux et leurs collègues ?

→ **Tâches**

Les membres du personnel doivent-ils assumer des tâches contradictoires (exigences contradictoires) ou ambiguës (manque de clarté) ?

→ **Soutien, formation et facteurs individuels**

Les nouvelles recrues et les membres du personnel ayant changé de poste bénéficient-ils d'un accueil approprié ? Les membres du personnel bénéficient-ils d'une aide sociale ? Les différences individuelles sont-elles prises en compte ?

Il est clairement rentable de chercher à en savoir plus sur les facteurs psychosociaux, leur incidence sur les travailleurs et sur les mesures à prendre pour prévenir ou réduire les effets négatifs. Consultez l'encadré fournissant des références qui figure à la fin de cette section, en particulier le guide électronique élaboré par l'EU-OSHA, qui comporte une version

spécifique à votre pays. L'autorité chargée de la santé et de la sécurité dans votre pays pourra vous fournir d'autres guides, listes de contrôle ou outils utiles.



Figure 10. Source: EU-OSHA

Le burn-out, pathologie du stress, pathologie de civilisation

(...) Selon Pascal Chabot, "le burn-out dépasse le cadre de la pathologie de l'individu, il est pathologie de relation : relation de l'individu à la société (...) l'épuisement professionnel n'interroge pas seulement l'homme ou la société, mais leurs rapports, c'est une « pathologie de civilisation »." Donc, le burn-out, une pathologie du stress et de civilisation.

"Aujourd'hui, le burn-out est en train de devenir une véritable épidémie dans de nombreux pays du globe. Nous ne sommes pas en cause, c'est le monde et la nature du travail qui ont fondamentalement changé. L'univers professionnel - que ce soit l'entreprise, l'hôpital, l'école ou les services publics - est devenu froid, hostile et exigeant, sur le plan tant économique que psychologique. Les individus sont émotionnellement, physiquement et spirituellement épuisés," expliquent Christina Maslach et Michael P. Leiter dans leur livre "Burn-out : Le syndrome d'épuisement professionnel", avant de rajouter : "Les exigences quotidiennes liées au travail, à la famille, et à tout le reste ont fini par éroder leur énergie et leur enthousiasme. La joie de la réussite et la satisfaction d'avoir rempli ses objectifs sont de plus en plus difficiles à atteindre, et le dévouement et l'engagement professionnels sont en train de disparaître. Les gens deviennent cyniques, ils gardent leurs distances, essayant de ne pas trop s'impliquer. Ce phénomène représente un recul majeur dans la dynamique vers une vie professionnelle meilleure."

Ce que ne contredit pas Pascal Chabot, auteur de l'ouvrage "Global Burn-out" : "Le déploiement technologique n'est pas un processus spontané. Il est soutenu par une logique économique qui cherche à maximiser tous les rendements. En ces temps de crise, sa violence est grande. La concurrence mondialisée oblige à réduire les coûts, à rogner sur les effectifs. Des méthodes de management hallucinantes sont inventées. Elles assujettissent, contrôlent, pressent, créent des délateurs et cassent des solidarités. L'humain est une ressource : qu'il dégorge, lui aussi, ses meilleures énergies, sa sueur, son temps. Il est, de

toute façon, surnuméraire, et donc remplaçable. Ressurgit alors un affect très profond que tous les humanistes ont cherché à bannir, et qu'exploite pourtant le pouvoir de certains : la peur."

Donc, "qu'est-ce que burn-out, sinon une conséquence de ces régimes effrénés ? Ses symptômes de fatigue, d'anxiété, de stress ingérable, de dépersonnalisation et de sentiment d'incompétence dressent le portrait de personnes qui ont trop donné, sans recevoir ce dont elles avaient besoin ? Elles se sont souvent oubliées, sans toujours avoir le choix de faire autrement (...) Les facteurs sont également divers, même s'ils peuvent être regroupés en plusieurs catégories : l'essoufflement du perfectionnisme, l'épuisement de l'humanisme, la course à la reconnaissance, sans oublier les problèmes spécifiques qui touchent les femmes."

"Dans notre société, l'hyperactivité est survalorisée. Dès lors, les gens ne sont pas évalués sur les bons critères. On leur demande de faire mille choses à la fois, d'aller le plus vite possible, et avec les nouveaux moyens de communication, de toujours répondre dans les cinq minutes. On les surcharge de travail et d'informations -dont la plupart ne les concernent pas - à gérer. Tout en faisant fi de leur désir d'exécuter un travail de qualité," explique, de son côté, la psychologue Catherine Vasey.

Subir son travail, au lieu de s'y épanouir. Ne plus être maître de son temps. Le burn-out est un processus, et non pas un état, et ce sont nos conditions de travail actuelles qui favorisent sa multiplication. Perte de sens de la valeur travail, manque d'autonomie, de responsabilité, de reconnaissance, connexion continue avec notre labeur via les nouvelles technologies. "Des millions d'heures sont volées à la vie des gens", s'exclame ainsi Tristan Harris, ancien philosophe produit chez Google et créateur du label, "Time Well Spent", "pour faire en sorte que les technologies nous redonnent du pouvoir au lieu de nous transformer en zombies boulimiques de notifications et de flux d'infos."

Burn-out, une pathologie du stress

"Le burn-out est une pathologie du stress et plus exactement de l'hyperstress (trop de stress)," comme l'explique Patrick Légeron pour le magazine Sciences Humaines.

"Contrairement à ce que l'on pense souvent, la première cause d'un burn-out n'est pas psychologique, mais physiologique. Il est dû à un stress important et répété. Le stress est une réaction du corps, qui lui permet de se mettre en alerte le temps d'un danger. Le problème, c'est qu'aujourd'hui, l'urgence est devenue un mode de vie. Les gens sont sur le qui-vive 24 heures sur 24. Résultat : leur corps est épuisé. Et cette fatigue de fond va avoir un impact sur leur moral," explique la psychologue Catherine Vasey. Baisse de la confiance en soi, et de l'estime de soi : doutes sur ses compétences, ses qualités, dépréciation de soi-même, irritabilité. Très vite, l'épuisement émotionnel vient s'ajouter à l'épuisement physique.

Burn-out, une pathologie de civilisation

Pour Pascal Chabot, auteur du livre "Global burn-out", le burn-out est une pathologie de civilisation. "Il n'est pas seulement un trouble individuel qui affecte certaines personnes mal adaptées au système, ou trop dévouées, ou ne sachant pas (ou ne pouvant pas) mettre des limites à leur investissement professionnel. Il est aussi un trouble miroir où se reflètent certaines valeurs excessives de notre société : son culte du plus, du trop, de la performance."

Comme Pascal Chabot l'explique au magazine les Inrockuptibles : "Parce que la recherche de la productivité est le moteur principal de l'économie et parce que le rapport au temps a profondément changé. Jusqu'en 1930, l'humanité a toujours vécu en se laissant dicter son temps par son action. Quand on labourait un champ, cela prenait le temps que cela devait prendre. Depuis, le "fordisme" a renversé les choses. A chaque action, correspond un temps, une semaine ou... quelques minutes pour du travail à la chaîne. L'individu est de moins en moins maître de ce temps. On ne s'est pas assez rendu compte que la grande révolution est celle des années 1960 -1970 avec la création des horloges internes dans les machines qui en viennent à séquencer leurs tâches. Ces machines, créées individuellement pour nous faire gagner du temps, donnent l'impression, une fois mises en système, qu'elles nous forcent à courir après le temps.

Le burn-out est un appel à changer la manière de penser le travail et d'envisager la centralité du travail dans une vie. L'idée de Global burn-out est de démontrer qu'à chaque époque, on peut identifier une pathologie exprimant un désaccord avec les courants dominants qui dictent une vie possible aux humains : la guerre, la mélancolie, la neurasthénie au début du XIXe siècle, le spleen baudelairien face à la première modernité, la paranoïa entre les deux guerres... Aujourd'hui, la façon dont des personnes, qui donnent tout, sont parfois détruites par le système pose la question de son sens. Les victimes de burn-out posent les bonnes questions."

En résumé, "le burn-out dépasse le cadre de la pathologie de l'individu, il est pathologie de relation : relation de l'individu à la société. En d'autres termes, l'épuisement professionnel n'interroge pas seulement l'homme ou la société, mais leurs rapports, c'est une « pathologie de civilisation ».

Burn-out, une opportunité ?

"Il faut insister sur un trait du burn-out qui est son potentiel de métamorphose," clame Pascal Chabot : "Les corps sont intelligents. Ils en savent parfois davantage sur nos besoins que nos psychismes bridés. S'ils demandent grâce, il faut les écouter, et chercher à apprendre d'eux ce que seraient des voies plus praticables et épanouissantes. La question du sens refait alors surface avec toute la vigueur d'une requête insistante qu'on a pu étouffer. Qu'est-ce qui importe vraiment ? Où est le centre ? Quelle est la valeur de cette vie ? L'œuvre au noir du burn-out est souvent douloureuse à traverser. Mais si elle a pu engendrer ces questions, et donner le courage de les considérer sans concession, elle n'aura pas été vaine. Face à cette pathologie de la civilisation postmoderne, la prise en compte des limites de l'humain est urgente. Aucun système n'est tolérable, s'il les bafoue ou ruse avec elles pour mieux exploiter. A chaque époque, l'humanisme doit modifier ses combats. Il semble qu'aujourd'hui une tâche claire lui soit assignée : remettre les logiques économiques et techniques à leur place secondaire, afin qu'elles continuent à servir des finalités plus intéressantes, plus métaphysiques et plus tendres."