

RAISONS DE SANTE 337 – LAUSANNE

Unisanté – Centre universitaire de médecine générale et santé publique
Département Santé au travail et environnement (DSTE)

Prise en charge des personnes en burnout en Suisse : Résultats de l'étude épidémiologique auprès des professionnels de la santé

Ekaterina Plys, Muaamar Al-Gobari, André Farine, Lysiane Rochat, Olivier Talpain, Solenne Blanc, Rafaël Weissbrodt, Stéphane Saillant, Fulvia Rota, Nadia Droz, Anny Wahlen, Irina Guseva Canu

unisanté
Centre universitaire de médecine générale
et santé publique • Lausanne

Unil
UNIL | Université de Lausanne

Raisons de santé 337

Le Centre universitaire de médecine générale et santé publique Unisanté regroupe, depuis le 1er janvier 2019, les compétences de la Policlinique médicale universitaire, de l'Institut universitaire de médecine sociale et préventive, de l'Institut universitaire romand de santé au travail et de Promotion Santé Vaud. Il a pour missions :

- les prestations de la première ligne de soins (en particulier l'accès aux soins et l'orientation au sein du système de santé) ;
- les prestations en lien avec les populations vulnérables ou à besoins particuliers ;
- les interventions de promotion de la santé et de prévention (I et II) ;
- les expertises et recherches sur l'organisation et le financement des systèmes de santé ;
- les activités de recherche, d'évaluation et d'enseignement universitaire en médecine générale et communautaire, en santé publique et en santé au travail.

Dans le cadre de cette dernière mission, Unisanté publie les résultats de travaux de recherche scientifique financés par des fonds de soutien à la recherche et des mandats de service en lien avec la santé publique. Il établit à cet égard différents types de rapports, au nombre desquels ceux de **la collection « Raisons de santé »** qui s'adressent autant à la communauté scientifique qu'à un public averti, mais sans connaissances scientifiques fines des thèmes abordés. Les mandats de service sont réalisés pour le compte d'administrations fédérales ou cantonales, ou encore d'instances non gouvernementales (associations, fondations, etc.) œuvrant dans le domaine de la santé et/ou du social.

Étude financée par :

La Direction Générale de la Santé (DGS) via les fonds pour le développement de la prévention et de la promotion de la santé (rubrique budgétaire n° 8273/3636000000-801).

Citation suggérée :

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

<https://doi.org/10.16908/issn.1660-7104/337>

Remerciements :

Dre Anne-Sophie Brandt, Secrétariat d'Etat à l'économie ; Dre Muriel Brinkrolf, Fédération Suisse des Psychologues ; Dr Bastien CHIARINI, Unisanté ; Dre Melissa Dominicé Dao et Prof Idris Guessous, Hôpitaux universitaires Genève ; Dre Marie-Thérèse Giorgio, Société suisse de médecine du travail ; Dre Catherine Lazor-Blanchet, Centre hospitalier universitaire vaudois ; Dre Barbara Weil, Fédération des médecins suisses, Julia Banerjee et Marjorie François, Unisanté.

Relecture et contrôle de l'édition :

Pauline Delaby

Date d'édition :

Août 2022

Table des matières

Résumé	7
1 Introduction	8
2 Méthodes	9
2.1 Design de l'étude	9
2.2 Population d'étude	9
2.3 Données recueillies	9
2.4 Administration du questionnaire	10
2.5 Traitements de données	10
2.5.1. Traitement des données brutes et recodage des variables	10
2.5.2. Calcul des poids d'échantillonnage	11
2.6 Analyse des données	12
2.6.1 Analyse structurelle des répondants	12
2.6.2 Analyse de non-réponse partielle	12
2.6.3 Analyse sémantique des réponses aux questions ouvertes	12
2.6.4 Estimation de la prévalence de burnout	13
2.6.5 Analyse des pratiques de la prise en charge des personnes en burnout	13
2.6.6 Expertise scientifique pour l'interprétation des résultats	13
3 Résultats	15
3.1 Description de l'échantillon d'étude	15
3.2 Non-réponse partielle des participants	20
3.3 Stades du développement et symptômes principaux du burnout	25
3.4 Prévalence du burnout en Suisse	27
3.5 Description des pratiques actuelles de la prise en charge du burnout en Suisse	29
3.5.1 Repérage du burnout	29
3.5.2 Avis des professionnels sur la qualité de la prise en charge	37
3.5.3 Pratiques de la prise de charge du burnout présentées par profession	41
3.6 Comparaison des pratiques des professionnels de santé vaudois au niveau régional et national	51
4 Discussion	53
4.1 Synthèse et discussion des principaux résultats	53
4.1.1. Prévalence et symptômes du burnout	53
4.1.2. Pratiques diagnostiques et thérapeutiques	54
4.1.3. Organisation du retour au travail	58
4.1.4. Proposition d'amélioration de la prise en charge des patients	59
4.2. Validité interne	59
4.3. Validité externe	60
4.4. Valorisation des résultats	60
4.5. Limitations	61
5 Conclusion.....	62

6	Références bibliographiques.....	63
7	Annexes	66
7.1	Questionnaire pour les médecins (en français)	66
7.2	Questionnaire pour les psychologues (en français)	74
7.3	Communiqué de presse d'Unisanté	83
7.4	Comparaison entre Vaud et autres cantons	85
7.5	Annexe 4 Compte rendu de l'atelier de travail	107

Liste des tableaux

Tableau 1	Composition de l'échantillon d'étude	15
Tableau 2	Nombre et proportion des répondants qui sont confrontés à des patients en burnout et qui les prennent en charge	16
Tableau 3	Caractéristiques des participants médecins généralistes	17
Tableau 4	Caractéristiques des participants psychiatres-psychothérapeutes	18
Tableau 5	Caractéristiques des participants psychologues	19
Tableau 6	Dix signes et symptômes les plus cités chez les patients en burnout	26
Tableau 7	Sept premiers termes cités par stade de burnout	27
Tableau 8	Répondants ayant des patients en burnout professionnel et prévalence du burnout dans leur clientèle	28

Liste des figures

Figure 1	Participation à l'enquête STOBS-VD, en % (n=3 216)	20
Figure 2	Répartition des médecins généralistes selon la langue, le sexe et le degré de participation, en %	21
Figure 3	Répartition des psychiatres-psychothérapeutes selon la langue, le sexe et le degré de participation, en %	22
Figure 4	Répartition des psychologues selon la langue, le sexe et le degré de participation, en %	23
Figure 5	Répartition des médecins généralistes selon la grande région, en %	24
Figure 6	Répartition des psychiatres-psychothérapeutes selon la grande région, en %	24
Figure 7	Répartition des psychologues selon la grande région, en %	25
Figure 8	Principaux répondants ayant été confrontés à des patients en burnout professionnel et prévalence du burnout professionnel dans leur clientèle/clientèle, en %, chiffres pondérés	28
Figure 9	Catégories de travailleurs majoritairement touchés par le burnout professionnel d'après les professionnels ayant déjà été confrontés à des personnes en burnout professionnel, en %	30
Figure 10	Stade de burnout professionnel de la majorité des patients/clients par catégorie de professionnel, en %	31
Figure 11	Autres troubles, affections ou atteintes les plus considérés pour les discriminer du burnout, en %	31
Figure 12	Répartition des professionnels selon le lien qu'il font entre burnout professionnel et dépression, en %	32
Figure 13	Type d'analyse biologique ou de mesure biologique utilisé pour affiner le "diagnostic" de burnout professionnel par les professionnels, en %	33
Figure 14	Professionnels ou institutions auxquels les médecins généralistes, les psychiatres et les psychologues réfèrent leurs patients en burnout, en %	34
Figure 15	Type de traitement prescrits par les professionnels ayant pris en charge des personnes en burnout professionnel, en %	35

Figure 16	Classe de médicaments utilisés par les professionnels ayant prescrit un traitement médicamenteux dans leur prise en charge des personnes en burnout professionnel, en %	36
Figure 17	Répartition des professionnels selon l'évaluation du temps d'attente de leur prise en charge pour des patients en burnout professionnel, en %	38
Figure 18	Mesures considérées les plus pertinentes par les professionnels ayant déjà été confrontés à des personnes en burnout professionnel, en %	39
Figure 19	Types d'interactions pouvant améliorer la collaboration interdisciplinaire d'après les professionnels ayant indiqué cette mesure comme pertinente dans la prise en charge du burnout professionnel, en %	40
Figure 20	Répartition des médecins généralistes selon la grande région et le stade de burnout professionnel de la majorité des patients qui les consultent, en %	42
Figure 21	Répartition des psychiatres selon leur cadre principal d'exercice et le nombre moyen de mois que dure l'accompagnement psychologique ou la psychothérapie dans un cas de burnout professionnel, en %	45
Figure 22	Par grande région, répartition des psychologues selon leur pronostic sur la possibilité de guérison du burnout professionnel, en %	50

Résumé

Le burnout est associé à des souffrances des employés, à une diminution de productivité et à des dépenses considérables au niveau social et sanitaire. Cependant, bien que le burnout soit fréquent en Suisse et dans plusieurs pays développés, il n'existe pas de consensus sur les critères de son diagnostic, sur son traitement et sur sa prévention.

Afin d'améliorer la compréhension de ce phénomène, nous avons mené le projet « Standardisation du repérage de burnout par les professionnels de santé vaudois (STOBS-VD) ». Plus de trois milles professionnels de la santé ont répondu à notre enquête en ligne durant les mois d'avril et juillet 2021. Cela nous a permis d'estimer la prévalence du burnout dans la patientèle des professionnels de santé interrogés. L'enquête a aussi permis de préciser les principaux symptômes du burnout, de décrire les pratiques de son diagnostic et de traitement, mais également d'identifier des pistes pour améliorer la situation actuelle en terme de prise en charge du burnout. Les résultats ont révélé un manque de clarté sur la définition du burnout et de sa prise en charge chez les professionnels de santé interrogés, ainsi qu'un manque de collaboration entre les acteurs principaux dans le domaine. La fréquence de prescription des antidépresseurs et d'autres médicaments psychotropes et de l'arrêt de travail suggèrent que le burnout est généralement détecté à un stade avancé, avec une forme clinique sévère. Des différences importantes en terme de prévalence et de pratiques de prise en charge ont été également révélées au niveau cantonal et régional.

Une harmonisation des pratiques de traitement, la mise en place de mesures permettant une détection précoce du burnout, la pluridisciplinarité de la prise en charge, ainsi qu'un renforcement des interactions interdisciplinaires et une collaboration entre les professionnels de la santé et les employeurs sont proposées pour améliorer la situation. Il est également important de mieux comprendre les différences entre les cantons en terme de prévalence du burnout et de pratiques de prise en charge afin de promouvoir les pratiques de soin et de prévention les plus efficaces.

1 Introduction

Le burnout professionnel suscite une attention croissante, aussi bien chez les professionnels de la santé que dans la population générale, en Suisse et dans le monde ^{1,2}. Les travaux récents montrent qu'il existe une grande diversité dans la pratique de dépistage, de traitement et de reconnaissance du burnout professionnel en Suisse et en Europe ^{3,4}. Face à l'émergence de nouveaux dispositifs de prise en charge du burnout, les questions d'accès à la prévention et aux soins de qualité se posent. C'est pour répondre à ces questions que le projet « Standardisation du repérage de burnout par les professionnels de santé vaudois (STOBS-VD) » incluant une enquête épidémiologique a été lancé par Unisanté en collaboration avec PSY4WORK.CH, l'association suisse des psychologues du travail et des organisations et avec le soutien de la Fédération des médecins helvétiques (FMH), la Fédération suisse des psychologues (FSP), la Société suisse de médecine du travail (SSMT), la Société suisse de psychiatrie et psychothérapie (SSPP), l'Association suisse des infirmiers/ières de santé au travail (ASIST), l'Office fédéral de la santé publique (OFSP), et le Secrétariat d'Etat à l'économie (SECO).

Le projet STOBS-VD répond aux trois objectifs suivants:

- Objectiver le phénomène de l'épuisement professionnel/burnout dans le canton de Vaud en quantifiant et comparant son ampleur à celle des autres cantons de Suisse,
- Décrire la pratique actuelle de son identification et de sa prise en charge par des professionnels de santé vaudois et la comparer à celles d'autres cantons,
- Tester la faisabilité d'une standardisation de son repérage précoce en vue de sa prévention secondaire et tertiaire, via une prise en charge coordonnée au niveau vaudois.

Ce rapport décrit les activités réalisées et les principaux résultats obtenus pour répondre au deux premiers objectifs du projet.

Dans ce rapport, le genre masculin est utilisé comme genre neutre. L'emploi du genre masculin a pour but d'alléger le texte et d'en faciliter la lecture.

2 Méthodes

2.1 Design de l'étude

Nous avons appliqué le design d'une étude transversale, à visée descriptive et analytique. L'étude a été déployée sur l'ensemble du territoire suisse à l'aide d'une enquête électronique par questionnaire auto-administré.

2.2 Population d'étude

La population cible de l'enquête était l'ensemble des professionnels de la santé qui sont concernés par la prise en charge du burnout professionnel en Suisse. Plus particulièrement, nous avons ciblé les médecins pratiquant la médecine générale, la médecine interne et la médecine de famille, ainsi que les psychiatres-psychothérapeutes, les médecins du travail, ainsi que les psychologues (psychologues-psychothérapeutes, psychologues du travail et des organisations, psychologues d'autres spécialités). Les listes et les coordonnées de ces professionnels ont été obtenues grâce à la collaboration de la FMH, la FSP et PSY4WORK.CH. Ces fédérations et associations ont également partagé les données sociodémographiques des professionnels pour l'analyse de la non-réponse et pour le redressement statistique de l'échantillon d'étude pour la non-réponse. L'échantillon d'étude a été constitué des médecins et psychologues ciblés qui ont participé à l'enquête électronique.

2.3 Données recueillies

Pour collecter les données nécessaires, un questionnaire a été construit sur la base d'un premier questionnaire élaboré par Droz et Wahlen⁵ et des informations obtenues dans notre étude qualitative, décrite dans le précédent rapport^{6,7}. Le questionnaire a été divisé en quatre parties récoltant des données démographiques des participants (partie I), des données sur le repérage du burnout (partie II), des données sur la prise en charge et le traitement du burnout (partie III) et des informations sur les souhaits concernant l'amélioration de la pratique (partie IV). Les participants qui ne suivent pas de patients en situation de burnout ont été invités à quitter le questionnaire après la récolte de leurs données démographiques. Deux versions du questionnaire ont été développées séparément pour les médecins et les psychologues. La version des psychologues comprenait trois questions supplémentaires sur les facteurs liés aux dispositions individuelles, au contexte personnel et social ainsi qu'aux conditions de travail et à l'activité professionnelle. Ces questions n'ont pas été posées aux médecins dans le but d'améliorer leur taux de réponse complète. L'enquête devant se dérouler en pleine campagne vaccinale anti-COVID, cette contrainte supplémentaire sur les médecins devait être prise en compte. Une version française du questionnaire a d'abord été élaborée (Annexes 7.1 et 7.2). Cette version a été examinée, testée puis validée par le comité scientifique du projet. Elle a été également présentée au comité

consultatif du projet. Des versions italienne et allemande du questionnaire ont été ensuite élaborées et testées par des membres du comité scientifique du projet et par des collaborateurs et collaboratrices d'Unisanté de langue italienne et allemande. De plus, la participation des professionnels a été encouragée et soutenue par plusieurs organisations et associations professionnelles aux niveaux fédéral et cantonal, notamment le Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV), les Hôpitaux universitaires de Genève (HUG), le Centre Neuchâtelois de Psychiatrie (CNP), la FMH, la FSP, la Société suisse de médecine du travail, la SSPP, l'ASIST, l'OFSP et le SECO et plusieurs associations des médecins au niveau cantonal, notamment dans les cantons d'Appenzell, Argovie, Bern, Genève, Glaris, Grisons, Jura, Lucerne, Neuchâtel, Saint Gall, Schaffhouse, Schwyz, Soleure, Tessin, Thurgovie, Uri, Valais Vaud, Zurich, Zoug.

2.4 Administration du questionnaire

S'agissant d'une enquête électronique avec une collecte des données en ligne, une version électronique trilingue du questionnaire (eQuestionnaire) a été créée à l'aide du logiciel RedCap et rendue accessible sur internet via une adresse web ainsi qu'un QR code. Les fédérations et associations professionnelles ont assuré la diffusion de cette adresse web et du QR code à leurs membres. L'adresse web du eQuestionnaire a également été diffusée via un communiqué de presse d'Unisanté (Annexe 7.3) et une page web dédiée à l'étude sur le site internet d'Unisanté. De plus, un article et un reportage ont été diffusés en collaboration avec des journalistes de la haute école de santé La Source et de la Radio Télévision Suisse (RTS) avec un message promouvant la participation à l'enquête. Deux courriers électroniques de rappel ont été adressés à leurs membres par les associations professionnelles. De plus, un courrier postal de rappel a été envoyé aux médecins répertoriés par la FMH dans leur langue (français, allemand ou italien). S'agissant d'une participation volontaire et anonyme, les données collectées via RedCap étaient envoyées automatiquement vers un serveur sécurisé d'Unisanté. Ces données ne contenaient aucune donnée personnelle nominative ou identifiant. De ce fait, cette étude était conforme à la Déclaration d'Helsinki (8). Le protocole de l'étude a été soumis à la Commission cantonale d'éthique de la recherche sur l'être humain du canton de Vaud (CER-VD). La CER-VD a jugé que cette étude n'entraînait pas dans le champ d'application de la Loi fédérale relative à la recherche sur l'être humain (LRH) et a confirmé une exemption d'examen par la Commission d'éthique (BASEC-Nr. Req-2021-01156).

2.5 Traitements de données

2.5.1. Traitement des données brutes et recodage des variables

Afin de disposer d'une base de données prête pour l'analyse des résultats de l'enquête, les données brutes ont subi un certain nombre de traitements.

D'abord, nous avons procédé à une recodification des valeurs manquantes. Il s'agissait de distinguer deux types de valeurs manquantes : celles qui provenaient du fait que la personne n'avait

pas répondu à la question qui lui était destinée et celles qui signalaient que la question n'était pas destinée à la personne. Deux nouvelles catégories de valeurs manquantes ont donc été définies, à savoir : a = "Pas de réponse" et b = "Ne s'applique pas".

Sur la base du texte indiqué dans la question sur la profession, notamment lorsque la modalité «Autre » a été choisie par la personne, trois nouvelles modalités de profession ont été définies pour leur classement (4 "Autre profession médicale", 5 "Autre profession non médicale" et 6 "En formation"). Grâce au texte précisant la modalité Autre, certains professionnels ont pu être reclassés dans la catégorie 2 "Psychologue".

Ensuite, nous avons procédé à la correction de la variable « Durée d'activité » là où, au lieu d'un nombre d'années d'exercice professionnel, la personne avait indiqué l'année du début de l'activité.

Une nouvelle variable de régionalisation a été créée, à savoir : Les "Grandes régions" avec 7 modalités. Il s'agit de :

1. Région lémanique (VD, VS, GE)
2. Espace Mittelland (BE, FR, SO, NE, JU)
3. Suisse du nord-ouest (BS, BL, AG)
4. Zurich (ZH)
5. Suisse orientale (GL, SH, AR, AI, SG, GR, TG)
6. Suisse centrale (LU, UR, SZ, OW, NW, ZG)
7. Tessin (TI)

D'autres variables ont été créées, soit pour transformer des variables continues en classes (exemple : nombre d'années d'exercice), soit pour réduire le nombre de modalités (exemple : durée d'accompagnement psychologique/psychothérapie en situation de burnout, soit pour disposer d'une valeur numérique à la place d'une classe (exemple : âge moyen calculé sur la base des centres de classes d'âge).

2.5.2. Calcul des poids d'échantillonnage

Les problèmes de représentativité et les faibles taux de réponse sont courants dans les études épidémiologiques, surtout lorsque la population cible comprend des professionnels de la santé qui ont généralement peu de "temps libre" pour s'adonner à des activités extra-cliniques telles que répondre à un questionnaire. La sous- ou surreprésentation d'un groupe professionnel particulier ou de ses attributs sociodémographiques [par exemple, homme ou femme, profession (médecins ou psychologues), la région linguistique ou la langue parlée] sont des facteurs qui peuvent être liés aux non-réponses totales d'un questionnaire. Ce déséquilibre entre l'échantillon et la population cible influence souvent les estimations de la variable d'intérêt. Cela produit un biais dit de non-réponse (un type de biais de sélection) qui est défini par le produit de l'inverse du taux de réponse et de la covariance entre la probabilité de réponse et la variable d'intérêt ⁸.

Pour corriger les estimations liées au biais de non-réponse ou la probabilité inégale de sélection de l'échantillon, nous avons appliqué une procédure de pondération des données en deux étapes en utilisant la méthode de calage à la marge ⁹. Dans la première étape, des poids de base ont été calculés pour chaque individu. Dans la deuxième étape, des facteurs d'ajustement (profession, âge, sexe, langue) ont été appliqués pour corriger la non-participation des sujets ciblés par notre enquête.

2.6 Analyse des données

2.6.1 Analyse structurelle des répondants

Une première analyse porte sur les informations récoltées au sujet des principales variables sociodémographiques telles que la langue de correspondance, le sexe, l'âge et la principale région d'exercice (partie I du questionnaire). D'autres informations de type structurel telles que la profession, la spécialité/spécialisation ou le lieu principal de travail font également l'objet d'une analyse de type descriptif.

2.6.2 Analyse de non-réponse partielle

L'analyse de la non-réponse partielle porte sur l'échantillon complet de personnes ayant commencé à répondre à l'enquête et permet d'identifier ceux qui ont abandonné le questionnaire en cours de route et à quel endroit du questionnaire cet abandon a eu lieu. La comparaison de la structure démographique des répondants avant et après abandon nous renseigne sur l'importance des biais dus à la non-réponse partielle.

2.6.3 Analyse sémantique des réponses aux questions ouvertes

Selon les résultats de l'étude qualitative ⁶ réalisée par notre équipe ainsi que la théorie des stades cliniques d'une maladie ¹⁰, nous avons demandé aux répondants par une série de questions ouvertes de définir les trois stades de burnout (précoce, modéré et sévère).

Nous avons également posé dans le eQuestionnaire la question suivante « Quels signes ou symptômes les plus fréquents vous font penser à un burnout professionnel chez la personne ? ». Pour analyser ces réponses textuelles, les textes en français, allemand ou italien ont été traduits en anglais à l'aide d'un outil de traduction automatique (DeepL Pro sous licence). Ensuite, les traductions ont été vérifiées en retraduisant les réponses de l'anglais en leur langue d'origine. Ce travail a été effectué par une psychologue de langue maternelle anglaise qui maîtrise également les trois langues nationales suisses.

Les réponses traduites en anglais puis vérifiées ont constitué le corpus de données qui ont fait l'objet d'une analyse sémantique. Cette analyse a été mise en œuvre à l'aide du logiciel MAXQDA Analytics Pro ¹¹. Les résultats de cette analyse ont été présentés de deux manières : a) tabulaire (en rapportant la fréquence des mots ¹² sous forme de listes) et b) visuelle (sous forme de nuage de mots).

2.6.4 Estimation de la prévalence de burnout

La prévalence est définie dans notre étude par le nombre de patients/clients en burnout qui ont consulté dans le dernier mois, divisé par le nombre total de consultations dans le même mois chez les professionnels de la santé qui ont répondu à notre enquête. Il s'agit donc de la prévalence de burnout dans la patientèle/clientèle des professionnels de santé cernés par cette enquête. Pour tenir compte du biais de non-réponse, la prévalence estimée a été calibrée en utilisant la méthode de calage sur marge précitée dans le but de produire un estimateur non-biaisé. Nous avons calibré la prévalence estimée en utilisant les données de la population cible dont nous connaissons les données démographiques telles que la profession, l'âge, le sexe et la langue. Nous avons obtenu ces statistiques de la FMH et de la FSP.

2.6.5 Analyse des pratiques de la prise en charge des personnes en burnout

Les données de l'enquête ont été analysées en deux étapes principales. Dans la première étape, il s'agissait de décrire, pour l'ensemble des professionnels, les principaux résultats au sujet du repérage, de l'identification et du traitement du burnout, ainsi que les souhaits concernant l'amélioration de la pratique. A ce stade, des thèmes tels que « Catégories de travailleurs majoritairement touchés par le burnout professionnel », « Méthodes utilisées pour faire le diagnostic différentiel du burnout professionnel », « Type de traitement de prise en charge du burnout professionnel », « Mesures de prise en charge du burnout professionnel considérées les plus pertinentes » ou encore « Types d'interactions pouvant améliorer la collaboration en matière de burnout professionnel » ont été abordés. Dans une deuxième étape, une analyse plus détaillée pour chacune des trois principales catégories professionnelles concernées par le burnout professionnel (les médecins pratiquant la médecine générale/interne/de famille, les psychiatres-psychothérapeutes et les psychologues) a été réalisée.

Des analyses dites descriptives ont été faites pour chacune des variables quantitatives ou catégorielles de l'enquête. Ces analyses, présentées sous forme de fréquences (pourcentages) ou de moyennes de distribution, ont été produites sur la base des données pondérées. Deuxièmement, des analyses bi-variées ont été réalisées pour tester les liens de dépendance ou d'association statistique entre les variables d'intérêt. Le test du Khi-deux de Pearson a été utilisé pour croiser deux variables catégorielles. Le t-test a été utilisé pour deux variables dont une variable est qualitative et l'autre quantitative pour comparer la moyenne de cette dernière. Le résultat du test a été considéré statistiquement significatif si la valeur de p était inférieure à 5% ($p < 0,05$). Ces tests ont été effectués sur les données non-pondérées. Les données de l'enquête ont été pondérées et ont été analysées à l'aide des logiciels Stata (version 16), Excel 2016 et R (version 4.1.1) via l'interface Rstudio.

2.6.6 Expertise scientifique pour l'interprétation des résultats

Nous avons organisé un atelier de travail avec le comité scientifique du projet STOBS-VD pour présenter et discuter les résultats obtenus lors de cette enquête. L'événement s'est déroulé en ligne le 18 janvier 2022. Les participants ont eu l'opportunité d'examiner et d'interpréter les résultats en amont et de décider, pendant la séance, quelles recommandations de pratiques

pourraient être préconisées. Une autre séance pourrait avoir lieu prochainement en lien avec cette initiative, qui sera approfondie dans la 3ème étape du projet STOBS-VD.

3 Résultats

3.1 Description de l'échantillon d'étude

Au total, 3 216 professionnels ont participé en répondant au eQuestionnaire (Tableau 1). La majorité des participants étaient médecins (n = 1 723). Parmi eux, 874 étaient médecins généralistes, 657 étaient psychiatres-psychothérapeutes, 39 étaient médecins du travail et 48 médecins qui avaient une double spécialité. Parmi ces-derniers, 20 exerçaient la médecine générale et la médecine du travail, 24 exerçaient la médecine générale et la psychiatrie et quatre psychiatrie et médecine du travail. Notre échantillon comportait également des psychologues (n = 1 326), des infirmiers-ères de santé au travail (n = 39) et des professionnels d'autres spécialités (n = 128). Le taux moyen de réponse toutes professions confondues s'élève à 19% (Tableau 1). En considérant chaque profession séparément, les infirmiers-ères de santé au travail avait le taux de réponse le plus élevés (40%), le taux de réponse global étant de 19%.

Tableau 1 Composition de l'échantillon d'étude

Profession	Population cible	Echantillon	Distribution en %	Taux de réponse en %
Médecins	10 272	1 723	54	17
Généralistes	7 227	874	-	12
Psychiatres	2 968	657	-	22
Médecins du travail	-	39	-	-
Médecins qui ont une double spécialité	-	48	-	-
Psychologues	6 514	1 326	41	20
Infirmiers-ères de santé au travail	97	39	1	40
Autre et inconnu	-	128	4	-
Total	16 883	3 216	100	19

Comme cette étude vise à décrire la pratique d'identification et de prise en charge du burnout selon la profession, seules les professionnels qui prennent en charge leurs patients souffrant de ce syndrome ont été inclus. Etant donné que très peu de médecins de travail et d'infirmiers-ères de santé au travail prennent en charge leur patients en burnout (voir Tableau 2 pour les détails), ces spécialités n'étaient pas considérées dans les analyses approfondies. Puisque la répartition du temps d'exercice par spécialité n'était pas renseignée pour des médecins ayant une double spécialité, ces spécialistes ont été exclus de l'analyse approfondi par spécialité afin d'éviter des erreurs de classement.

Tableau 2 Nombre et proportion des répondants qui sont confrontés à des patients en burnout et qui les prennent en charge

Profession	Confrontés à des patients en burnout		Prendent en charge leur patients en burnout	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Médecins	1 412	100	713	100
Médecine interne générale/Médecine de famille	726	51	333	47
Psychiatrie et psychothérapie	543	38	339	48
Médecine du travail	30	2	3	0
Médecine générale et médecine du travail	16	1	8	1
Médecine générale et psychiatrie	21	1	13	2
Psychiatrie et médecine du travail	2	0	1	0
Psychologues	984	100	404	100
Psychologie clinique	93	10	34	8
Psychologie du travail	56	6	19	5
Psychologie cognitive	15	2	3	1
Psychologie sociale	4	0	1	0
Psychologie-psychothérapie	702	74	334	83
Infirmiers-ères de santé au travail	36	100	2	100

Parmi les médecins qui ont participé à notre enquête, 874 (50%) étaient spécialistes de médecine générale/médecine interne/médecine de famille (ci-après les médecins généralistes). Parmi eux, 47% étaient de langue française, 49,7% de langue allemande et 3,3% de langue italienne. L'âge moyen de ces médecins était de 52 ans et 50,6% étaient des femmes. En moyenne, le nombre d'années de pratique était de 17 ans. La majorité des médecins déclare travailler dans un cabinet privé (82,7%). La quasi-totalité (98%) des médecins généralistes ont déclaré avoir ou avoir eu des patients en burnout. D'après les nombres rapportés dans l'enquête de patients en burnout et de patients qui ont consulté leur médecin au cours du dernier mois, la prévalence estimée était d'environ 5% dans leur patientèle. 34,6% des médecins généralistes qui ont répondu au questionnaire exercent dans la région lémanique.

Tableau 3 Caractéristiques des participants médecins généralistes

Variables sociodémographiques	n	%
Total	874	100,0
Langue de correspondance		
Français	411	47,0
Allemand	434	49,7
Italien	29	3,3
Sexe		
Homme	432	49,4
Femme	442	50,6
Âge moyen (en années)	52	
Grande région		
Région lémanique (VD, VS, GE)	302	34,6
Espace Mittelland (BE, FR, SO, NE, JU)	192	22,0
Suisse du nord-ouest (BS, BL, AG)	109	12,5
Zurich (ZH)	84	9,6
Suisse orientale (GL, SH, AR, AI, SG, GR, TG)	101	11,6
Suisse centrale (LU, UR, SZ, OW, NW, ZG)	54	6,2
Tessin (TI)	32	3,7
Lieu principal de travail		
Cabinet privé	723	82,7
Clinique ou centre de soins privé	54	6,2
Hôpital ou policlinique publique	57	6,5
Entreprise publique	6	0,7
Entreprise privée	15	1,7
Autre	17	1,9

Parmi les médecins, le nombre de psychiatres-psychothérapeutes ayant participé à l'enquête se monte à 657. Parmi eux, 46,7% sont de langue française, 50,7% de langue allemande et 2,6% de langue italienne (Tableau 3). 34,6% des psychiatres-psychothérapeutes de l'échantillon sont dans la tranche d'âge entre 50 et 59 ans, 30% ont moins de 50 ans, alors que 35,5% ont 60 ans ou plus. Ils sont 38,8% à exercer depuis moins de 15 ans, 27,7% exercent depuis 25 ans ou plus, et les 32,1% restant exercent depuis 15 à 24 ans.

On estime à 80,5% la part de psychiatres-psychothérapeutes exerçant leur activité principalement dans le secteur privé, soit 74,7% dans un cabinet privé et 5,7% dans une clinique, un centre de soins privé ou dans une autre entreprise privée. La part de psychiatres-psychothérapeutes actifs principalement dans le secteur public est de 18,9%, soit 17,5% dans un hôpital ou une policlinique publique et 1,4% dans une autre entreprise publique.

Tableau 4 Caractéristiques des participants psychiatres-psychothérapeutes

Variables sociodémographiques	n	%
Total	657	100.0
Langue de correspondance		
Français	307	46.7
Allemand	333	50.7
Italien	17	2.6
Sexe		
Homme	286	43.5
Femme	371	56.5
Grande région		
Région lémanique (VD, VS, GE)	264	40.2
Espace Mittelland (BE, FR, SO, NE, JU)	102	15.5
Suisse du nord-ouest (BS, BL, AG)	85	12.9
Zurich (ZH)	93	14.2
Suisse orientale (GL, SH, AR, AI, SG, GR, TG)	64	9.7
Suisse centrale (LU, UR, SZ, OW, NW, ZG)	26	4.0
Tessin (TI)	18	2.7
Région inconnue	5	0.8
Lieu principal de travail		
Cabinet privé	496	75.5
Clinique ou centre de soins privé	28	4.3
Hôpital ou policlinique publique	115	17.5
Entreprise publique	7	1.1
Entreprise privée	6	0.9
Autre	4	0.6
Pas de réponse	1	0.2

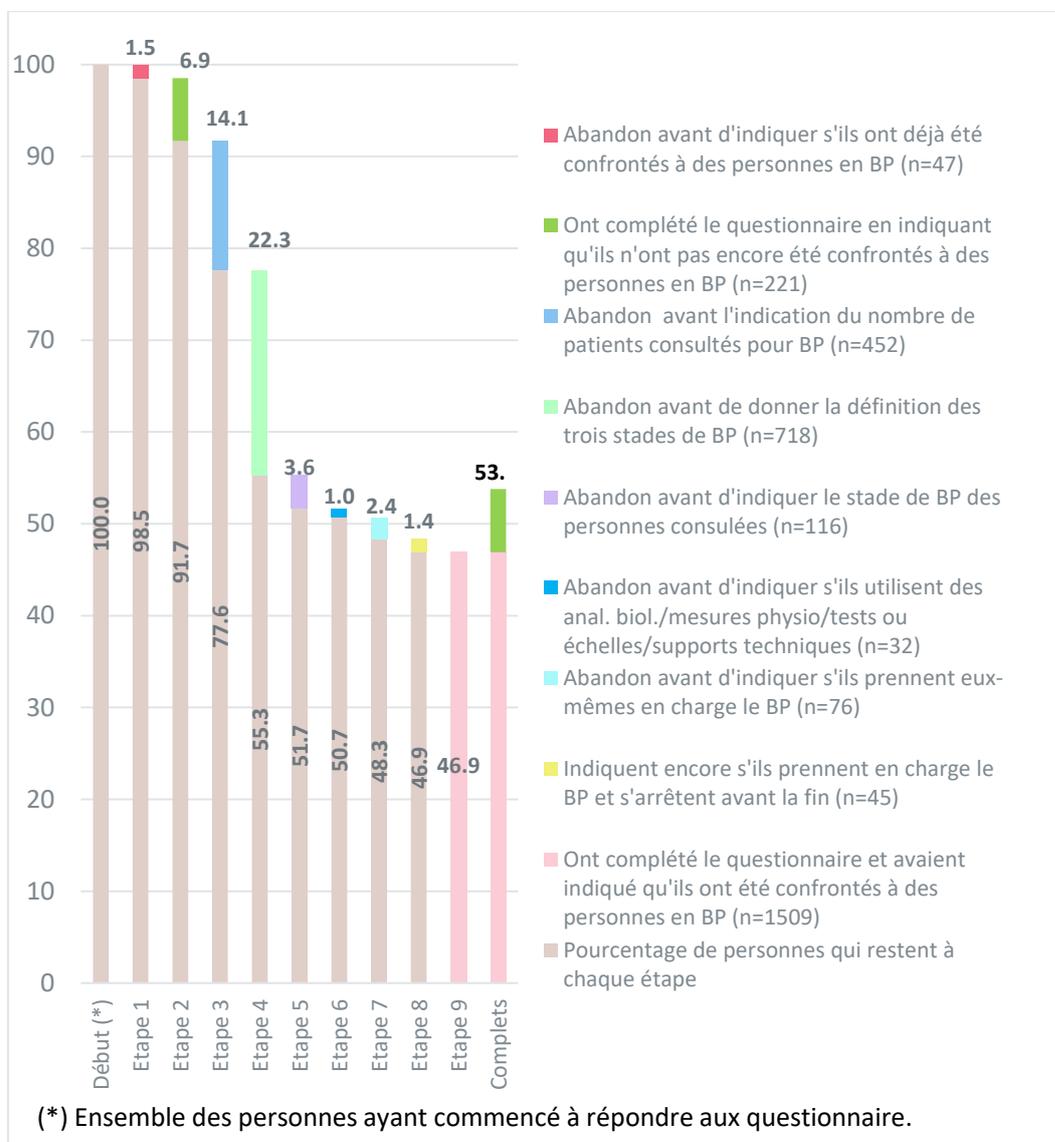
Le nombre de psychologues ayant participé à l'enquête se monte à 1 326. Parmi eux, on compte 35,6 % de psychologues de langue française, 61,2% de langue allemande et 3.1% de langue italienne (Tableau 4). L'âge moyen des psychologues est de 49 ans et 83,5% sont des femmes. En moyenne, le nombre d'années de pratique est de 15 ans et un peu plus de la moitié (57%) des psychologues répondants travaillent dans un cabinet privé. Outre le cabinet privé, les principaux lieux de travail sont des hôpitaux ou des policlinique publiques (13,5%), des cliniques ou des centres de soins privés (9,4%), ou des entreprises publiques et privées, des assurances et autres lieux (19,1%). Parmi les psychologues, 71,3% étaient des psychologues-psychothérapeutes, 10,7% des psychologues cliniciens et 5,9% des psychologues du travail et/ou des organisations. D'autres spécialisations représentaient 12% des répondants de cette catégorie.

Tableau 5 Caractéristiques des participants psychologues

Variables sociodémographiques	n	%
Total	1 326	100.0
Langue de correspondance		
Français	473	35.6
Allemand	812	61.2
Italien	41	3.1
Sexe		
Homme	218	16.5
Femme	1 107	83.5
Âge moyen (en années)	49	
Spécialisation		
Psychologie clinique	141	10.6
Psychologie du travail et/ou des organisations	78	5.9
Psychologie cognitive	28	2.1
Psychologie sociale	7	0.5
Psychologue-psychothérapeute	937	70.6
Autre	124	9.4
Pas de réponse	11	0.8
Grande région		
Région lémanique (VD, VS, GE)	361	27.2
Espace Mittelland (BE, FR, SO, NE, JU)	310	23.3
Suisse du nord-ouest (BS, BL, AG)	181	13.7
Zurich (ZH)	261	19.7
Suisse orientale (GL, SH, AR, AI, SG, GR, TG)	85	6.4
Suisse centrale (LU, UR, SZ, OW, NW, ZG)	82	6.2
Tessin (TI)	42	3.2
Région inconnue	4	0.3
Lieu principal de travail		
Cabinet privé	766	57.8
Clinique ou centre de soins privé	122	9.2
Hôpital ou policlinique publique	183	13.8
Entreprise publique	85	6.3
Entreprise privée	56	4.2
Autre	109	8.2
Pas de réponse	5	0.4

3.2 Non-réponse partielle des participants

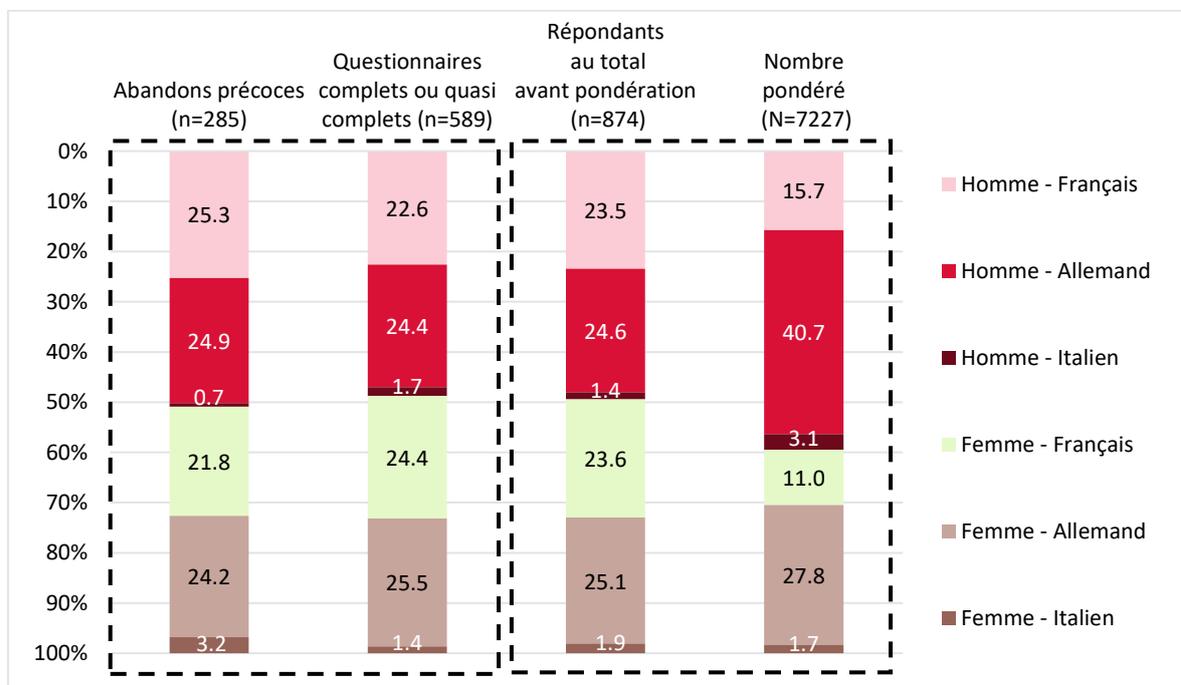
Figure 1 Participation à l'enquête STOBS-VD, en % (n=3 216)



Cette analyse porte sur l'échantillon de 3 216 personnes ayant commencé à répondre à l'enquête STOBS-VD. La Figure 1 nous permet de visualiser pour les répondants ayant abandonné le questionnaire en cours de route, à quel endroit du questionnaire cet abandon a été observé. Ainsi, en ce qui concerne les abandons les plus précoces, 1,5% des répondants (soit 47 personnes) ont abandonné le questionnaire avant d'indiquer s'ils avaient déjà été confrontés à des personnes en burnout professionnel, 14,1% (soit 452 participants) l'ont abandonné juste avant d'indiquer le nombre de patients qui les ont consultés au cours du dernier mois et qui étaient en burnout professionnel, 22,3% (718 participants) juste avant de donner la définition des trois stades de burnout professionnel et 3,6% (116 participants) ont abandonné le questionnaire avant d'indiquer

le stade de burnout professionnel des personnes consultées. Des abandons plus tardifs ont été observés, soit avant d'avoir indiqué s'ils utilisent des moyens tels que des analyses biologiques, des mesures physiologiques, des tests, des échelles ou d'autres supports techniques pour affiner ou poser leur « diagnostic » de burnout professionnel (32 participants soit 1%), soit avant d'avoir indiqué s'ils prennent en charge eux-mêmes le burnout professionnel (76 participants soit 2,4%), soit après l'avoir indiqué (45 participants soit 1,4%). Finalement, le pourcentage de participants ayant complété le questionnaire (comprenant des professionnels qui ont été confrontés au burnout professionnel mais également des professionnels qui n'ont pas été confrontés au burnout professionnel) est de 53,8% (1 730 participants, dont 1 509 ont déjà été confrontés au burnout professionnel et 221 n'y ont pas été confrontés).

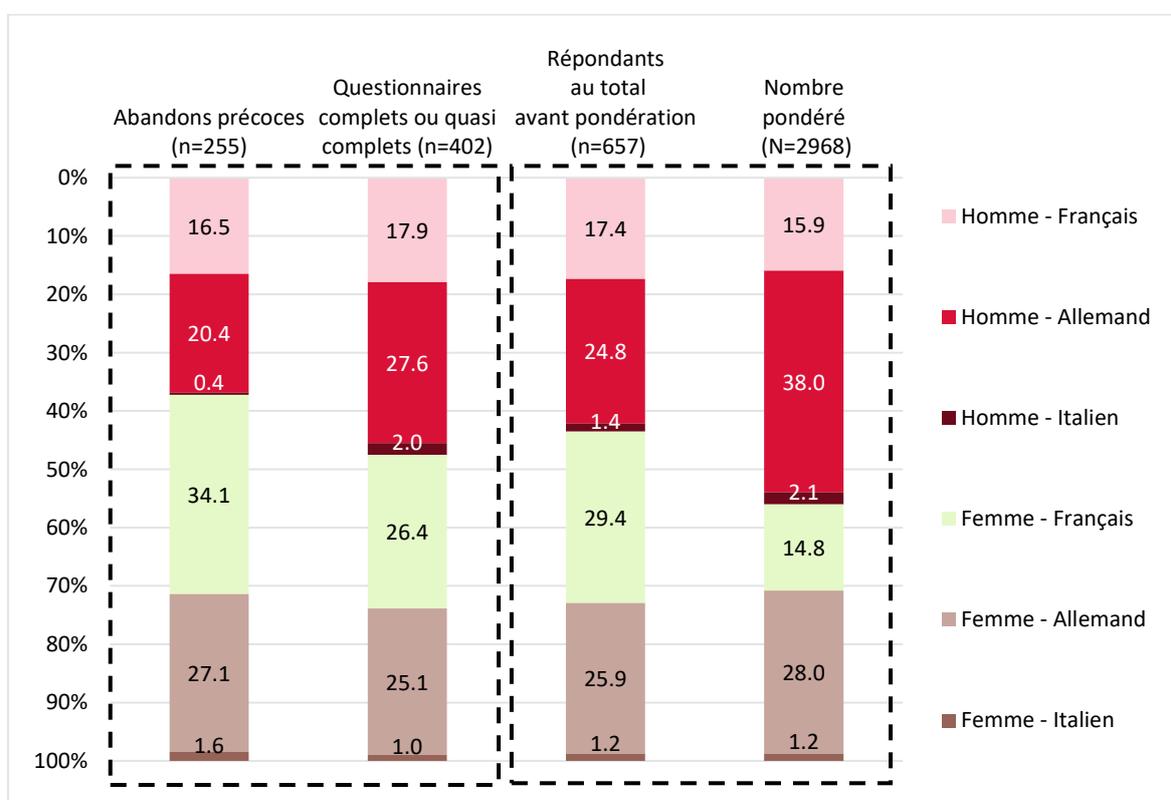
Figure 2 Répartition des médecins généralistes selon la langue, le sexe et le degré de participation, en %



À ce stade, il s'agit de mesurer l'impact de la non-réponse partielle sur les résultats de l'enquête. Les Figures 2, 3 et 4 présentent, dans la partie gauche, la différence structurelle des personnes ayant complété ou quasi complété le questionnaire par rapport à celles qui ont abandonné précocement le questionnaire. On constate chez les médecins généralistes (Figure 2) une faible différence structurelle entre ceux qui ont complété ou quasi complété le questionnaire et ceux qui ont abandonné précocement le questionnaire. Chez les psychiatres-psychothérapeutes (Figure 3) la proportion de femmes est plus élevée chez les personnes qui ont abandonné précocement le questionnaire que chez les personnes qui l'ont complété ou quasi complété (62,7% contre 52,5%), alors que chez les psychologues (Figure 4) c'est la proportion de femmes de langue allemande qui

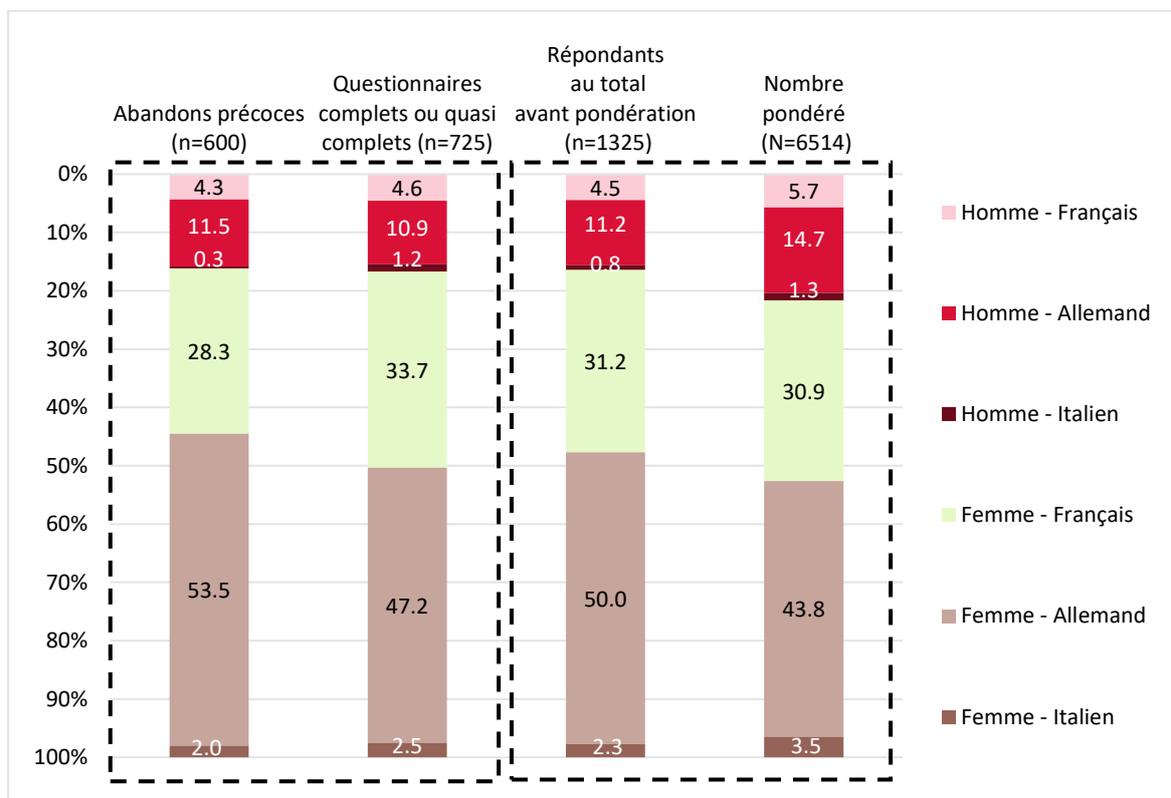
est plus importante chez les personnes qui ont abandonné précocement le questionnaire que chez les personnes qui l'ont complété ou quasi complété (53,5% contre 47,2%). Dans la partie droite des Figures 2, 3 et 4, on observe, pour chaque catégorie professionnelle, la différence entre la structure par sexe et par langue de l'échantillon (avant pondération) et celle de la population (nombre pondéré). Chez les médecins généralistes (Figure 2) et chez les psychiatres-psychothérapeutes (Figure 3), on constate une surreprésentation des hommes et des femmes de langue française et une sous-représentation des femmes et des hommes de langue allemande dans l'échantillon. Chez les psychologues (Figure 4) les femmes de langue française ou allemande sont surreprésentées alors que les hommes de langue française ou allemande sont sous-représentés.

Figure 3 Répartition des psychiatres-psychothérapeutes selon la langue, le sexe et le degré de participation, en %



Pour chaque professionnel de l'échantillon ayant commencé à répondre à l'enquête STOBS-VD, un poids a été calculé par la méthode du calage sur marge, de manière à ce que la somme des poids ventilés par catégorie professionnelle, de sexe et de langue corresponde aux fréquences observées dans la population (cf. 2.5.2.).

Figure 4 Répartition des psychologues selon la langue, le sexe et le degré de participation, en %



Qu'en est-il de la répartition par grandes régions ? Bien que le calage n'ait pas été réalisé sur les grandes régions à cause du nombre trop faible d'observations dans ces régions, il est possible de connaître la répartition de la population totale par catégorie professionnelle et par grande région grâce aux statistiques de la FMH et de la FSP. Or, si on compare ces répartitions avec celles obtenues en pondérant les données de l'échantillon, on peut observer les biais qui subsistent au niveau de la structure par grande région. Comme le montrent les Figures 5, 6 et 7 ci-après, pour la plupart des grandes régions, cet écart se situe entre ± 3 points de pourcentage. Chez les médecins généralistes (Figure 5) et les psychiatres-psychothérapeutes (Figure 6) actifs dans la région de Zurich, une sous-représentation plus marquée subsiste avec respectivement -5 points de pourcentage et -5,8 points de pourcentage alors que chez ceux qui exercent dans la région de la Suisse orientale, on observe une surreprésentation avec des écarts de +3,3 points de pourcentage et +3,9 points de pourcentage.

Figure 5 Répartition des médecins généralistes selon la grande région, en %

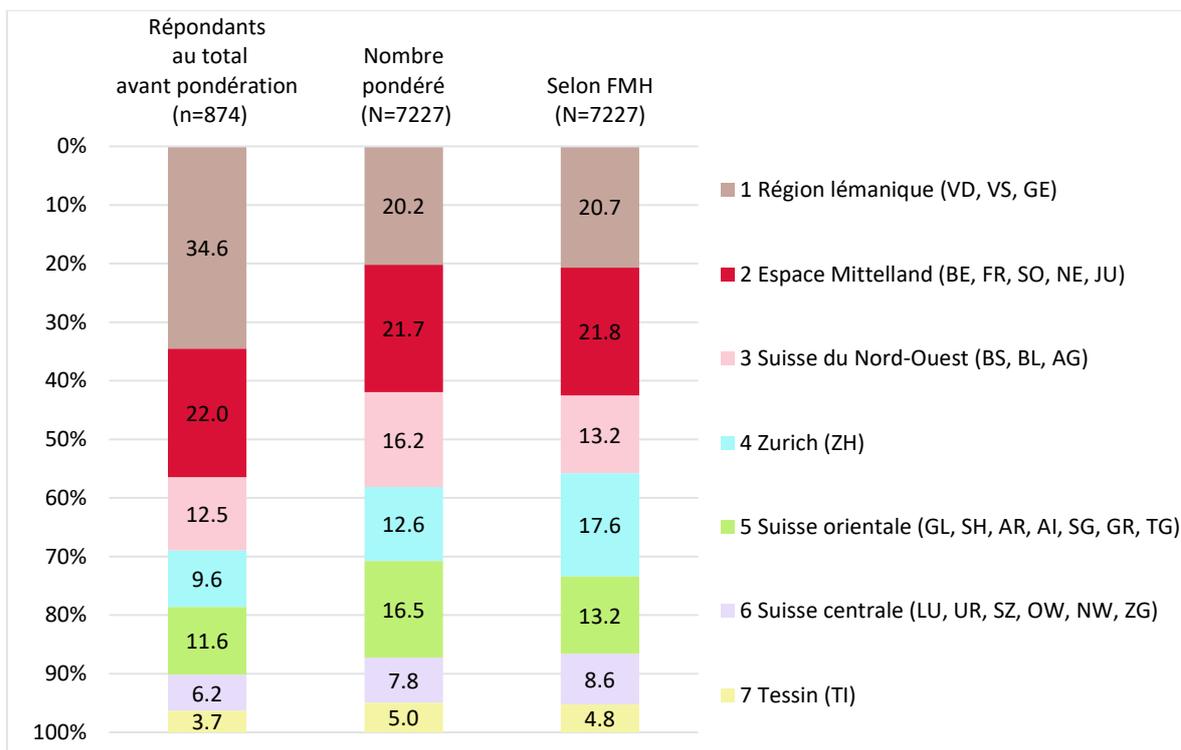


Figure 6 Répartition des psychiatres-psychothérapeutes selon la grande région, en %

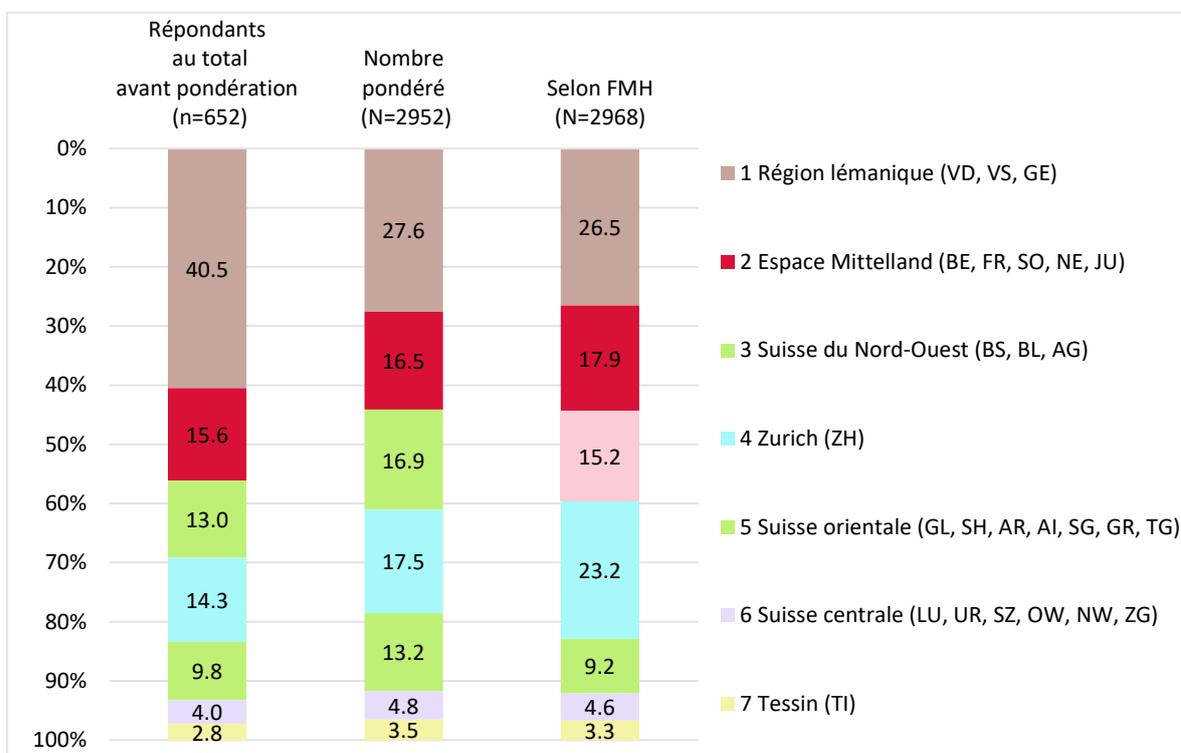
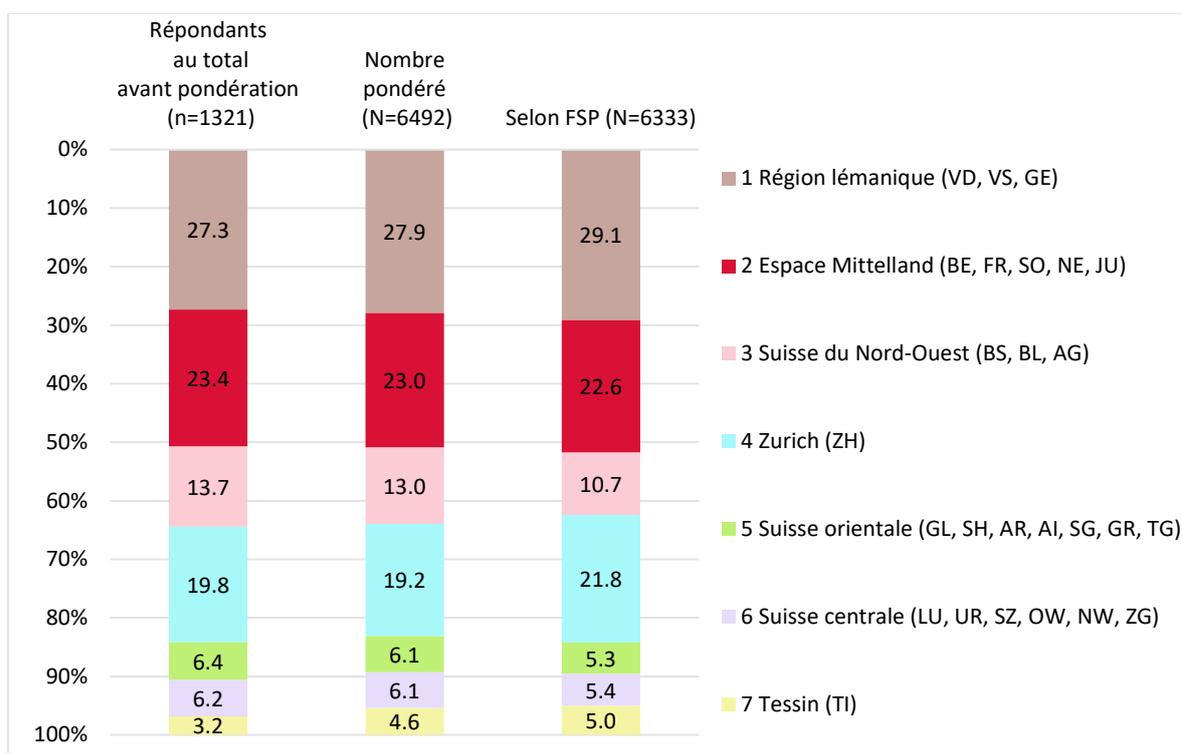


Figure 7 Répartition des psychologues selon la grande région, en %



3.3 Stades du développement et symptômes principaux du burnout

Nous avons reçu 1 470 réponses des professionnels de la santé qui ont donné leur définition du burnout dans ces trois stades, à savoir : burnout précoce, modéré, et sévère. Dans l'analyse de fréquence, le nombre de mots analysés était de 15 194 pour le burnout précoce, de 18 403 pour le burnout modéré et de 19 237 pour le burnout sévère.

Le symptôme du burnout le plus fréquemment cité était les problèmes de sommeil sévères (773 fois) suivis, dans l'ordre, par : des symptômes ou signes d'épuisement, d'anxiété, de fatigue, d'irritabilité, de problèmes de concentration, de stress, de dépression ainsi que de peur, d'agitation et d'isolement social (Tableau 6).

Tableau 6 Dix signes et symptômes les plus cités chez les patients en burnout

Termes	Fréquence	Position
Problèmes de sommeil sévères	773	1
Épuisement	401	2
Anxiété	340	3
Fatigue	336	4
Irritabilité	264	5
Problèmes de concentration sévères	161	6
Problèmes de concentration précoce/modéré	141	7
Stress	135	7
Dépression sévère	131	8
Peur	124	9
Dépression précoce, modérée	102	10
Agitation	100	10
Isolement social	97	10

Quand les professionnels de la santé ont répondu à la question leur demandant de décrire l'état de leurs patients correspondant à chaque stade de burnout, ils ont à nouveau cité les problèmes de sommeil sévères le plus fréquemment (1 002 fois). L'ordre d'apparition de cette problématique arrivait en 1^{ère} position pour le burnout précoce (311 fois) et modéré (422 fois) et en 3^{ème} position pour le burnout sévère (289 fois). La problématique qui arrivait en 1^{ère} position dans le stade sévère du burnout était la dépression sévère. Il est important de préciser que l'ordre d'apparition de cette problématique n'a pas changé lorsque nous avons fait une analyse stratifiée selon la profession (médecins ou psychologues). Les autres mots ou symptômes cités dans le burnout précoce étaient les suivants, dans l'ordre : fatigue, irritabilité, stress et épuisement. Pour le burnout modéré, on retrouve ensuite dans l'ordre : épuisement, anxiété, fatigue, stress et dépression légère et modérée. Pour le burnout sévère, ce sont : épuisement, problèmes de sommeil sévères, anxiété et dépression légère et modérée. Le terme « Suicidalité » arrivait en 6^{ème} position (Tableau 7).

Tableau 7 Sept premiers termes cités par stade de burnout

Burnout précoce (n = 15 194 mots)		Burnout modéré (n = 18 403 mots)		Burnout sévère (n = 19'237 mots)	
Terme	Fréquence	Terme	Fréquence	Terme	Fréquence
Problèmes de sommeil sévères	311	Problèmes de sommeil sévères	422	Dépression sévère	402
Fatigue	298	Epuisement	233	Epuisement	309
Irritabilité	211	Anxiété	214	Problèmes de sommeil sévères	289
Stress	192	Fatigue	178	Anxiété	210
Epuisement	156	Dépression précoce ou modérée	163	Dépression précoce ou modérée	167
Anxiété	127	Irritabilité	145	Suicidalité	149
Lassitude	117	Stress	89	Fatigue	100

3.4 Prévalence du burnout en Suisse

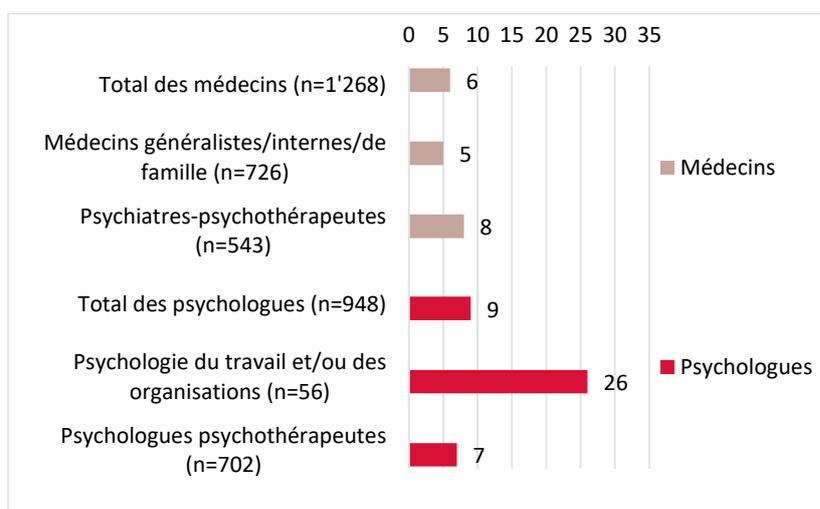
La prévalence du burnout a été calculée sur la base des estimations des professionnels de la santé qui ont répondu à l'enquête (Tableau 8).

D'après les nombres rapportés dans l'enquête de patients en burnout et de patients qui ont consulté au cours du dernier mois, la prévalence estimée était de 6% dans la clientèle des médecins et de 9% dans la clientèle des psychologues. La prévalence estimée différait selon les spécialités. Les psychiatres-psychothérapeutes ont rapporté avoir 9% de leurs patients en burnout, alors que les psychologues du travail ont rapporté une prévalence de 26% (Figure 8)

Tableau 8 Répondants ayant des patients en burnout professionnel et prévalence du burnout dans leur patientèle

Profession	n	%	Prévalence (%)	Prévalence calibrée (%)
Médecins	1 412	100	5.95	6.32
Médecine interne générale/Médecine de famille	726	51	4.47	4.85
Psychiatrie et psychothérapie	543	38	7.39	8.00
Médecine du travail	30	2	8.69	
Médecine générale et médecine du travail	16	1	10.81	
Médecine générale et psychiatrie	21	1	10.75	
Psychiatrie et médecine du travail	2	0	6.15	
Autres	74	5	6.33	
Psychologues	984	100	8.64	
Psychologie clinique	93	10	8.88	
Psychologie du travail	56	6	25.67	
Psychologie cognitive	15	2	13.55	
Psychologie sociale	4	0	19.83	
Psychologie-psychothérapie	702	74	6.92	
Autres	78	8	10.07	

Figure 8 Principaux répondants ayant été confrontés à des patients en burnout professionnel et prévalence du burnout professionnel dans leur patientèle/clientèle, en %, chiffres pondérés



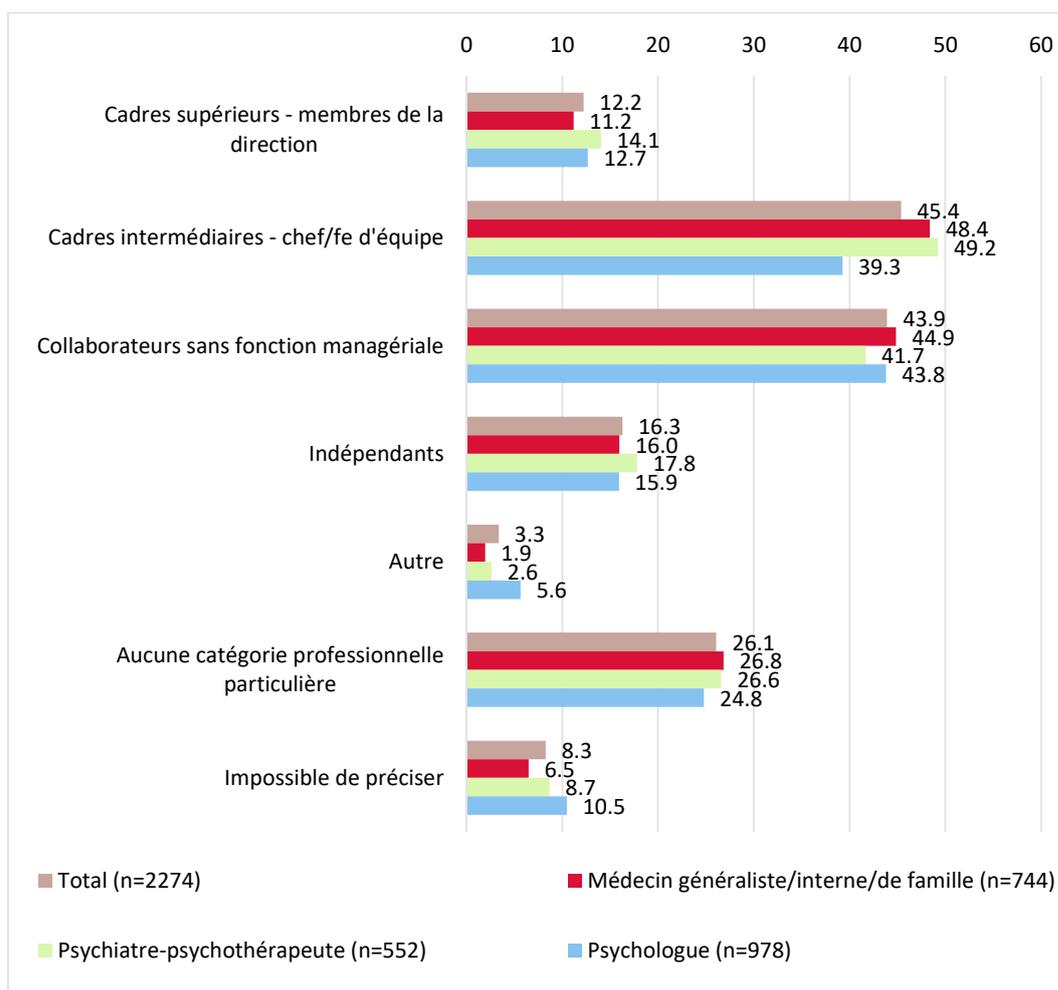
3.5 Description des pratiques actuelles de la prise en charge du burnout en Suisse

Dans ce chapitre, tous nos résultats descriptifs sont présentés sur la base de valeurs pondérées. Comme cela a été expliqué dans la partie « Méthode », cela a été fait afin de corriger les estimations liées au biais de non-réponse. Cependant, les analyses des liens entre les variables ont été réalisées sur la base des données non-pondérées.

3.5.1 Repérage du burnout

Nous tenons de préciser qu'en Suisse, le burnout professionnel n'est pas reconnu en tant que maladie. Il n'est pas non plus mentionné dans le manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-V). Dans la classification internationale des maladies (ICD-11), le burnout est considéré comme un état d'épuisement vital et est cité parmi les facteurs pouvant influencer la santé de la population et contacts avec des services de santé ¹³.

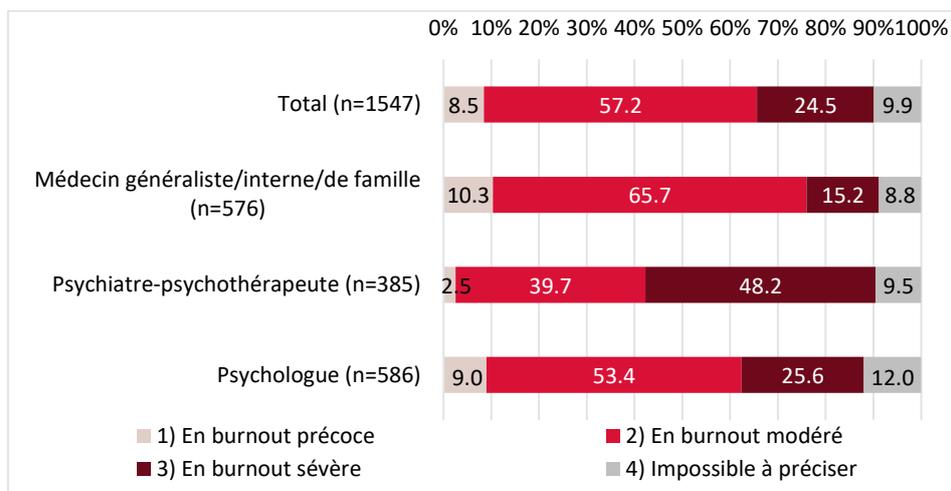
Figure 9 Catégories de travailleurs majoritairement touchés par le burnout professionnel d'après les professionnels ayant déjà été confrontés à des personnes en burnout professionnel, en %



Les professionnels de la santé ont répondu aux questions liées aux pratiques diagnostiques et aux pratiques thérapeutiques. Aux professionnels qui indiquaient avoir ou avoir eu des patients en burnout professionnel (93%), on a posé la question sur les catégories de travailleurs majoritairement touchés par le burnout parmi leurs patients. Dans la Figure 9, les catégories de travailleurs les plus souvent citées sont les « cadres intermédiaires - chef/fe d'équipe » et les « collaborateurs sans fonction managériale ». Parmi les catégories moins souvent citées se trouvent les « indépendants » et les « cadres supérieurs - membres de la direction ».

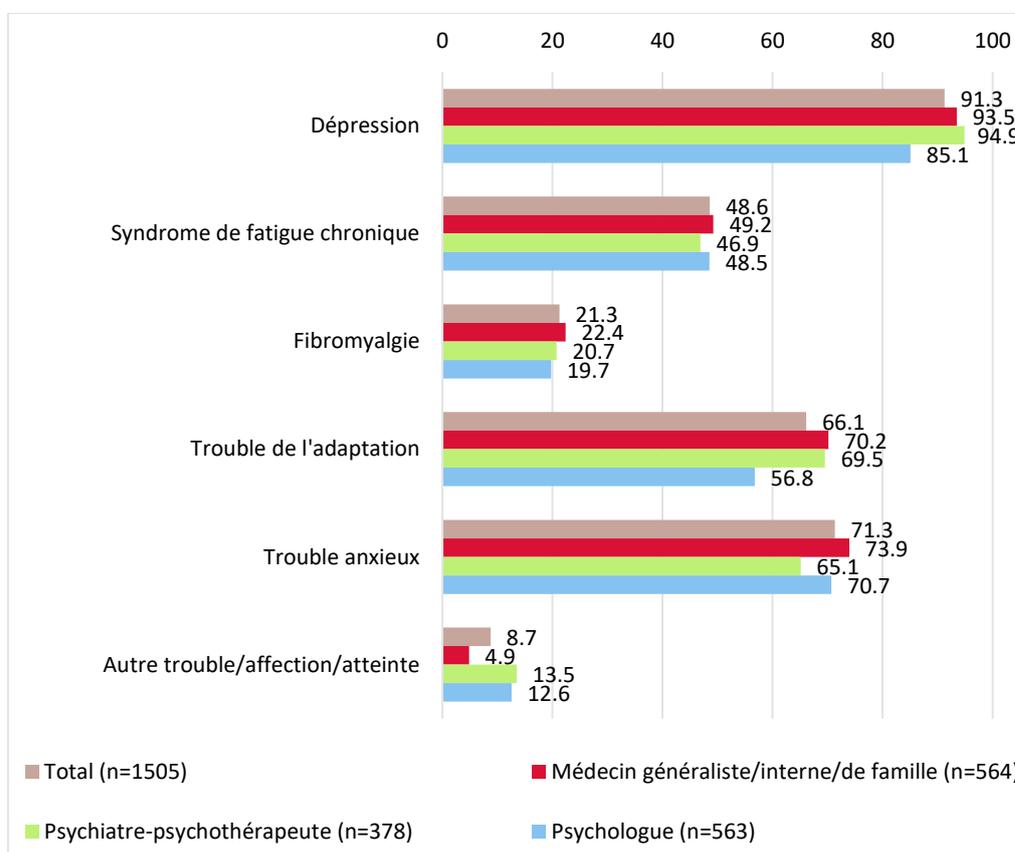
Concernant le stade de burnout de la majorité de leurs patients, seuls 8.5% des professionnels (médecins et psychologues) avaient en majorité des patients au stade de burnout précoce, 57.2% au stade de burnout modéré et 24.5% au stade de burnout sévère (Figure 10).

Figure 10 Stade de burnout professionnel de la majorité des patients/clients par catégorie de professionnel, en %



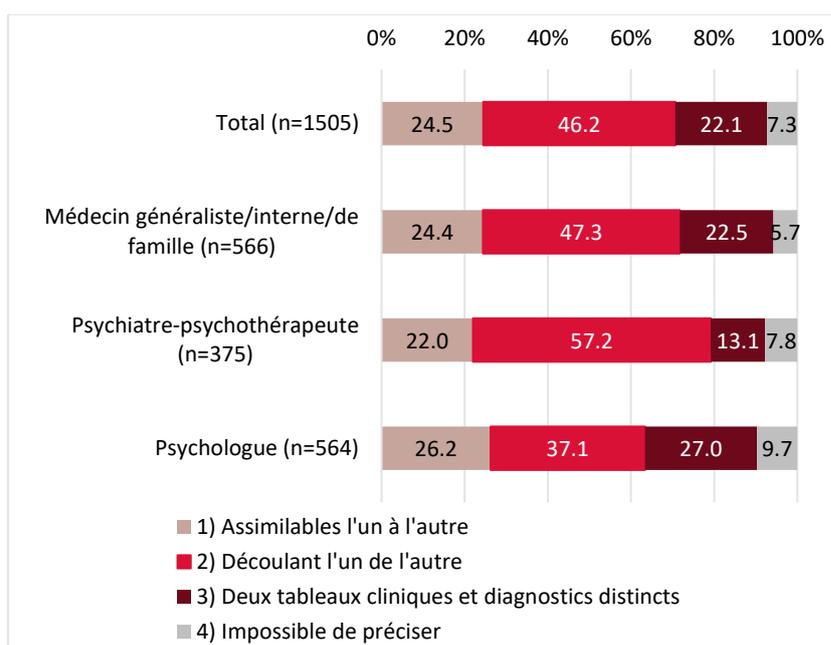
Pour ce qui est du diagnostic différentiel, parmi les autres troubles, les affections ou atteintes les plus considérées pour les discriminer du burnout, se trouvent la « dépression » (91,3%), le « trouble anxieux » (71,3%) et le « trouble de l'adaptation » (66,1%) (Figure 11).

Figure 11 Autres troubles, affections ou atteintes les plus considérés pour les discriminer du burnout, en %



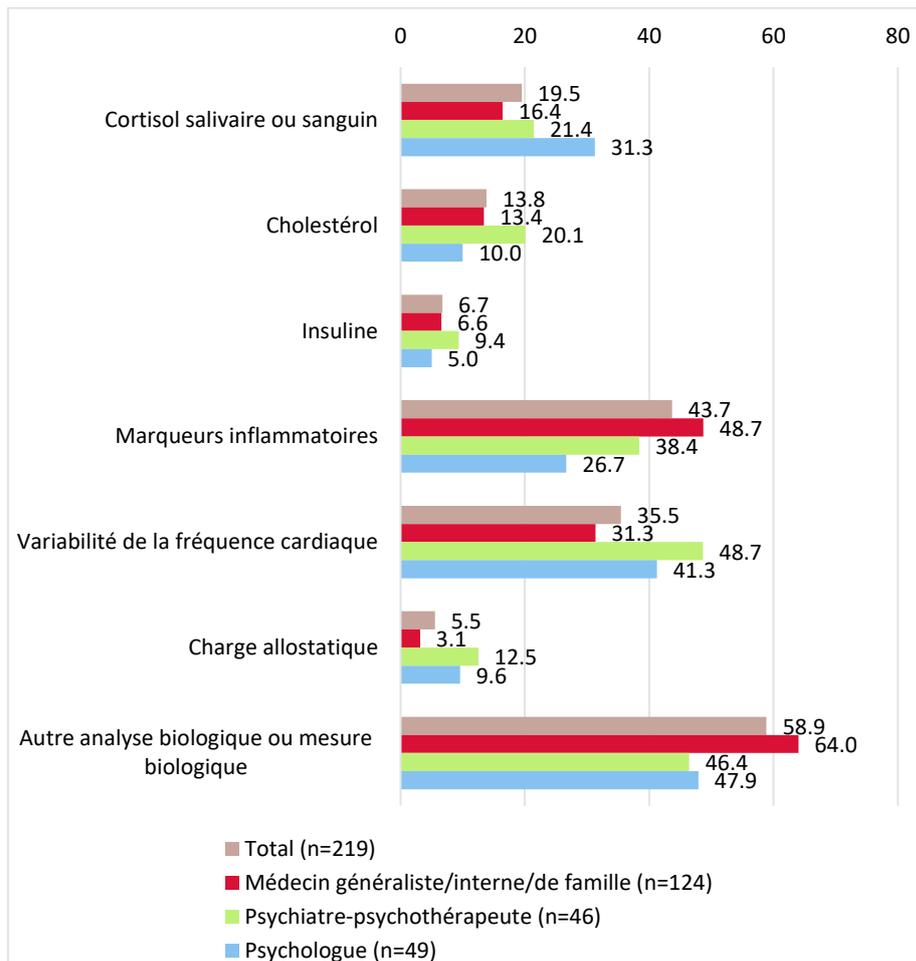
En ce qui concerne le lien entre burnout professionnel et dépression, 46,2% des répondants pensent que « l'un découle de l'autre ». Seulement un quart des professionnels considèrent que l'un est assimilable à l'autre (24,5%) ; d'autres estiment qu'il s'agit de « deux tableaux cliniques et diagnostics distincts » (22,1%) (Figure 12). A noter encore que chez les professionnels qui estiment qu'il y a un lien de cause à effet entre burnout professionnel et dépression, 94,4% d'entre eux considèrent que c'est le burnout professionnel qui conduit à la dépression et non l'inverse.

Figure 12 Répartition des professionnels selon le lien qu'il font entre burnout professionnel et dépression, en %



Parmi les répondants qui ont des personnes en burnout professionnel dans leur patientèle, seuls 14,6% recourent à des analyses biologiques ou à des mesures biologiques pour affiner leur « diagnostic ». La Figure 13 illustre que pour affiner leur « diagnostic » du burnout, les répondants ont cité plusieurs analyses biologiques ou mesures physiologiques telles que le cortisol salivaire ou sanguin (19,5%), les marqueurs inflammatoires (43,7%), et la variabilité de la fréquence cardiaque (35,5%).

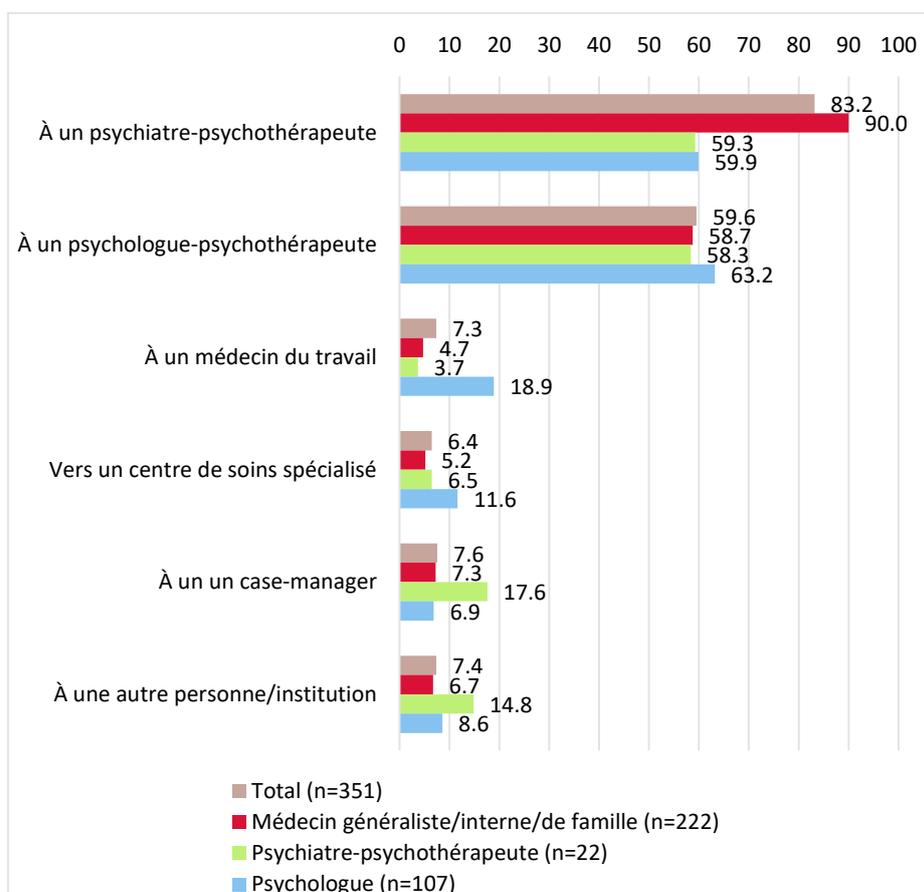
Figure 13 Type d'analyse biologique ou de mesure biologique utilisé pour affiner le "diagnostic" de burnout professionnel par les professionnels, en %



Quant à l'utilisation d'autres tests ou échelles pour aider à poser le « diagnostic », 1 répondant sur 5 (20%) y avait recours et 3.5% des répondants utilisaient des supports techniques (applications web ou interfaces périphériques telles que montre, bracelet, téléphone).

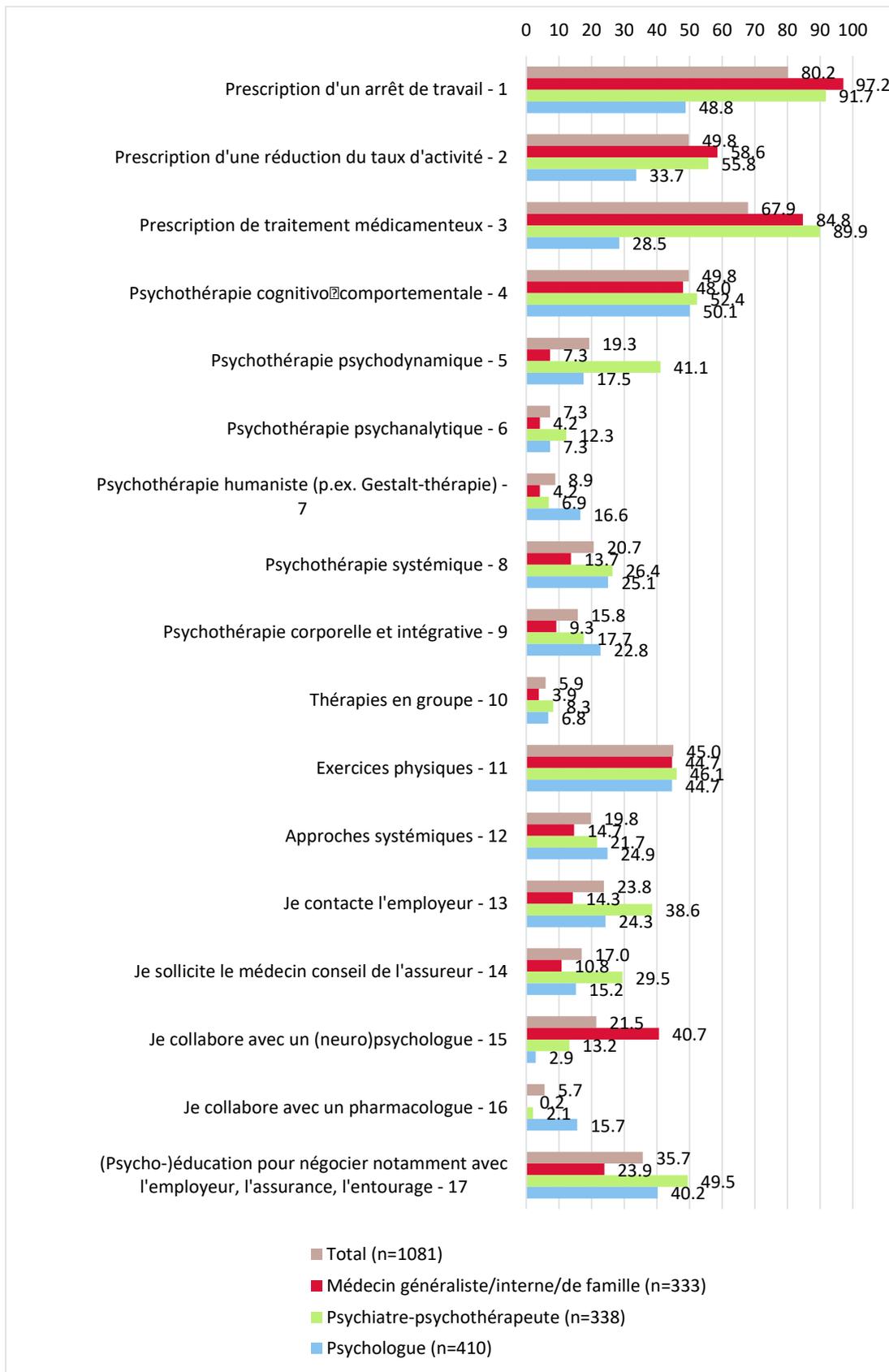
72% des professionnels de la santé ont déclaré prendre en charge eux-mêmes les patients en burnout. Ceux qui ne le font pas réfèrent le plus souvent leurs patients en burnout à un psychiatre-psychothérapeute ou un psychologue-psychothérapeute (Figure 14).

Figure 14 Professionnels ou institutions auxquels les médecins généralistes, les psychiatres et les psychologues réfèrent leurs patients en burnout, en %



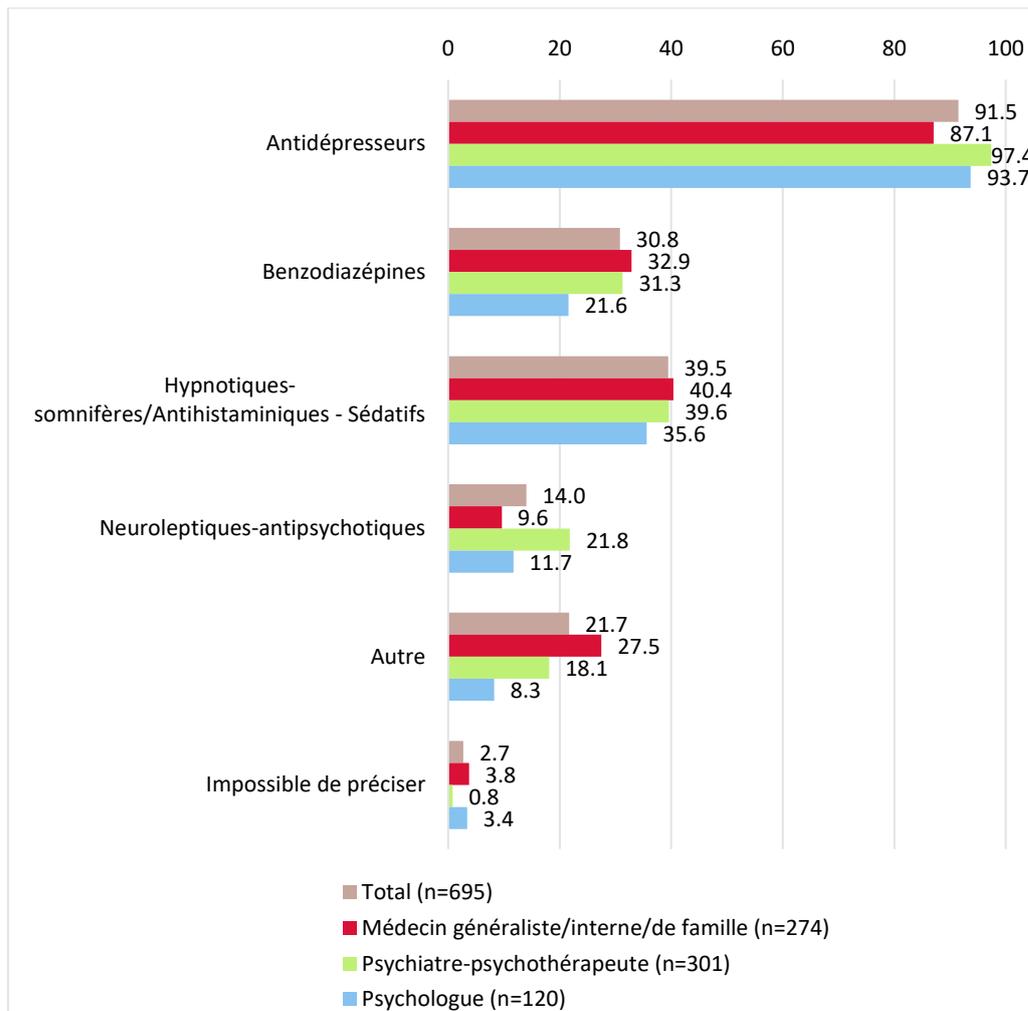
Parmi les options thérapeutiques utilisées (Figure 15), les plus citées étaient, par ordre décroissant, la prescription d'un arrêt de travail (80.2%), de traitement médicamenteux (67,9%), et d'une réduction du taux d'activité (49,8%). En moyenne, l'arrêt de travail ou les arrêts cumulés en cas de burnout étaient d'environ 5 mois.

Figure 15 Type de traitement prescrits par les professionnels ayant pris en charge des personnes en burnout professionnel, en %



Le type de médicaments prescrits est le plus souvent un antidépresseur (Figure 16). La proportion de patients en burnout qui bénéficiaient d'un accompagnement psychologique ou d'une psychothérapie s'élevait à 70% et cet accompagnement durait environ 10 mois.

Figure 16 Classe de médicaments utilisés par les professionnels ayant prescrit un traitement médicamenteux dans leur prise en charge des personnes en burnout professionnel, en %



Concernant la fréquence des consultations, la majorité de répondants voient leurs patients en burnout toutes les semaines ou deux fois par mois. En ce qui concerne le fait d'être consulté pour l'organisation de la reprise du travail des patients atteints de burnout, la majorité des répondants a dit que cela se produisait rarement ou jamais (57%).

Une question de l'enquête concernait le pronostic du burnout. Plus précisément, nous avons demandé aux professionnels de la santé si, à leur avis, il est possible de guérir ce trouble. 56% des

professionnels ont répondu « Oui, absolument » et un tiers d'entre eux (33,3%) ont répondu « parfois ».

Pour ce qui est de la proportion des personnes en burnout qui a été à nouveau apte à reprendre une activité professionnelle, 81,2% des professionnels ont dit que plus de la moitié de leurs patients l'ont été.

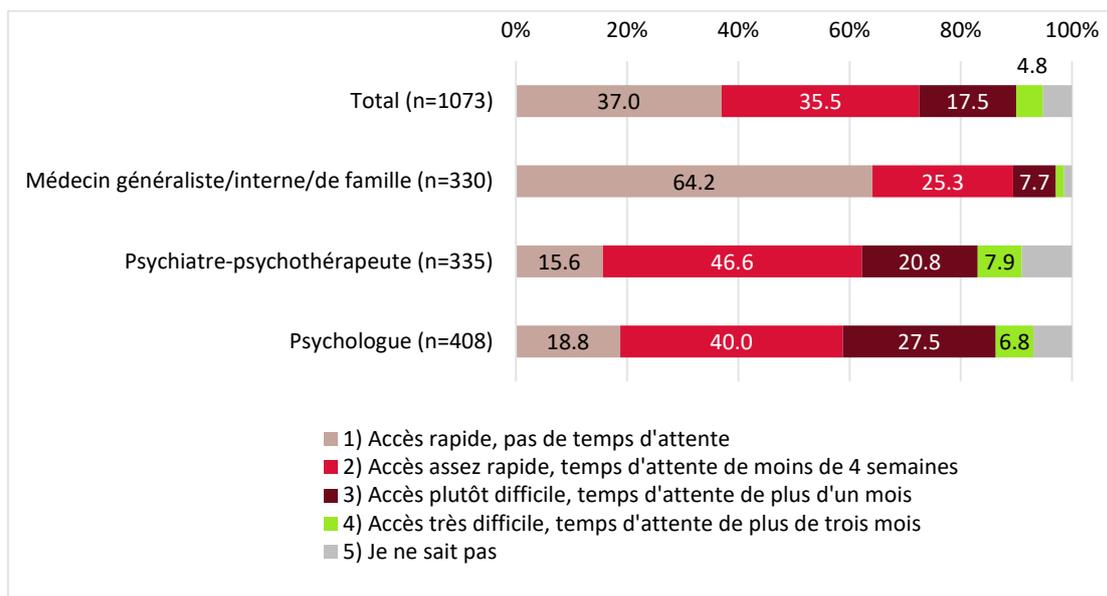
En ce qui concerne la proportion de patients sujets à une rechute, 65% des professionnels ont répondu que maximum 50% de leurs patients sont concernés. Près d'un tiers des répondants (31%) ne pouvait pas préciser quelle proportion de leurs patients font des rechutes. La moitié des répondants (53%) ne connaissaient pas le délai moyen d'apparition d'une rechute chez leurs patients.

3.5.2 Avis des professionnels sur la qualité de la prise en charge

Nous avons analysé les réponses concernant l'amélioration de la pratique (fin de la partie III et partie IV du eQuestionnaire). Elles concernent : le temps d'attente perçu par les professionnels de la santé qui traitent les patients en burnout, l'accessibilité financière, les mesures les plus pertinentes pour mieux prendre en charge le burnout, les collaborations (interdisciplinaires) et le type d'interactions souhaités, ainsi que la volonté des répondants à participer à une intervention (telle qu'un essai clinique randomisé) et enfin leurs remarques générales sur l'enquête.

Nous avons demandé aux professionnels de la santé d'évaluer le temps d'attente de leur prise en charge pour les patients en burnout. Trois quarts d'entre eux ont répondu que l'accès à leurs soins est rapide (pas de temps d'attente) ou assez rapide (temps d'attente de moins de 4 semaines). Ceux qui ont considéré qu'il s'agissait d'un « accès plutôt difficile » (temps d'attente de plus d'un mois) ou d'un « accès très difficile » (temps d'attente de plus de 3 mois) représentaient respectivement 17,5% et 4,8% (Figure 17) des répondants. En ce qui concerne l'accessibilité des soins sur le plan financier, 54,2% des psychologues estiment que leur prise en charge peut s'avérer inaccessible pour les personnes avec un revenu faible ; 42,8% considèrent que leurs prestations sont accessibles à toutes les bourses. Parmi les mesures considérées comme les plus pertinentes pour améliorer la prise en charge de personnes en burnout, la détection au stade précoce, le dialogue avec les employeurs/ressources humaines ainsi que l'interdisciplinarité dans la prise en charge étaient les plus fréquemment citées (Figure 18).

Figure 17 Répartition des professionnels selon l'évaluation du temps d'attente de leur prise en charge pour des patients en burnout professionnel, en %



Concernant le type d'interaction pour concrétiser la collaboration interdisciplinaire, les répondants ont cité le plus souvent la « Réunion de réseaux, colloque » et la « Rencontre "tripartite" : employé/employeur/thérapeute » (Figure 19).

Quant à la volonté à participer à un essai clinique pour tester certaines modalités de prise en charge de personnes en burnout, la proportion de professionnels de la santé qui souhaitent y participer était de 29%. Parmi les facteurs pouvant favoriser leur participation, les plus cités étaient une rémunération et des crédits de formation.

Figure 18 Mesures considérées les plus pertinentes par les professionnels ayant déjà été confrontés à des personnes en burnout professionnel, en %

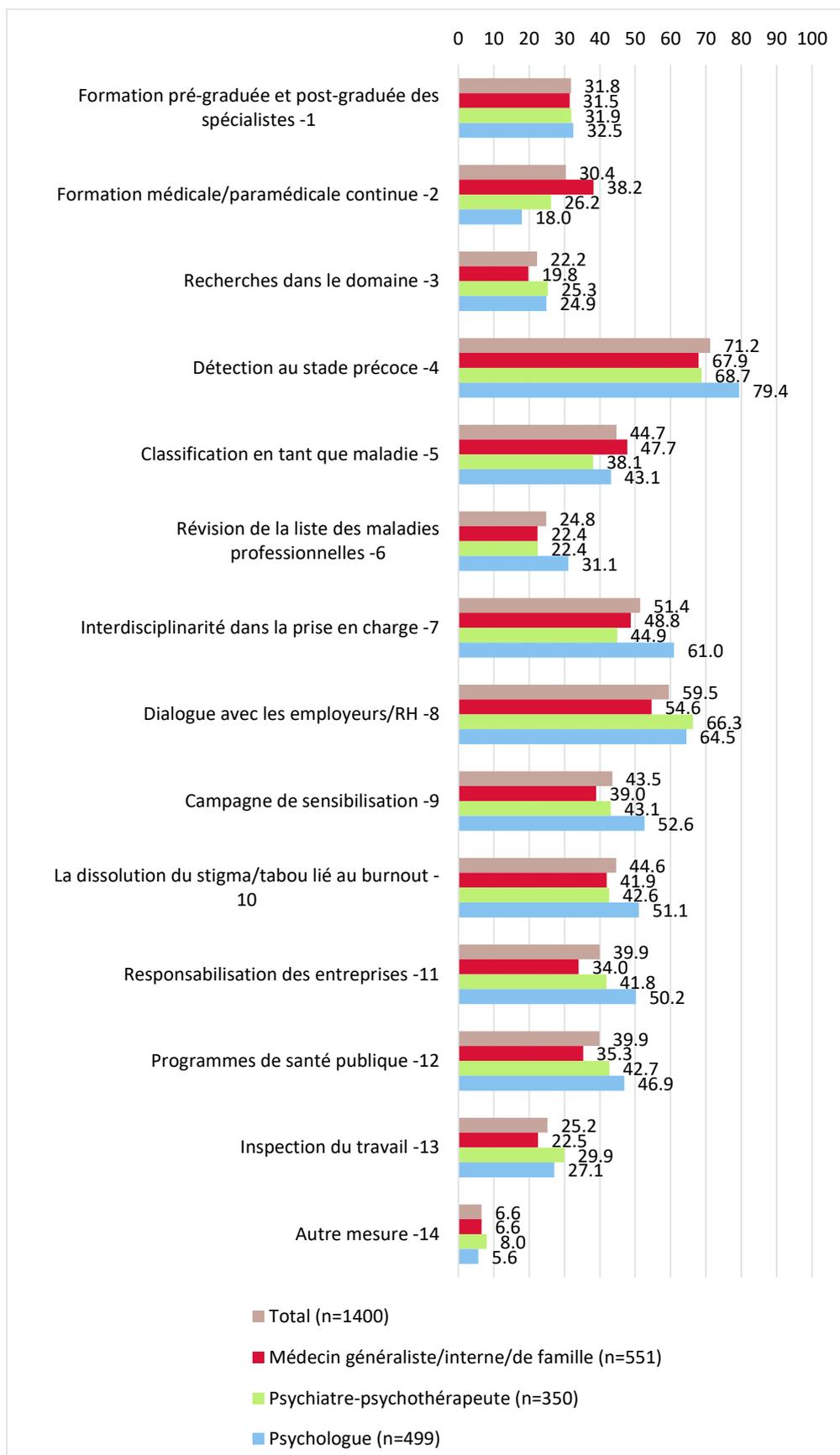
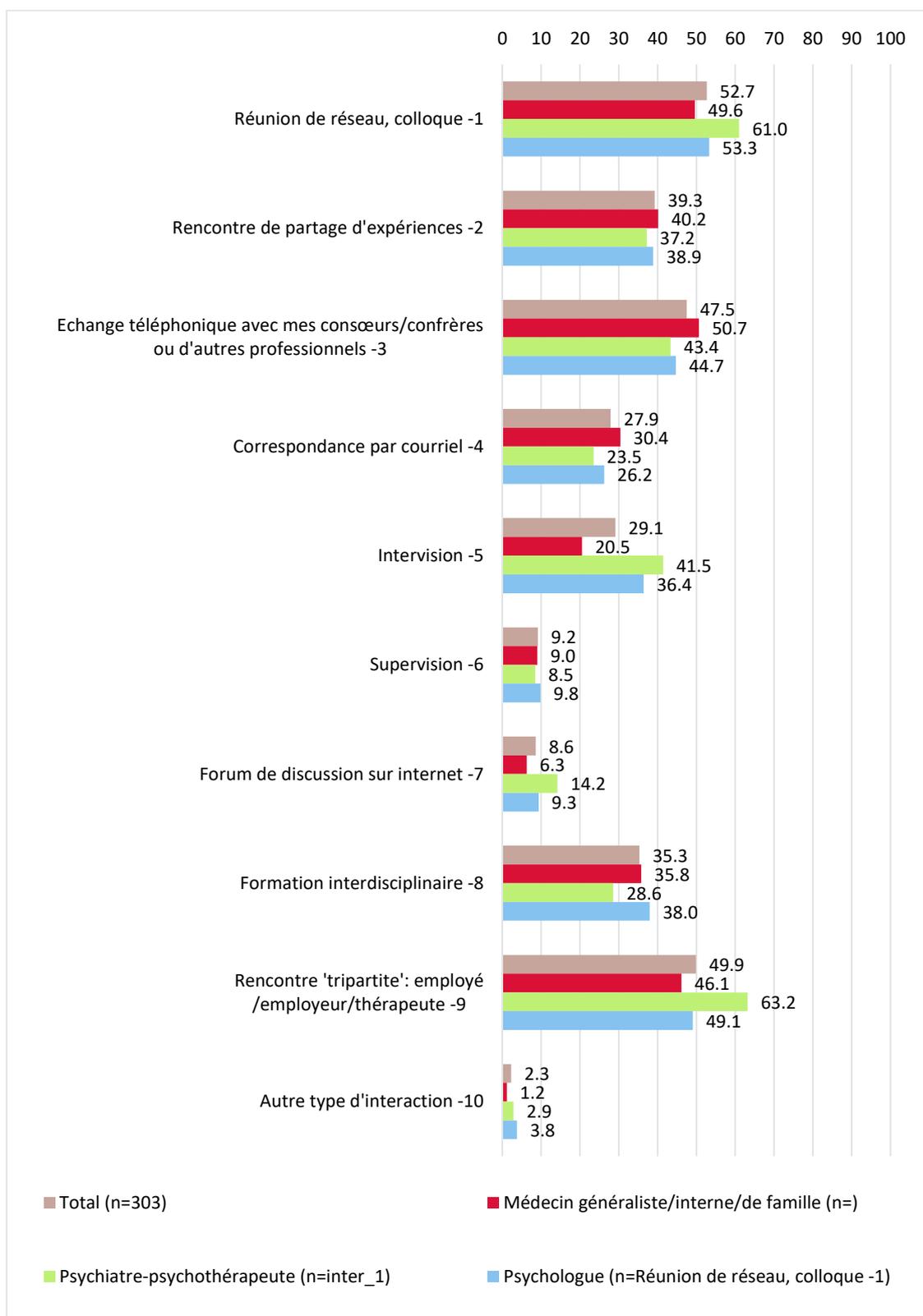


Figure 19 Types d'interactions pouvant améliorer la collaboration interdisciplinaire d'après les professionnels ayant indiqué cette mesure comme pertinente dans la prise en charge du burnout professionnel, en %



3.5.3 Pratiques de la prise de charge du burnout présentées par profession

Dans les trois sections qui suivent, nous présentons les pratiques actuelles de la prise en charge du burnout professionnel spécifiques à trois groupes de professionnels de la santé : médecins généralistes, psychiatres-psychothérapeutes et psychologues.

Médecins généralistes

La majorité des médecins généralistes (83%) exerce leur activité principalement dans un cabinet privé et effectue en moyenne 260 consultations par mois. Seuls 7% des médecins généralistes exercent leur activité dans une clinique ou un centre de soins privé, et 6% exercent principalement dans le secteur public (hôpital, policlinique ou autre entreprise publique). La très grande majorité des médecins généralistes (98%) a déjà été confronté à des personnes en burnout professionnel dans le cadre de leur pratique professionnelle. Parmi les patients en burnout qui les consultent, les cadres intermédiaires/chefs d'équipe étaient aussi nombreux que les collaborateurs sans fonction managériale (48% et 45% respectivement). Les indépendants représentaient 16% des patients en burnout et les cadres supérieurs 11% (Figure 9).

En ce qui concerne le stade de sévérité du burnout, seulement 10% des médecins généralistes avaient des patients en burnout précoce, 66% avaient des patients en burnout modéré et 15% avaient des patients en burnout sévère (Figure 10).

Seulement 12% ont utilisé des tests ou des échelles pour les aider à poser le « diagnostic » et 3% ont utilisé des supports techniques (applications web ou interfaces périphériques telles que montre, bracelet, téléphone) pour le même objectif.

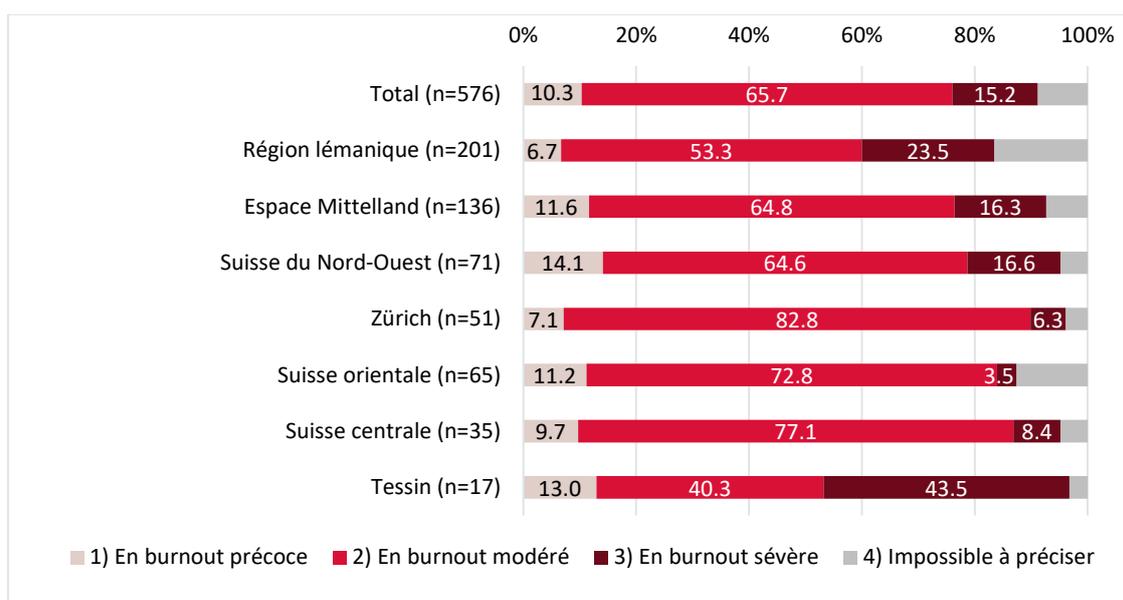
La majorité des médecins généralistes (72%) prend en charge eux-mêmes les patients en burnout. Les médecins généralistes qui ne le font pas réfèrent leurs patients à un psychiatre-psychothérapeute (90%), à un psychologue-psychothérapeute (58%), à un médecin du travail (5%), vers un centre de soins spécialisé (5%) ou à un case-manager (7%) (Figure 14).

Parmi les options thérapeutiques administrées par les médecins généralistes, les plus citées étaient : la prescription d'un arrêt de travail (97,2%) ou d'une réduction du taux d'activité (58,6%) ; la prescription d'un traitement médicamenteux (84,8%), d'une psychothérapie cognitivo-comportementale (48%), d'exercices physiques (44,7%) ; la collaboration avec un (neuro)psychologue (40,7%) ; et la psychoéducation pour négocier notamment avec l'employeur, l'assurance et l'entourage (23,9%) (Figure 15). Parmi les médecins généralistes qui ont prescrit des médicaments, les antidépresseurs étaient les plus cités (87,1%), suivis des hypnotiques-somnifères-antihistaminiques-sédatifs (40,4%) et des benzodiazépines (32,9%). Il est à noter que la prescription de benzodiazépines était plus fréquente chez les médecins généralistes dans la région lémanique et le Tessin en comparaison avec d'autres régions.

Plus de la moitié des arrêts de travail prescrits (56%), durent moins d'un mois ; et pour près d'un tiers d'entre eux (30%), leur durée est de 4 à 6 mois. L'entrevue patient-médecin généraliste a lieu le plus souvent deux fois par mois (67% des médecins généralistes), toutes les semaines (24%) ou une fois par mois (9%). Cette fréquence de consultation est liée de manière statistiquement

significative au stade de burnout de leurs patients. En effet, lorsque la part de patients en burnout modéré et sévère est plus importante, les médecins généralistes ayant cette patientèle déclarent une fréquence moyenne de consultations plus élevée (toutes les semaines). On observe également une variabilité régionale du stade de burnout dans la patientèle des médecins généralistes. Les médecins tessinois et ceux de la région lémanique ont proportionnellement plus de personnes en burnout sévère (Figure 20).

Figure 20 Répartition des médecins généralistes selon la grande région et le stade de burnout professionnel de la majorité des patients qui les consultent, en %



La prescription d'un arrêt de travail ou d'une réduction du taux d'activité présentent aussi des différences selon les régions. D'une part, la prescription d'un arrêt de travail était moins fréquente chez les médecins généralistes de la région de Zurich et de la Suisse orientale. D'autre part, la proportion des prescriptions d'une réduction du taux d'activité était plus élevée chez les médecins généralistes de la région lémanique que dans les autres régions.

Pour l'organisation de la reprise du travail, la majorité des médecins généralistes (62%) a déclaré qu'elle n'était jamais ou rarement consultée par les employeurs de la personne atteinte de burnout. Cette constatation n'est guère influencée par le stade de burnout.

À la question « Quel est le pronostic d'un burnout professionnel : est-ce possible de le "guérir" ? », les réponses étaient : « Oui, absolument » pour 60% des répondants, « Parfois » pour 31% d'entre eux, « Non, jamais complètement » pour 4% et « Impossible de préciser » pour 5%. Près de 70% des médecins généralistes ont déclaré que 75% ou plus de leurs patients traités pour burnout étaient aptes à reprendre leur travail. Les médecins généralistes qui prescrivent une réduction du taux d'activité ou collaborent avec un (neuro)psychologue ont plus de patients qui étaient aptes à reprendre le travail et cette différence est statistiquement significative.

La proportion de personnes en burnout sujettes à une rechute était de 25% ou moins chez 54% des médecins généralistes répondants. Il est à noter que 42% des médecins ont déclaré qu'il leur était impossible de préciser le délai moyen d'apparition d'une rechute. La proportion de patients traités pour burnout qui ont fait une rechute était plus faible (moins de 25%) chez les médecins généralistes qui ont contacté l'employeur ou sollicité le médecin conseil de l'assureur lors de la prise en charge de leurs patients.

Psychiatres-psychothérapeutes

On estime à près de la moitié (47,4%) la part de psychiatres-psychothérapeutes exerçant leur activité principalement dans un cabinet privé. Ils effectuent au moins 100 consultations par mois. La proportion des psychiatres-psychothérapeutes qui exercent leur activité principalement dans une clinique ou centre de soins privé est de 29,6% tandis que 27,7% exercent principalement dans le secteur public (hôpital, policlinique ou autre entreprise publique).

La très grande majorité des psychiatres-psychothérapeutes (97,1%) a déjà été confrontée à des personnes en burnout professionnel dans le cadre de leur pratique professionnelle. Parmi eux, 19,5% ont été confrontés à au moins 10 patients en burnout professionnel au cours du dernier mois. La grande majorité des psychiatres-psychothérapeutes (93,5%) prennent eux-mêmes en charge leurs patients en burnout.

La proportion de psychiatres-psychothérapeutes confrontée à un nombre important de patients en burnout professionnel est de 17,8% chez les psychiatres-psychothérapeutes exerçant leur activité principalement dans un cabinet privé et de 25,0% chez les autres psychiatres-psychothérapeutes.

Les catégories de travailleurs les plus souvent citées par les psychiatres-psychothérapeutes comme étant majoritairement touchées par le burnout professionnel sont les « cadres intermédiaires - chef/fe d'équipe » (49,2%) et les « collaborateurs sans fonction managériale » (41,7%). Parmi les moins souvent citées, on retrouve les « indépendants » (17,8%) et les « cadres supérieurs - membres de la direction » (14,1%).

Concernant le stade de burnout professionnel de la majorité de leurs patients, c'est le stade sévère (par rapport aux autres stades : précoce ou modéré) qui prédomine chez la majorité des psychiatres-psychothérapeutes, indépendamment du cadre principal d'exercice. Cette majorité de cas de burnout au stade sévère est particulièrement marquée chez les psychiatres-psychothérapeutes qui exercent principalement dans une clinique ou centre de soins privés. En effet, 74,1% des psychiatres-psychothérapeutes ont une majorité de patients au stade sévère contre 25,9% aux stades précoce ou modéré. Quant aux psychiatres-psychothérapeutes qui exercent principalement dans le secteur public, 53,6% d'entre eux ont la majorité de leurs patients au stade sévère contre 32,9% aux stades précoce ou modéré. Chez les psychiatres-psychothérapeutes exerçant leur activité principalement dans un cabinet privé, enfin, ils sont 45,8% avec une majorité de cas de burnout au stade sévère contre 41,9% avec une majorité de cas aux stades précoce ou modéré.

Parmi les autres troubles, affections ou atteintes pris en compte pour faire le diagnostic différentiel, on trouve citées par plus de la moitié des psychiatres : la dépression (94,9%), le trouble de

l'adaptation (69,5%) et le trouble anxieux (65,1%). La fibromyalgie n'est citée que par 20,7% des psychiatres.

En ce qui concerne le lien que les psychiatres font entre burnout professionnel et dépression, pour une majorité d'entre eux l'un découle de l'autre. Les deux autres opinions, « assimilables l'un à l'autre » ou « deux tableaux cliniques et diagnostics distincts », ont été citées plus rarement.

Chez les psychiatres-psychothérapeutes exerçant leur activité principalement dans une clinique ou un centre de soins privé, l'opinion est plus partagée entre ceux qui considèrent que « l'un découle de l'autre » (38,7%) et ceux qui croient qu'il s'agit de « deux tableaux cliniques et diagnostics distincts » (38%). A noter encore que parmi les psychiatres-psychothérapeutes qui estiment qu'il y a un lien de cause à effet entre burnout professionnel et dépression, 96% d'entre eux considèrent que le burnout professionnel conduit à la dépression.

Parmi les psychiatres-psychothérapeutes qui ont déjà été confrontés à des personnes en burnout professionnel, seuls 12,9% recourent à des analyses biologiques ou à des mesures biologiques pour affiner leur « diagnostic ». Les psychiatres-psychothérapeutes affinent leur « diagnostic » le plus souvent avec des mesures de la variabilité de la fréquence cardiaque (48,7%) ou à l'aide de marqueurs inflammatoires (38,4%). Moins souvent, ils affinent leur « diagnostic » avec la mesure du cortisol salivaire ou sanguin (21,4%), du cholestérol (20,1%), de la charge allostatique (12,5%) ou de l'insuline (9,4%).

Enfin, près d'un psychiatre-psychothérapeute sur cinq (21,2%) utilise des tests ou des échelles pour poser le « diagnostic » de burnout professionnel et 5,7% utilisent des supports techniques (applications web ou interfaces périphériques telles que montre, bracelet, téléphone).

La part de psychiatres-psychothérapeutes qui prescrit une réduction du taux d'activité est supérieure à la moyenne en Suisse centrale, dans la région lémanique et dans l'Espace Mittelland avec respectivement 75,3%, 69,1% et 63,9%. Elle est inférieure à la moyenne dans les autres régions alémaniques, telles que Zürich, la Suisse orientale et la Suisse du nord-ouest, avec respectivement 49,8%, 43% et 35,3%.

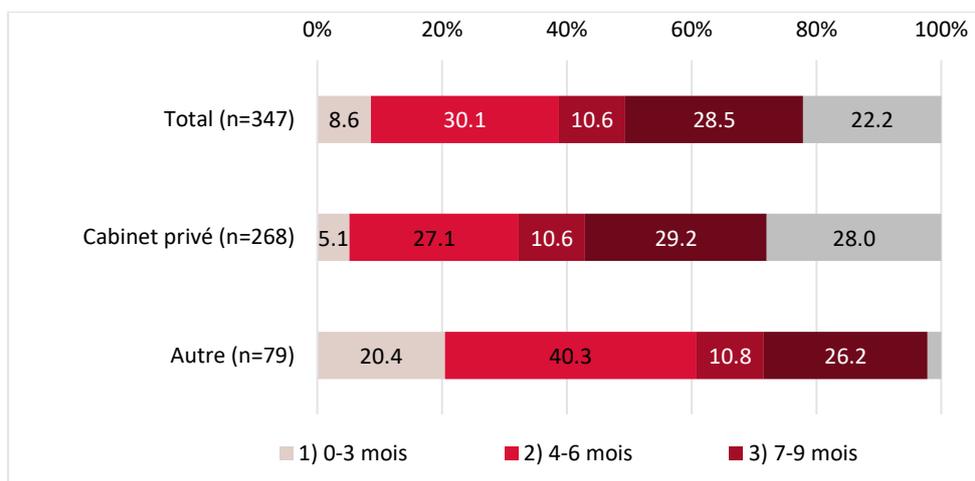
La moitié des psychiatres-psychothérapeutes de langue allemande contacte l'employeur lors de la prise en charge du traitement des personnes souffrant de burnout alors qu'ils ne sont que 12,7% parmi ceux de langue française à le faire. De manière similaire, la part des psychiatres-psychothérapeutes qui sollicitent le médecin conseil de l'assureur est plus importante chez les psychiatres-psychothérapeutes de langue allemande (34,4%) que chez ceux de langue française (13,7%).

Chez les $\frac{3}{4}$ des psychiatres-psychothérapeutes, la totalité de leur patients bénéficie d'un accompagnement psychologique ou d'une psychothérapie.

Pour la moitié des psychiatres-psychothérapeutes, la durée moyenne de l'accompagnement psychologique ou la psychothérapie des patients dans une situation de burnout professionnel est d'au moins 10 mois. Pour l'autre moitié des psychiatres-psychothérapeutes, cette durée moyenne est inférieure à 10 mois. Ce résultat est le reflet de ce qui s'observe auprès des psychiatres-psychothérapeutes principalement actifs dans un cabinet privé. Pour les autres psychiatres-

psychothérapeutes employés dans un hôpital, une clinique ou dans une autre entreprise, la durée moyenne de l'accompagnement psychologique ou de la psychothérapie est le plus souvent (71,5%) inférieure à 10 mois (Figure 21).

Figure 21 Répartition des psychiatres selon leur cadre principal d'exercice et le nombre moyen de mois que dure l'accompagnement psychologique ou la psychothérapie dans un cas de burnout professionnel, en %



58,4% des psychiatres-psychothérapeutes ayant prescrit des médicaments pour le traitement du burnout professionnel l'ont fait pour plus de la moitié de leurs patients. Avec un pourcentage de 97,4% de psychiatres-psychothérapeutes, la classe de médicaments la plus utilisée est celle des antidépresseurs. On retrouve ensuite les hypnotiques, somnifères, antihistaminiques et sédatifs à 39,6% et les benzodiazépines à 31,3%.

Des différences régionales apparaissent en ce qui concerne la prescription de benzodiazépines par les psychiatres-psychothérapeutes dans le traitement du burnout. La part de ceux qui les prescrivent est nettement supérieure à la moyenne en région lémanique (57,4%) et au Tessin (70,2%) alors qu'elle est inférieure à la moyenne dans toutes les autres régions (33,5% en région de Zurich, 22,6% dans l'espace Mittelland, 28,9% en Suisse centrale, 14,2% en Suisse du nord-ouest et 13,1% en Suisse orientale). Un constat similaire apparaît dans la prescription d'hypnotiques-somnifères / d'antihistaminiques – sédatifs. La part de psychiatres-psychothérapeutes qui les prescrivent dans le traitement du burnout est de 65,5% en région lémanique, de 50,9% au Tessin et descend à 29,6% dans l'espace Mittelland, 35,9% en région de Zurich, 31,8% en Suisse du nord-ouest, 30% en Suisse orientale et 26,8% en Suisse centrale.

Chez les deux tiers des psychiatres-psychothérapeutes, la durée moyenne de l'arrêt de travail en cas de burnout professionnel est inférieure à 7 mois. Dans 17,8% des cas, la durée moyenne est de 7 à 12 mois et pour 4,4% des psychiatres-psychothérapeutes, l'arrêt de travail de leurs patients en burnout dure plus de 12 mois.

La fréquence moyenne de prise en charge du patient en burnout professionnel est le plus souvent d'une fois par semaine (57,7%) ou dans une moindre mesure de deux fois par semaine (40,9%).

La part des psychiatres-psychothérapeutes rarement ou jamais consultés pour l'organisation de la reprise du travail, soit 47,3%, est assez similaire à la part de ceux qui sont fréquemment voire toujours consultés qui est de 49,3%. Sur la question du pronostic de guérison du burnout professionnel, la moitié des psychiatres-psychothérapeutes (50,6%) ayant pris en charge eux même des patients en burnout professionnel considèrent qu'absolument, la guérison est toujours possible, alors qu'ils sont deux sur cinq (39,3%) à dire qu'il est parfois possible de guérir. Seules 3,4% des psychiatres-psychothérapeutes ayant pris en charge des patients en burnout professionnel estiment qu'il n'est jamais complètement possible de guérir.

Pour près de la moitié des psychiatres-psychothérapeutes ayant pris en charge des patients en burnout professionnel (52,5%) le pourcentage des patients aptes à reprendre une activité professionnelle était de plus de 75%. Une proportion similaire (53,8%) des psychiatres-psychothérapeutes ayant pris en charge des patients en burnout professionnel estime que le pourcentage de patients sujets à rechute était de 25% ou moins. Cependant, au sujet du pourcentage de rechutes, pour près d'un quart (24%) de psychiatres-psychothérapeutes il était impossible de le préciser.

Pour la majorité (62,2%) des psychiatres-psychothérapeutes ayant pris eux même en charge des patients en burnout professionnel, le temps d'attente de cette prise en charge est inférieur à 4 semaines. Ils sont 20,8% à rapporter un « accès plutôt difficile, temps d'attente de plus d'un mois » et 7,9% à parler d'un « accès très difficile, temps d'attente de plus de trois mois ».

Parmi les mesures considérées les plus pertinentes par les psychiatres-psychothérapeutes pour mieux prendre en charge le burnout professionnel on retrouve la « détection au stade précoce » (68,7%) et le « dialogue avec les employeurs/RH ». D'autres mesures telles que l'« interdisciplinarité dans la prise en charge », une « campagne de sensibilisation », la « dissolution du stigma/tabou lié au burnout », la « responsabilisation des entreprises » et les « programmes de santé publique » ont été citée par 40% à 45% de psychiatres-psychothérapeutes. A noter que la « révision de la liste des maladies professionnelles » affiche le pourcentage le plus faible avec seulement 22,4% de psychiatres-psychothérapeutes qui la considère comme mesure pertinente pour une meilleure prise en charge le burnout professionnel.

En ce qui concerne les spécialistes ou professionnels avec qui les psychiatres-psychothérapeutes souhaiteraient une meilleure collaboration, la catégorie « employeur ou responsable des ressources humaines » est la plus fréquemment citée (71,3%).

Psychologues

La grande majorité des psychothérapeutes et psychologues cliniciens (90,3%) et des psychologues ayant une autre spécialisation (91,2%) a déjà été confrontée à des personnes en burnout dans le cadre de leur pratique. Près de 88% des psychothérapeutes et psychologues cliniciens et 43,5% des psychologues d'autres spécialisations prennent eux-mêmes en charge les personnes en burnout. La durée moyenne du traitement offert par les psychologues est de 10,6 mois. Nos résultats montrent

que les psychologues alémaniques sont plus souvent confrontés à des clients en burnout (90,5%) que les psychologues francophones (87,1%) et italianophones (78,1%).

Le lieu de travail des psychologues s'est avéré associé avec le fait d'être confronté à des patients en burnout. Ainsi, 93,8% des psychologues qui travaillent dans des cabinets ou dans des centres de soins privés reçoivent ce type de clients. Dans les hôpitaux et cliniques publiques, 84,7% des psychologues sont confrontés à des personnes en burnout. Dans les entreprises, ce pourcentage est encore moins important (74,6%).

Plus de la moitié des psychologues (53,4%) estiment que la majorité de leurs clients les consultent alors qu'ils sont en état de burnout modéré, 25,6% reportent avoir la majorité de leurs clients en burnout sévère et seuls 9% sont consultés par des clients en majorité en burnout précoce. Il est à noter que 12% des répondants ne pouvaient pas préciser le stade de burnout de leurs clients.

Lors de l'anamnèse, 88,2% des psychologues tentent d'identifier des facteurs liés aux conditions de travail et à l'activité professionnelle chez les personnes en burnout. Les facteurs le plus souvent évalués sont : la charge et le rythme de travail (pour 90,6% des psychologues), la reconnaissance et la valorisation (85,4%), les relations interpersonnelles au travail (80,1%), l'aménagement du temps (67,6%), la latitude décisionnelle et la marge de manœuvre (62,8%), l'équilibre vie professionnelle/vie privée (62,3%), la culture organisationnelle (61,4%), le contenu et la fonction du poste (55,4%) et les exigences émotionnelles (54,2%). Les facteurs moins fréquemment évalués sont : le type de contrat et la sécurité du poste (40,6%), les processus et le système de l'organisation (49,4%), l'environnement et l'équipement (28,4%), l'évolution de carrière (27,8%) et les autres facteurs (3,6%).

Des facteurs liés au contexte personnel et social sont évalués par 59,8% des psychologues. Les questions les plus souvent posées concernent : la famille du patient (78,7%), les relations de couple (64,5%), les finances (63,8%) et les enfants (57,5%) du patient. D'autres facteurs sur lesquels les psychologues se renseignent sont liés aux réseaux sociaux (34,5%), aux amis (25,8%), au lieu de vie (21,3%), au voisinage (10%) et à d'autres facteurs (13%).

Globalement, les psychologues ont évalué le temps d'attente avant leur prise en charge comme assez rapide, avec un temps d'attente de moins de 4 semaines (40,2%) ou sans temps d'attente (18,8%). Près de 28% des psychologues ont indiqué un temps d'attente supérieur à un mois et 6,8% supérieur à 3 mois. La grande majorité des psychologues voit leurs clients chaque semaine (66,6%) ou toutes les deux semaines (31,2%). La proportion des consultations avec une fréquence de plus d'un mois est faible (1,9%). En ce qui concerne l'accessibilité des soins sur le plan financier, 54,2% des psychologues estiment que leur prise en charge peut s'avérer inaccessible pour les personnes avec un revenu faible ; 42,8% considèrent que leurs prestations sont accessibles à toutes les bourses.

La psychothérapie est un moyen thérapeutique largement utilisée par les psychologues. La distribution des types de psychothérapie pratiquée, par ordre décroissant, se présente ainsi : psychothérapie cognitivo-comportementale (50,1%), (psycho-)éducation pour négocier avec l'employeur/l'assurance/l'entourage (40,3%), psychothérapie systémique (25%), psychothérapie corporelle et intégrative (22,8%), psychothérapie psychodynamique (17,5%), psychothérapie humaniste (16,6%), psychothérapie psychanalytique (7,3%), psychothérapie en groupe (6,8%).

Outre la psychothérapie, les psychologues ont cité divers moyens utilisés pour aider leurs clients. Le moyen le plus fréquemment mentionné est l'arrêt de travail (mentionné par 48,9% des psychologues). À préciser que 40% des psychologues ont déclaré que les arrêts de leurs clients durent entre 4 et 6 mois, 27,5% entre 0 et 3 mois et 15,8% entre 7 et 12 mois. Les arrêts de plus de 12 mois sont rares (2,6%). La pratique d'exercices physiques est fréquemment conseillée aux clients (44,7%), suivi d'une réduction du taux d'activité (33,7%) et du traitement médicamenteux (28,5%). Il est à noter que les exercices physiques sont plus souvent prescrits dans les régions de Zurich, de la Suisse du nord-ouest et de la Suisse orientale (57,8%, 53,9%, et 51,9% respectivement).

Les résultats de cette enquête laissent penser que le traitement médicamenteux n'est pas fréquent parmi les clients qui consultent les psychologues. En effet, seuls 9% des psychologues estiment que la grande majorité de leurs clients (plus de 75%) sont sous traitement médicamenteux. Près d'un tiers des psychologues (29%) estiment qu'à peu près la moitié de leurs clients (entre 26 et 75%) prennent des médicaments. Un autre tiers des psychologues (33%) déclarent que moins de 25% des clients reçoivent un tel traitement. À noter que 29% des psychologues ne pouvaient pas préciser la proportion de leurs patients sous traitement médicamenteux.

Le lieu de travail des psychologues est également associé avec le type de prise en charge. Ainsi, parmi les patients qui sont sous traitement médicamenteux, 41,7% voient leur psychologue dans un hôpital ou une clinique publique, 29,5% consultent dans des cabinets et centres de soins privés et 6,7% en entreprises. La psychothérapie est plus souvent utilisée par des psychologues qui travaillent dans des cabinets et centres de soins privés (31,1%) et plus rarement dans des hôpitaux et cliniques publiques (24%) et dans des entreprises (7,8%).

Les psychologues rapportent relativement rarement collaborer avec d'autres professionnels. Ainsi, parmi les répondants, seuls 24,3% ont rapporté qu'ils contactent l'employeur de leurs clients. Ces contacts sont plus fréquents en Suisse centrale, Suisse orientale et à Zurich (40%, 33,3% et 31,3% respectivement). Dans d'autres régions, la collaboration avec les employeurs est encore moins fréquente : elle s'élève à 28,9% en Suisse du nord-ouest, à 27,4% dans l'Espace Mitteland et à 10,6% dans la région lémanique. Il est important de noter que les psychologues qui prennent contact avec l'employeur déclarent une proportion de leur clients aptes à reprendre le travail plus élevée. Ainsi, 73,9% des psychologues qui contactent l'employeur estiment que la majorité de leur clients (plus de 75%) pourraient reprendre leur travail, alors qu'ils sont seulement 26,2% s'ils ne contactent pas l'employeur.

Des contacts avec un médecin conseil de l'assureur et avec des pharmacologues sont également rares (15,2% et 15,7% respectivement). Quand de tels contacts ont lieu, ils sont également plus fréquents dans les cantons alémaniques. En effet, 20,8% des psychologues germanophones sollicitent les médecins conseil et 21,6% collaborent avec les pharmacologues contre 9,5% et 8,2% de leurs homologues francophones.

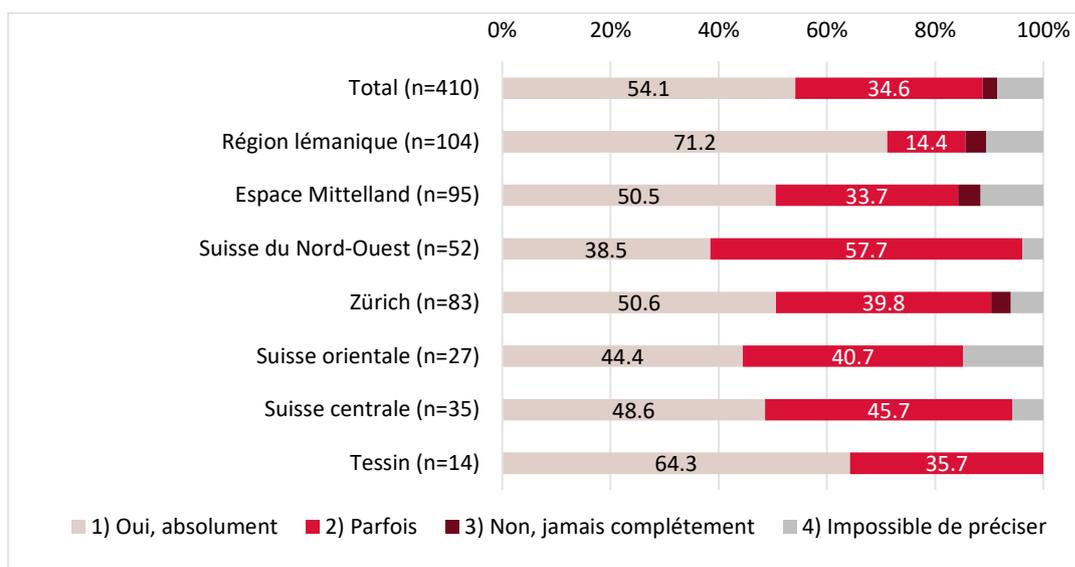
Il est à noter que la fréquence de prise de contact avec l'employeur et un médecin conseil est également associée avec le lieu de travail des psychologues. Ces contacts sont plus fréquents chez les psychologues travaillant dans des hôpitaux et cliniques publiques (47,9% et 27,1% respectivement) et chez ceux qui travaillent dans des entreprises (30% et 23,3%). Ils sont plus rares dans des cabinets et centres de soins privés (21,7% et 14,2%).

Environ 60% des psychologues rapportent n'être jamais (18,1%) ou rarement (42,2%) consultés pour l'organisation de la reprise du travail de leurs clients. Cependant, 26,3% disent être fréquemment consultés et 7,3% sont toujours consultés pour la reprise du travail. Parmi ceux qui sont fréquemment consultés, 81,4% sont des psychologues-psychothérapeutes, suivis par les psychologues cliniciens (8%) et les psychologues du travail et des organisations (6,2%). Les taux de consultation les plus élevés sont observés dans la partie alémanique, où 10% des psychologues ont dit être toujours consultés, 32,4% fréquemment, 41,2% rarement et 9,2% jamais. Dans la partie francophone, seuls 4,8% des psychologues sont toujours consultés et 22,5% sont consultés fréquemment ; 31,3% d'entre eux ne sont jamais consultés et 36,1% rarement. Dans la partie italianophone, les psychologues sont consultés rarement (84,6%) ou jamais, mais ce résultat doit être relativisé car le pourcentage a été estimé à partir de moins de 15 réponses.

Les psychologues qui sont fréquemment ou toujours consultés pour la reprise du travail de leurs patients ont plus de patients en arrêt de travail, 62,3% et 59,4% respectivement. Par ailleurs, les psychologues qui sont toujours ou fréquemment consultés offrent plus souvent une (psycho-)éducation pour négocier avec l'employeur, l'assurance ou l'entourage (50% et 59,4%). Inversement, les psychologues qui sont rarement ou jamais consultés, offrent cette forme d'éducation plus rarement (38,9% et 23,9%).

À la question concernant le pronostic du burnout, 55,7% des psychologues ont répondu qu'un burnout professionnel peut absolument être guéri, 33,1% qu'il peut parfois être guéri et 2,8% qu'il ne peut jamais être complètement guéri. 8,5% des psychologues ont déclaré qu'il est impossible de répondre à la question sur le pronostic du burnout. Le pronostic du burnout est variable selon la région. Il est le plus positif dans la région lémanique où 71,2% des psychologues ont répondu qu'un burnout peut absolument être guéri. Ce pronostic se rapproche de la moyenne dans l'Espace Mittelland (50,5%), dans le canton de Zurich (50,6%) et dans la Suisse centrale (48,6%). Il est cependant inférieur à la moyenne dans les régions de la Suisse du nord-est (38,5%) et de la Suisse orientale (44,4%). Bien qu'au Tessin le pronostic soit perçu de façon positive (64,3%), il est difficile de tirer une conclusion à cause d'un faible nombre de réponses dans cette région (Figure 22).

Figure 22 Par grande région, répartition des psychologues selon leur pronostic sur la possibilité de guérison du burnout professionnel, en %



Nous avons observé que les croyances des psychologues sur le pronostic de guérison du burnout sont associées avec le type de traitement. Les psychologues qui croient qu'il est tout à fait possible ou parfois possible de guérir un burnout ont moins de clients sous traitement médicamenteux (25,7% et 35,9% respectivement) que ceux qui croient qu'un burnout ne peut jamais être complètement guéri (54,6%). De façon analogue, les psychologues qui ont des croyances positives sur le pronostic (possible ou parfois possible de guérir) utilisent plus souvent une psychothérapie (82% et 85,9%), tandis que ceux qui ont un pronostic négatif utilisent la psychothérapie plus rarement (45,6%). Les clients avec un taux d'activité réduit sont plus fréquents chez les psychologues qui ne croient pas que le burnout peut être complètement guéri (54,6%) que chez ceux qui croient que cela est tout à fait possible ou parfois possible (31,1% et 40%). Les psychologues convaincus qu'il est toujours ou parfois possible de guérir le burnout sollicitent plus souvent un médecin conseil (14,7% et 22,5%) alors que ceux qui pensent que le burnout est impossible à guérir les contactent rarement (9,1%). Il est important de préciser que les psychologues ayant un pronostic pessimiste concernant la guérison du burnout (« un burnout ne peut jamais être complètement guéri ») travaillent tous en cabinets et centres de soins privés.

La proportion de clients jugés aptes à reprendre le travail est aussi fortement associée aux croyances du psychologue concernant le pronostic du burnout. Ainsi, cette proportion est la plus élevée (>75%) lorsque le psychologue est convaincu qu'il est toujours possible de guérir un burnout. Chez ceux qui croient qu'il est parfois possible de le guérir, la proportion de clients aptes à reprendre le travail est entre 50 et 75%. Au contraire, chez les psychologues pensant qu'il est impossible de guérir du burnout, une faible proportion de patients aptes à reprendre le travail (<25%, soit 1 patient sur 4 seulement) est beaucoup plus fréquente.

Les psychologues ont trouvé que les mesures suivantes sont les plus pertinentes pour améliorer la prise en charge du burnout (dans l'ordre décroissant) : détection au stade précoce (79,4%), dialogue avec les employeurs/RH (64,5%), interdisciplinarité dans la prise en charge (61%), campagne de sensibilisation (52,6%), dissolution du stigmate /tabou lié au burnout (51,1%), responsabilisation des entreprises (50,2%), programmes de santé publique (46,9%), classification en tant que maladie (43,1%), formation pré-graduée et post-graduée des spécialistes (32,5%), révision de la liste des maladies professionnelles (31,1%), inspection du travail (27,1%), recherches dans le domaine (24,9%), formation médicale/paramédicale continue (18%), autre (5,6%) (Figure 18).

Les psychologues souhaiteraient avoir une meilleure collaboration avec les spécialistes suivants : employeur ou responsable des ressources humaines (67,7%), médecin de famille (45,4%), médecin du travail (34,9%), médecin-conseil (32,2%), médecin psychiatre-psychothérapeute (27,6%), psychologue du travail (15,1%), corps politique (13,8%), infirmier spécialisé en santé au travail (11,8%), chercheur, expert (9,9%), psychologue-psychothérapeute (9,5%), coach (5,9%), neuropsychologue (4,3%), pharmacologue (2,3%), autre (5,6%).

Afin d'améliorer des interactions entre les professionnels, les psychologues ont proposé les modalités suivantes : organiser des réunions de réseau ou des colloque (53,3%), des rencontres "tripartites" : employé /employeur/thérapeute (49,1%), des échanges téléphoniques avec leurs collègues/confrères ou d'autres professionnels (44,7%), des rencontres de partage d'expériences (39,5%), de l'intervision (38,9%), des formations interdisciplinaires (38%), une correspondance par courriel (26,2%), une supervision (9,8%), des forum de discussion sur internet (9,3%), autre (3,8%) (Figure 19).

3.6 Comparaison des pratiques des professionnels de santé vaudois au niveau régional et national

Près de 20% des répondants de l'enquête exerçait principalement dans le canton de Vaud, ce qui représente la participation la plus élevée, suivie de Genève (12%) et Berne (11%). Pour chacune des variables de l'enquête, nous avons comparé les réponses des professionnels de santé vaudois avec celles des professionnels des autres cantons de Suisse. Le bilan complet de la comparaison des différents sujets traités dans l'enquête est présenté en Annexe 7.4. A part les différences régionales déjà décrites, il existe quelques différences de pratiques propres aux professionnels de santé vaudois. Premièrement, les participants vaudois étaient plus jeunes que la moyenne nationale. De plus, bien qu'il y ait moins de médecins généralistes dans le canton du Vaud que dans d'autres cantons (Annexe 7.4, Q4), le taux de réponse des médecins généralistes vaudois était plus élevé que ceux des autres cantons. De même, les médecins psychiatres vaudois représentent une part plus élevée de notre échantillon que celle attendue selon les données fournies par la FMH. La proportion de psychologues du travail et/ou des organisations parmi l'ensemble des psychologues était plus élevée dans le canton de Vaud que dans d'autres cantons. Un peu plus de la moitié des répondants vaudois exercent en cabinet privé contre près de 2/3 dans d'autres cantons. Lorsqu'il s'agit d'une situation de burnout, les personnes sont en majorité des collaborateurs sans fonction managériale dans le canton de Vaud contre une majorité de cadres intermédiaires –Chefs/ffes d'équipe dans d'autres cantons. Cette différence reste plutôt faible, même si le test statistique de

lien de dépendance est significatif. En termes de stade de burnout, les professionnels de santé vaudois ont déclaré avoir ou avoir eu plus de patients en stade sévère et moins de patients en stade modéré, en comparaison avec d'autres cantons qui avaient plus de patients en stade modéré et moins de patients en stade sévère. L'utilisation d'analyses biologiques ou de mesures physiologiques pour affiner le « diagnostic » du burnout était significativement moins rapportée par les répondants vaudois que par ceux des autres cantons. En les comparant avec leurs pairs dans d'autres cantons, il apparaît que les psychologues vaudois identifient plus souvent, chez les individus en burnout, les facteurs liés aux dispositions individuelles (ex : trait de personnalité), les facteurs liés au contexte personnel et social ainsi que les facteurs liés aux conditions de travail et à l'activité professionnelle. Lorsque les professionnels de santé ne prennent pas eux-mêmes leurs patients en charge, les professionnels vaudois les réfèrent plus souvent à un médecin du travail (15%) que les répondants dans les autres cantons (4%). Quant aux médicaments prescrits, les benzodiazépines ou les hypnotiques (sommifères-antihistaminiques-sédatifs) sont plus souvent prescrits par les médecins vaudois que dans d'autres cantons. À la question « Quel est le pronostic d'un burnout professionnel : est-ce possible de le "guérir" ? », les réponses étaient « Oui, absolument » pour deux répondants vaudois sur trois contre un peu plus que la moitié dans d'autres cantons. Pour la prise en charge du burnout, les répondants vaudois prescrivent plus souvent un arrêt de travail et une réduction du taux d'activité en comparaison avec les autres cantons. En ce qui concerne les mesures les plus pertinentes pour mieux prendre en charge le burnout, les professionnels vaudois citent davantage le besoin d'une formation pré-graduée et post-graduée des spécialistes, le besoin d'une formation médicale/paramédicale continue et le fait de responsabiliser les entreprises. La nécessité d'une détection du burnout au stade précoce et d'autres mesures, notamment l'interdisciplinarité dans la prise en charge, étaient proposées de manière comparable dans le canton de Vaud et les autres cantons. Quant à la collaboration avec les spécialistes ou d'autres professions, les répondants vaudois souhaitent plus de collaboration avec les médecins-conseils des assurances et avec les médecins du travail. Les autres collaborations souhaitées, notamment avec l'employeur ou les responsables des ressources humaines, étaient comparables entre le canton de Vaud et les autres cantons. À la question « Quels types d'interactions pourraient améliorer cette collaboration interdisciplinaire ? », les répondants vaudois ont cité les mêmes types d'interactions que les professionnels des autres cantons, mais ont mis plus l'accent sur la formation interdisciplinaire. En revanche, ils ont peu cité la « rencontre "tripartite" : employé /employeur/thérapeute », davantage préconisée par les répondants des autres cantons.

4 Discussion

4.1 Synthèse et discussion des principaux résultats

Cette étude épidémiologique menée auprès des professionnels de la santé suisses a permis de répondre aux objectifs suivants :

- Repérer les principaux symptômes du burnout professionnel en général et propres à chaque stade de son évolution ;
- Quantifier la prévalence du burnout dans la patientèle des médecins et psychologues ;
- Préciser comment le burnout est diagnostiqué par les professionnels de la santé ;
- Décrire les pratiques actuelles de la prise en charge du burnout professionnel en Suisse ;
- Investiguer des liens entre les différentes modalités de la prise en charge du burnout et l'aptitude à reprendre leur travail après le traitement;
- Investiguer des liens entre les différentes modalités de la prise en charge du burnout et le taux de rechute.

4.1.1. Prévalence et symptômes du burnout

La grande majorité de professionnels de la santé qui ont répondu à notre enquête a été confrontée aux personnes en burnout. D'un côté, cela pourrait être dû au fait que les professionnels qui reçoivent fréquemment en consultation des personnes en burnout seraient davantage intéressés à participer à notre enquête. D'un autre côté, cela pourrait être la conséquence de la prévalence élevée du burnout, mais également du stress et de l'épuisement émotionnels dans leur patientèle. En effet, selon nos estimations, 6% de la patientèle des médecins et 9% de la clientèle des psychologues sont en burnout. Il est à noter que les médecins généralistes de la région lémanique et du Tessin ont rapporté avoir plus de patients en burnout sévère que leurs confrères d'autres régions.

Ces données peuvent être comparées à l'Enquête suisse sur la santé publiée en 2019¹⁴. Selon cet enquête, 20% des personnes professionnellement actives ressentent de l'épuisement émotionnel, qui est considéré comme un indicateur de risque accru de burnout. Il est à noter que l'épuisement émotionnel a été déclaré plus fréquemment par les personnes qui ressentent du stress, perçoivent un faible soutien social et estiment que les exigences émotionnelles de leur travail sont élevées. La même enquête a révélé que 21% de la population active ressent souvent ou toujours du stress au travail et perçoit un faible soutien social. Ces chiffres suggèrent que l'épuisement émotionnel, le stress et le burnout sont, malheureusement, des phénomènes largement répandus dans le milieu de travail en Suisse.

Selon nos résultats, les catégories des professions qui ont été citées comme étant majoritairement touchées par le burnout sont les cadres intermédiaires et les chefs d'équipe, mais aussi les collaborateurs sans fonction managériale. Parmi les catégories moins souvent citées se trouvent les indépendants, les cadres supérieurs et les membres de la direction. Cela est conforme aux données de l'Enquête suisse sur la santé ¹⁴ selon laquelle les catégories de professions les plus touchées par l'épuisement émotionnelle sont les salariés d'entreprises privées et publiques ayant fonction de direction et fonction de chef, mais également ceux sans fonction de chef. Par ailleurs, les catégories les moins touchées par l'épuisement émotionnelle sont les indépendants, les dirigeants des entreprises privées et les collaborateurs d'entreprises familiales.

Grâce à notre étude, nous avons exploré les symptômes que présentent les personnes en burnout à chaque stade de son développement. Selon notre analyse, les problèmes de sommeil sévères sont le symptôme le plus fréquemment cité par les professionnels de la santé dans la description de tous les stades de burnout. C'était également le symptôme que nous avons le plus souvent retrouvé dans la description des stades précoce et modéré du burnout. D'autres caractéristiques du stade précoce étaient fatigue, irritabilité, stress et épuisement. Les symptômes du stade modéré étaient épuisement, anxiété, fatigue, stress et dépression légère ou modérée. Quant au stade sévère, les signes les plus souvent cités ont été dépression sévère et épuisement suivis par les problèmes de sommeil sévères et l'anxiété, et plus rarement par la dépression précoce ou modérée. Des tendances suicidaires ont été également mentionnées parmi les symptômes du burnout sévère.

Ces symptômes se retrouvent également dans la présentation clinique du burnout communiquée dans les recommandations thérapeutiques du Réseau suisse d'experts sur le burnout (SEB) ¹⁵ et dans la fiche-mémo de l'Institut national de recherche et de sécurité pour la prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles (INRS) en France ¹⁶. Il est important de noter que les recommandations et la fiche-mémo comprennent également des symptômes corporels (troubles digestifs, douleurs ou incapacité de se reposer et de récupérer) et cognitifs (troubles de l'attention, de la concentration, de la mémoire, indécision et flexibilité intellectuelle réduite) ainsi que des changements de comportement (activité accrue ou moindre, repliement social, comportement de dépendance, absence au travail). Les répondants de notre enquête ont cité les principaux symptômes qu'ils observent le plus fréquemment. Néanmoins, tenir compte des manifestations du burnout au niveau cognitif, somatique et comportemental pourrait aider à préciser le diagnostic et à améliorer la prise en charge des patients.

4.1.2. Pratiques diagnostiques et thérapeutiques

Généralement, des professionnels de la santé prennent en charge eux-mêmes les patients en burnout. Dans le cas contraire, ils réfèrent leurs patients à d'autres professionnels. Les médecins généralistes réfèrent les personnes en burnout principalement à un psychiatre-psychothérapeute ou un psychologue-psychothérapeute. Les psychiatres réfèrent leurs patients à un autre psychiatre, à un psychologue-psychothérapeute ou à un case-manager. Les psychologues les réfèrent à un autre psychologue-psychothérapeute, à un psychiatre, à un médecin du travail ou à un centre de soin spécialisé.

L'utilisation des échelles d'évaluation du burnout n'est pas fréquente parmi les professionnels de la santé qui ont répondu à notre enquête. En effet, seul un psychiatre sur cinq et un médecin

généraliste sur huit les utilisent. Cependant, ils pourraient en bénéficier, car selon les recommandations du SEB ¹⁵, ces échelles et questionnaires permettent de préciser les résultats d'une évaluation psychiatrique ou d'un diagnostic différentiel. De plus, afin d'étayer les autres diagnostics différentiels importants, les échelles d'anxiété, de la dépression et de la somnolence diurne sont d'une grande utilité ¹⁵.

Parmi les modalités thérapeutiques utilisées pour traiter le burnout, la prescription d'un arrêt de travail, d'une réduction du taux d'activité et de traitements médicamenteux ont été le plus souvent citées par les médecins généralistes et les psychiatres. Parmi d'autres modalités de traitement figurent la psychothérapie (la psychothérapie cognitive comportementale étant la plus souvent mentionnée), les exercices physiques, la (psycho)éducation pour négocier avec l'employeur, l'assurance ou l'entourage, ainsi que contacter l'employeur du patient ou le médecin conseil de l'assureur et collaborer avec un (neuro)psychologue ou un pharmacologue.

Si un traitement médicamenteux est utilisé, les antidépresseurs sont le plus souvent prescrits suivis par les hypnotiques, les somnifères et les antihistaminiques, ainsi que les sédatifs et les benzodiazépines. Il est à noter que les médecins généralistes prescrivent les benzodiazépines plus fréquemment dans la région lémanique et au Tessin. Cela pourrait être en lien avec le fait que dans ces deux régions de la Suisse la proportion des patients qui consultent les médecins généralistes à cause d'un burnout sévère est plus importante que dans d'autres régions. Dans ces mêmes régions, les hypnotiques, les somnifères, les sédatifs et benzodiazépines sont plus souvent administrés par les psychiatres-psychothérapeutes.

Les recommandations du SEB ¹⁵ indiquent également le traitement médicamenteux en cas de burnout. Il est notamment recommandé d'administrer des antidépresseurs pour traiter une dépression comorbide et de prescrire des antidépresseurs sédatifs ou des neuroleptiques atypiques afin de rétablir le sommeil. Il est intéressant de rappeler qu'au Pays-Bas, les recommandations pratiques indiquent que l'efficacité des médicaments pour traiter le burnout n'a pas été démontrée. De même, en Belgique, les spécialistes s'accordent sur la nécessité d'une prise en charge interdisciplinaire, soulignant qu'en aucun cas la prescription du médicament ou d'un arrêt de travail seuls suffit ¹⁷. De plus, certains travaux scientifiques alertent la communauté médicale sur la surutilisation des antidépresseurs et leur impact négatif sur la santé mentale de la population. Par exemple, Masiero et collègues ¹⁸ ont étudié les relations entre la vente des antidépresseurs en Suisse et les taux de suicide, de dépression et d'autres troubles mentaux. Les auteurs ont révélé que durant les 15 dernières années, la vente des antidépresseurs a augmenté de 50%. L'augmentation de consommation des antidépresseurs a amené à une hausse des hospitalisations avec la dépression de 6,5% et des hospitalisations avec toutes les maladies psychiques confondues de 2%. De plus, Masiero et collègues ¹⁸ et Moore et collègues ¹⁹ ont observé que durant les deux dernières décennies, les prescriptions d'antidépresseurs pour une dépression légère et modérée ont augmenté, tandis que ces médicaments devraient être réservés aux patients ayant le diagnostic d'une dépression majeure ^{18,20}. L'administration d'antidépresseurs pour des formes de dépression plus légères n'est pas conseillée car leur efficacité a été prouvée pour la dépression majeure uniquement ¹⁹, mais aussi à cause d'un risque suicidaire plus élevé, d'une probabilité plus élevée de survenue d'effets secondaires inconnus ²⁰ et des symptômes de sevrage qui peuvent être particulièrement sévères dans cette population ²¹.

Dans leur rapport, Masiero et collègues¹⁸ insistent sur l'importance de suivre les guidelines sur la prescription des médicaments psychotropes. Les auteurs soulignent également que des traitements alternatifs à la pharmacothérapie doivent être utilisés si possible. Ils suggèrent que la surutilisation des médicaments est liée au manque de psychothérapeutes formés pour prendre en charge les patients en burnout, mais aussi à la politique marketing des compagnies pharmaceutiques qui mettent la pression sur les médecins. Cela pourrait également être lié au coût des soins psychothérapeutiques et à la durée d'attente. En effet, environ la moitié des psychologues qui ont participé à notre étude estiment que leur prise en charge peut s'avérer inaccessible pour les personnes avec un faible revenu. Cela pourrait s'expliquer par le fait qu'actuellement, la prise en charge par les psychologues est remboursée par l'assurance médicale de base uniquement dans le cas de délégation par un médecin psychiatre. Les patients qui ne sont pas délégués peuvent être remboursés si leur assurance complémentaire le permet. Dans la situation actuelle, le patient qui consulte un médecin généraliste doit d'abord être orienté vers un psychiatre qui pourra alors lui prescrire une psychothérapie. Au vu du temps d'attente pour obtenir un rendez-vous avec chacun de ces spécialistes, la prise en charge du patient par un psychothérapeute peut ainsi être différée de plusieurs semaines, voire de plusieurs mois. Pourtant, d'après Millet-Ilharreguy, ce sont les psychologues cliniciens qui devraient être consultés en premier ressort pour résoudre les désarrois psychologiques. Le médecin traitant et le psychiatre seraient sollicités en deuxième et troisième intention, « lorsque la douleur psychique se fait plus intense et prennent une expression essentiellement physique ». Ensemble ils peuvent éclaircir la souffrance psychique et la catégoriser, « pour mieux l'individualiser et proposer une stratégie thérapeutique adaptée »²².

La surutilisation des traitements médicamenteux est également mise en question par d'autres chercheurs qui suggèrent de les remplacer ou de les combiner avec une intervention psychologique ou comportementale dans tous les cas où cela est possible. En effet, Matheson et collègues²³ et Ramakrishnan et Scheid²⁴ estiment que pour le traitement de l'insomnie, qui est un symptôme majeur du burnout précoce et modéré, la thérapie de première ligne devrait consister en une intervention comportementale. Si cela n'est pas possible ou si l'intervention psychologique ne s'avère pas efficace, un traitement médicamenteux peut alors être proposé. Néanmoins, la prise de médicaments devrait être prescrite pendant une courte période de temps et aux doses les plus faibles possible^{23, 24}. Des précautions doivent également être prises lors du traitement des patients âgés et de ceux qui souffrent d'une apnée du sommeil²³.

Des interventions psychologiques sont également recommandées pour le traitement de la dépression²⁵ et de l'anxiété²⁶ qui dès le stade modéré deviennent des symptômes dominants du burnout. En effet, une activité sportive adaptée aux capacités physiques du patient, des exercices de relaxation, de yoga ou de Mindfulness (méditation en pleine conscience), ainsi que la psychothérapie cognitivo-comportementale (TCC) sont largement recommandées^{15, 23, 24, 27, 28}. L'efficacité de ces techniques a été démontrée dans plusieurs études. Par exemple, la TCC réduit de façon importante l'épuisement émotionnel des patients en burnout²⁹ et est efficace pour le traitement de l'anxiété²⁶. Elle est également conseillée pour améliorer l'image de soi des personnes en burnout, pour adopter des attitudes et des stratégies d'adaptation fonctionnelle ainsi que pour gérer des problèmes interpersonnels¹⁵. Selon Grensman et collègues³⁰, la TCC, la Mindfulness based cognitive therapy (MBCT) et le yoga traditionnel augmentent significativement la qualité de vie des patients en burnout (avec une faible supériorité de la MBCT et du yoga). Les auteurs les recommandent pour traiter et prévenir le burnout.

Il est important de noter que plusieurs moyens de traitement peuvent être combinés afin de réduire les symptômes du burnout, favoriser la régénération de la vitalité et des capacités de récupération des patients, et permettre une augmentation de la résistance au stress et un renforcement des stratégies d'adaptation constructive ¹⁵. Une approche thérapeutique multidisciplinaire semble la solution la plus efficace.

En ce qui concerne l'arrêt de travail, notre enquête montre qu'il est prescrit par la grande majorité des médecins généralistes et des psychiatres, avec une durée moyenne d'environ cinq mois. La réduction du taux d'activité est presque deux fois moins fréquemment prescrite que l'arrêt de travail. Il est à noter que la prescription d'une réduction du taux d'activité par les psychiatres est plus fréquente en Suisse centrale, dans la région lémanique et dans l'Espace Mittelland par comparaison aux autres régions. Les médecins généralistes de la région lémanique prescrivent également la réduction du taux d'activité plus souvent que leurs confrères dans d'autres régions.

Le travail est de grande importance pour l'intégration sociale et pour la construction d'une identité sociale ³¹. De plus, le travail structure les journées et donne un sens à la vie des personnes en bonne santé et celles ayant des problèmes de santé mentale ^{15, 31, 32}. L'absence du travail pourrait alors amener à des conséquences négatives pour le bien-être social et psychologique ³¹. En effet, Engström et Janson ³³ ont montré que l'absence prolongée du travail (supérieure à une année) est négativement associée au retour au travail chez les personnes qui étaient en arrêt-maladie à cause de problèmes liés au stress. Des résultats similaires ont été obtenus dans un essai randomisé contrôlé ³⁴ dans lequel les auteurs ont comparé l'efficacité de deux programmes visant le retour au travail des patients en burnout. Les résultats de cette étude ont montré que 88% des participants qui étaient en arrêt de travail pendant six mois ou plus avant l'intervention ne pouvaient pas reprendre leur travail pendant 12 mois de suivi après intervention. Néanmoins, selon Isaksson Ro et collègues ³⁵, l'arrêt de travail peut, dans certains cas, s'avérer bénéfique. En effet, les jeunes médecins norvégiens rapportent qu'ils évitent de recourir à l'arrêt de travail, alors même qu'ils déclarent une augmentation des problèmes liés à leur santé mentale et un besoin de traitement. Dans cette population, le nombre de semaines d'absence en raison de maladie a été positivement corrélé avec une réduction de l'épuisement émotionnel. Les auteurs concluent que l'arrêt de travail pourrait améliorer la santé mentale et prévenir le burnout chez les médecins. Par conséquent, la nécessité d'un arrêt de travail doit être évaluée pour chaque patient et sa durée doit être bien adaptée aux besoins de celui-ci. Les professionnels de la santé doivent également garder à l'esprit qu'une diminution de taux d'activité peut représenter une alternative à l'arrêt de travail.

La question concernant les modalités thérapeutiques utilisées a également été posée aux psychologues. La modalité la plus citée était la psychothérapie. Les psychologues ont également mentionné d'autres moyens, tels que la médication, l'arrêt de travail ou la réduction du taux d'activité. Cependant, nous n'en discutons pas ici, car ces résultats sont difficilement interprétables. En effet, en Suisse, les psychologues n'ont pas le droit de prescrire des médicaments ou un arrêt de travail. Un psychologue peut, néanmoins, suggérer à son patient de demander à son médecin traitant de lui prescrire un médicament ou un arrêt. En outre, un nombre important de patients est référé vers les psychologues par un médecin généraliste ou par un psychiatre. Ces patients, avant leur prise en charge par un psychologue, pouvaient déjà recevoir un traitement médicamenteux ou être en arrêt de travail. Notons, toutefois que le traitement médicamenteux dans la clientèle des psychologues semble nettement moins fréquent que dans la clientèle de médecins.

Pour résumer, les pratiques thérapeutiques rapportées par les répondants à notre enquête sont généralement conformes aux recommandations du SEB sur le traitement du burnout. Cependant, ces pratiques pourraient être améliorées, premièrement, par une diminution des traitements médicamenteux et la promotion d'intervention psychologiques et comportementales dans une logique d'un traitement multimodal personnalisé. De telles modifications des pratiques thérapeutiques nécessiteraient cependant le développement de pratiques collaboratives entre les professionnels concernés, ainsi que des négociations avec les assureurs, les décideurs en santé publique au niveau cantonal ou national et, le cas échéant, avec les acteurs économiques ³⁶.

L'hétérogénéité de traitement des patients en burnout observée dans notre enquête se retrouve également dans les résultats d'une étude réalisée avec la participation des médecins d'Unisanté ⁴. Un tiers des médecins interrogés ont déclaré que la définition du burnout et les critères de son diagnostic ne sont pas clairs. Par conséquent, il n'est pas rare que même s'ils suspectent un burnout chez leur patients, un autre diagnostic soit posé. Selon les participants à cette étude (médecins généralistes et médecins du travail), la clarification de la définition et des critères diagnostiques, l'élaboration de recommandations pour le traitement et la promotion de la communication entre différents acteurs permettra d'améliorer la prise en charge du burnout ⁴. Cette problématique a été également soulevée lors de la table ronde où nous avons présenté les résultats de notre enquête aux experts. Cela suggère que les recommandations du SEB sur le traitement du burnout, publiées sur le site web de la FMH, restent peu connues dans le milieu des professionnels de la santé. Leur promotion pourrait améliorer la précision du diagnostic et la prise en charge des patients.

4.1.3. Organisation du retour au travail

En ce qui concerne l'organisation de la reprise du travail, les professionnels de la santé ont déclaré avoir peu de contacts avec l'employeur ou l'assureur de leurs patients. En effet, la plupart des médecins généralistes et des psychologues a déclaré que l'employeur ne les contacte que rarement ou jamais pour organiser la reprise du travail de leurs patients. Les psychologues de la partie alémanique ont rapporté être plus souvent consultés par l'employeur que dans les régions francophones ou italianophones.

Cependant, les professionnels de la santé peuvent eux-mêmes initier des contacts avec l'employeur ou un médecin conseil de l'assureur. Les psychiatres de la Suisse alémanique sont les plus nombreux à initier de tels contacts. Quant aux psychologues, ceux exerçant en Suisse centrale, en Suisse orientale ou à Zurich prennent le plus souvent contact avec l'employeur ou le médecin conseil.

Les résultats de notre enquête suggèrent que le contact avec l'employeur et une collaboration avec d'autres professionnels peuvent influencer le pronostic et le traitement du burnout. En effet, les psychologues qui sont en contact avec l'employeur offrent plus souvent une psychoéducation pour négocier avec l'employeur, l'assurance ou l'entourage et déclarent une plus grande proportion de leurs patients comme aptes à reprendre le travail. De plus, les médecins généralistes qui contactent l'employeur ou sollicitent le médecin conseil de l'assureur estiment que la proportion de leurs patients sujets à une rechute est plus faible.

Ces résultats sont en accord avec les recommandations du SEB ¹⁵ et la fiche mémo sur le traitement de burnout (5, 6). Dans ces documents, un accompagnement du patient lors de sa réintégration

professionnelle est fortement conseillé. Un tel accompagnement devrait être réalisé de préférence par une équipe pluridisciplinaire. L'objectif principal est de réaliser une analyse du poste et des conditions de travail afin de mettre en accord les ressources du patient avec les exigences de l'employeur, ainsi qu'identifier des facteurs déclencheurs du burnout et des stratégies d'adaptation fonctionnelles et dysfonctionnelles. Cela permet de réussir une réintégration progressive du patient en réalisant des ajustements adéquats dans son milieu de travail ^{15, 16}. En Belgique, le retour au travail constitue même la cible prioritaire d'intervention que le gouvernement belge cherche à développer ³⁷⁻³⁹.

4.1.4. Proposition d'amélioration de la prise en charge des patients

Selon les répondants à notre enquête, les mesures les plus pertinentes pour améliorer la prise en charge des patients sont les suivantes : détection du burnout au stade précoce, dialogue avec l'employeur et les ressources humaines de l'entreprise, interdisciplinarité dans la prise en charge, campagne de sensibilisation et dissolution du stigma lié au burnout, responsabilisation des entreprises, campagnes de santé publique, ainsi que formation pré- et post-graduée et formation continue.

Les différences régionales observées au sein d'une même profession et spécialité médicale ou spécialisation psychologique suggèrent, en effet, les différences de formation, mais aussi de sensibilisation des professionnels vis-à-vis du burnout. Dans notre étude qualitative, mais également dans deux autres études récentes en Suisse Romande ^{40, 41}, les médecins regrettent l'absence ou l'insuffisance de formation sur le burnout dans le curriculum de leur formation pré-graduée. Quant au cours de formation continue, qui se font généralement sous forme d'ateliers de formation par des organismes ou formateurs privés, leur contenu au regard de l'efficacité thérapeutique des mesures enseignées semble être rarement évalué ⁴². Les résultats de l'enquête à Unisanté, interpellent également par la méconnaissance de l'existence des recommandations pratiques en Suisse et indiquent que dans la formation post-gradués celles-ci sont pas ou peu présentées ⁴.

Les professionnels ont fait des propositions pour concrétiser la collaboration interdisciplinaire. Les suggestions les plus fréquemment évoquées sont : l'organisation de réunions de réseaux et de colloques, mise en place de rencontre "tripartite" entre employé, employeur et thérapeute, échanges téléphoniques avec des confrères et avec d'autres professionnels ainsi que des interventions. Près d'un tiers des répondants (29%) sont partants pour participer à un essai clinique afin de tester des modalités de prise en charge de patients en burnout. Afin d'inciter les professionnels à participer à de tels essais, ils ont proposé d'accorder aux participants une rémunération ou des crédits de formation. Ces suggestions pourraient être utiles pour développer des interventions dans le but d'améliorer la prise en charge des patients en burnout.

4.2. Validité interne

En Suisse, les médecins généralistes, les psychiatres, les médecins du travail et les psychologues sont les acteurs principaux de la prise en charge du burnout ⁶. Leur taux de réponse à notre enquête

s'est élevé à 19%. En ce qui concerne les réponses reçues, toutes les régions géographiques ont été représentées. De plus, les analyses des réponses de cette enquête ont été effectuées sur la base de données pondérées. Cette pondération a été calculée pour minimiser le biais de non-réponse et pour permettre d'extrapoler les résultats de l'enquête à l'ensemble de la population des professionnels de la santé ciblée par notre étude. L'analyse de non-réponse partielle, c'est-à-dire de l'abandon de l'eQuestionnaire en cours de route, nous a montré que les personnes qui ne l'ont pas complété avaient globalement les mêmes caractéristiques sociodémographiques que celles qui ont répondu à toutes les questions. Ce constat est particulièrement vrai chez les médecins généralistes qui représentent 50% des répondants. Le choix du design de l'étude dite transversale nous a permis d'étudier la problématique du burnout de façon optimale sans pour autant être dispensé des limitations inhérentes présentées ci-dessous. L'ensemble des résultats principaux de cette enquête a été diffusé lors d'un atelier de travail avec les membres du comité consultatif (Annexe 7.5). Les résultats ont été discutés et interprétés à cette occasion et le présent rapport s'aligne avec leur feedback (Annexe 7.5).

4.3. Validité externe

La prévalence de burnout de 6% et 9% chez la patientèle/clientèle des médecins et psychologues, respectivement, nous renseigne sur l'ampleur du phénomène en Suisse. Ces estimations sont cohérentes avec les chiffres disponibles dans des pays où le burnout est considéré comme un diagnostic (par exemple, les Pays-Bas, la Belgique ou le Danemark)⁴³⁻⁴⁵. En Belgique, un tiers des jours d'arrêt de travail est lié au stress et au burnout. Dans notre enquête, l'arrêt de travail a été prescrit par 97,2% des répondants ce qui nous montre la fréquence dominante de cette option thérapeutique pour traiter les personnes en burnout.

4.4. Valorisation des résultats

Le fait que peu de professionnels de la santé, soit 8% seulement, aient déclaré avoir ou avoir eu en majorité des patients en stade précoce du burnout révèle que peu de place est accordée à une vision préventive visant à détecter le burnout le plus tôt possible. Cette vision préventive consisterait à réduire les facteurs de risque du burnout, notamment le stress au travail et/ou à développer une culture de prévention au sein des organisations et des entreprises.

Bien que la majorité (93%) des professionnels de la santé déclarent avoir ou avoir eu des patients/clients atteints de burnout professionnel, les résultats obtenus lors de cette enquête montrent la diversité de pratiques dans la prise en charge du burnout, en particulier en matière de dépistage, d'identification ou d'approches thérapeutiques utilisées. En premier lieu, la prévalence du burnout varie d'une profession et d'une spécialité ou une spécialisation à l'autre. En deuxième lieu, la sévérité ou le stade du burnout n'a pas la même fréquence chez ces professionnels de la santé bien que ce facteur n'explique pas à lui seul cette variété de pratiques. Une diversité régionale et cantonale a également été observée dans plusieurs domaines, comme celui du pronostic, de la prévalence du burnout (sévère), du choix et de la fréquence des options thérapeutiques. Les raisons

et l'impact de cette variabilité méritent d'être étudiés davantage. De même, la relativement large proportion des professionnels qui n'ont pas d'avis sur le pronostic, la proportion de patients aptes à reprendre le travail après traitement ou la proportion de patients ayant fait une rechute et le délai de celle-ci invite à poser des questions concernant la formation professionnelle et l'efficacité des soins. Les résultats de cette étude ouvrent des pistes intéressantes, basées sur les besoins du terrain concernant les mesures susceptibles d'améliorer la qualité et l'efficacité de la prise en charge des personnes en burnout. Ces résultats constituent un apport important à la question des besoins de santé non satisfaits actuellement dans le cas de burnout, récemment évalués dans le canton de Vaud ⁴⁰.

Enfin, les résultats de cette étude présentés sous forme de résumés pour communication à des congrès scientifiques ont trouvé de l'intérêt pour la communauté scientifique pluridisciplinaire. Les résumés scientifiques originaux qui feront l'objet d'une communication à des congrès en 2022.

4.5. Limitations

Comme toute étude épidémiologique, celle-ci n'est pas exempte des limitations. Le eQuestionnaire de l'enquête a été lancé pendant la campagne de vaccination contre la Covid-19, ce qui a pu affecter la disponibilité de la population cible et le taux de réponse qui était plus faible que celui attendu. Néanmoins, le taux de réponse de 19% ainsi que la pondération des résultats réalisée pour corriger le biais de non-réponse ont permis d'assurer sur le plan statistique une représentativité pour l'ensemble de la population des professionnels de la santé ciblée par notre étude.

La prévalence du burnout dans la patientèle des professionnels de santé, les catégories des professions touchées par le burnout, ainsi que les proportions de patients recevant différents types de traitement, expérimentant une rechute ou aptes à revenir au travail ont été rapportés sur la base d'estimations des répondants à l'enquête. Il s'agit donc de chiffres approximatifs.

Enfin, l'analyse de non-réponse partielle (abandon de l'eQuestionnaire en cours de route) nous a montré que les questions ouvertes au début du eQuestionnaire en étaient une des causes principales et que ce type de question aurait eu une meilleure place plus tard ou à la fin du questionnaire. Finalement, bien que l'enquête nous décrive la prise en charge du burnout professionnel et l'ensemble des nombreux services qui y répondent, la perception individuelle des patients eux-mêmes atteints de burnout et leur parcours au sein du système de santé ne sont pas relevés à cette occasion et seraient un complément de grande valeur aux résultats présentés ici. Une étude spécifique ciblant les personnes en burnout et idéalement réalisée avec une méthode mixte est donc fortement recommandée.

5 Conclusion

Le burnout est un phénomène répandu dans toutes les régions de la Suisse et sa prise en charge est marquée par la variété des pratiques de soin. Le manque de clarté sur le diagnostic et le traitement du burnout pourrait affecter la qualité de sa prise en charge, mais aussi la qualité de vie des patients. Une harmonisation des pratiques de traitement, la mise en place de mesures permettant une détection précoce du burnout, la pluridisciplinarité de la prise en charge, ainsi qu'un renforcement des interactions interdisciplinaires et une collaboration entre les professionnels de la santé et les employeurs sont proposées pour améliorer la situation. Il est également important de mieux comprendre les différences entre les cantons en terme de prévalence du burnout et de pratiques de prise en charge afin de promouvoir les pratiques de soin et de prévention les plus efficaces.

6 Références bibliographiques

- 1 Guseva Canu I, Mesot O, Györkös C, Mediouni Z, Mehlum IS, Bugge MD. Burnout syndrome in Europe: towards a harmonized approach in occupational health practice and research. *Ind Health*. 2019;57(6):745-52.
- 2 Shoman Y, El May E, Marca SC, Wild P, Bianchi R, Bugge MD, et al. Predictors of Occupational Burnout: A Systematic Review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2021;18(17):9188.
- 3 Guseva Canu I, Marca SC, Dell'Oro F, Balázs Á, Bergamaschi E, Besse C, et al. Harmonized definition of occupational burnout: A systematic review, semantic analysis, and Delphi consensus in 29 countries. *Scandinavian journal of work, environment & health*. 2021;47(2):95-107.
- 4 Nguyen Huynh A, Beguelin A, Krief P, Marion-Veyron R, Mediouni Z, Regamey F, et al. Repérage et prise en charge des patients en burnout par les médecins d'Unisanté. *Revue medicale suisse*. 2021;17(723):221-4.
- 5 Droz N, Wahlen A. *Burnout, la maladie du XXIe siècle?* Lausanne: Favre; 2020.
- 6 Blanc S, Shoman Y, Talpain O, Saillant S, Chiarini B, von Känel R, Weissbrodt R, Droz N, Wahlen A, and Guseva Canu I. Who deals with occupational burnout in Switzerland and how? A qualitative study among (para-)medical and non-medical professionals. *Swiss Arch Neurol Psychiatr Psychother*. 2022;173:w10113. doi: 10.4414/sanp.w10113
- 7 Guseva Canu I, Al-Gobari, M., Shoman, Y. Standardisation de repérage de burnout par les professionnels de santé vaudois (STOBS-VD): Rapport de première étape. Centre universitaire de médecine générale et santé publique (Unisanté), 2021
- 8 Santin G. *Non-réponse totale dans les enquêtes de surveillance épidémiologique [PhD]*2015.
- 9 Haziza D, Lesage É. A Discussion of Weighting Procedures for Unit Nonresponse. *Journal of Official Statistics*. 2016;32(1):129-45.
- 10 McGorry P, Keshavan M, Goldstone S, Amminger P, Allott K, Berk M, et al. Biomarkers and clinical staging in psychiatry. *World Psychiatry*. 2014;13(3):211-23.
- 11 VERBI Software, MAXQDA 2022 [computer software]. Berlin, Germany: VERBI Software. Available from maxqda.com. 2021.
- 12 Baron A, Rayson P, Archer D. Word frequency and key word statistics in corpus linguistics. *Anglistik*. 2009;20(1):41-67.
- 13 International Classification of Diseases, Eleventh Revision (ICD-11), World Health Organization (WHO) 2019/2021 <https://icd.who.int/browse11>.
- 14 Office FS, (FSO). *Enquête suisse sur la santé (ESS): Conditions de travail et état de santé, 2012–2017*. OFS, 2019
- 15 Hochstrassera B, Brühlmann T, Cattapan K, Hättenschwiler J, Holsboer-Trachslere E, Kawohl W, et al., editors. *Le traitement du burnout, partie 2: recommandations pratiques*. Forum Médical Suisse; 2016: EMH Media.
- 16 Lane S. Fiche mémo. repérage et prise en charge clinique du syndrome d'épuisement professionnel ou burnout. Institut national de recherche et de sécurité pour la prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles (INRS), 2017. (Références en santé au travail N 151).
- 17 Comité Général de Gestion. *Burnout*. Bruxelles : Comité Général de Gestion; 2019.
- 18 Masiero G, Mazzonna F, Steinbach S. Happy Pills? Mental Health Effects of the Dramatic Increase of Antidepressant Use. *IZA Discussion Paper*. 2020(13727).
- 19 Moore M, Yuen HM, Dunn N, Mullee MA, Maskell J, Kendrick T. Explaining the rise in antidepressant prescribing: a descriptive study using the general practice research database. *Bmj*. 2009;339:b3999.
- 20 Wong J, Motulsky A, Abrahamowicz M, Eguale T, Buckeridge DL, Tamblyn R. Off-label indications for antidepressants in primary care: descriptive study of prescriptions from an indication based electronic prescribing system. *BMJ*. 2017;356:j603.
- 21 Davies J, Read J. A systematic review into the incidence, severity and duration of antidepressant withdrawal effects: Are guidelines evidence-based? *Addictive behaviors*. 2019;97:111-21.
- 22 Millet-Illharreguy B. *Les désordres du cerveau émotionnel. Comprendre, prévenir, guérir*. Paris: Odile Jacob; 2021.
- 23 Matheson E, Hainer BL. Insomnia: Pharmacologic Therapy. *Am Fam Physician*. 2017;96(1):29-35.
- 24 Ramakrishnan K, Scheid DC. Treatment options for insomnia. *Am Fam Physician*. 2007;76(4):517-26.

- 25 Lepping P, Whittington R, Sambhi RS, Lane S, Poole R, Leucht S, et al. Clinical relevance of findings in trials of CBT for depression. *Eur Psychiatry*. 2017;45:207-11.
- 26 Olthuis JV, Watt MC, Bailey K, Hayden JA, Stewart SH. Therapist-supported Internet cognitive behavioural therapy for anxiety disorders in adults. *Cochrane Database Syst Rev*. 2016;3(3):Cd011565.
- 27 Maness DL, Khan M. Nonpharmacologic Management of Chronic Insomnia. *Am Fam Physician*. 2015;92(12):1058-64.
- 28 Obbarius A, van Maasackers L, Baer L, Clark DM, Crocker AG, de Beurs E, et al. Standardization of health outcomes assessment for depression and anxiety: recommendations from the ICHOM Depression and Anxiety Working Group. *Qual Life Res*. 2017;26(12):3211-25.
- 29 Korczak D, Wastian M, Schneider M. Therapy of the burnout syndrome. *GMS Health Technol Assess*. 2012;8:Doc05.
- 30 Grensman A, Acharya BD, Wändell P, Nilsson GH, Falkenberg T, Sundin Ö, et al. Effect of traditional yoga, mindfulness-based cognitive therapy, and cognitive behavioral therapy, on health related quality of life: a randomized controlled trial on patients on sick leave because of burnout. *BMC Complement Altern Med*. 2018;18(1):80.
- 31 Mikkelsen MB, Rosholm M. Systematic review and meta-analysis of interventions aimed at enhancing return to work for sick-listed workers with common mental disorders, stress-related disorders, somatoform disorders and personality disorders. *Occup Environ Med*. 2018;75(9):675-86.
- 32 Eklund M, Hansson L, Ahlqvist C. The importance of work as compared to other forms of daily occupations for wellbeing and functioning among persons with long-term mental illness. *Community Ment Health J*. 2004;40(5):465-77.
- 33 Engström LG, Janson S. Stress-related sickness absence and return to labour market in Sweden. *Disabil Rehabil*. 2007;29(5):411-6.
- 34 Stenlund T, Ahlgren C, Lindahl B, Burell G, Steinholtz K, Edlund C, et al. Cognitively oriented behavioral rehabilitation in combination with Qigong for patients on long-term sick leave because of burnout: REST--a randomized clinical trial. *Int J Behav Med*. 2009;16(3):294-303.
- 35 Isaksson Ro KE, Tyssen R, Gude T, Aasland OG. Will sick leave after a counselling intervention prevent later burnout? A 3-year follow-up study of Norwegian doctors. *Scand J Public Health*. 2012;40(3):278-85.
- 36 Blanc S, Shoman Y, Talpain O, Saillant S, Chiarini B, von Känel R, et al. Who treats occupational burnout in Switzerland and how? A qualitative study among medical, paramedical and non-medical professionals. *Swiss Arch Neurol Psychiatr Psychother*. 2022(173):10113.
- 37 Lehaen C. Les facteurs bloquants ou facilitants la réintégration au travail chez les personnes en burnout Liège: Université de Liège; 2021.
- 38 Hansez I, Rusu D, Firket P, Braeckman L. Evolution 2010-2018 du burnout en Belgique et intérêt de l'utilisation conjointe de deux outils de diagnostic : rapport de recherche.: Service public fédéral Emploi, Travail et Concertation sociale, 2019 Available from: https://werk.belgie.be/sites/default/files/content/documents/Welzijn%20op%20het%20werk/Onderzoeksproject_en/rapport_final_SPF_burnout.pdf
- 39 Hansez I, Mairiaux P, Firket P, Braeckman L. Recherche sur le Burnout au sein de la population active belge : rapport final. Bruxelles: Service public fédéral Emploi, Travail et Concertation sociale, 2010
- 40 Prisse Z. Évaluation des besoins de sante de la population en situation d'épuisement professionnel dans le canton de Vaud. Lausanne: HES-SO; 2020.
- 41 Loum T. Corps socialisés. Etudes de cas : Représentations et rationalisations rétrospectives de l'épuisement professionnel. Neuchâtel: Université de Neuchâtel; 2022.
- 42 Schaufeli W, Enzmann D. The burnout companion to study and practice: A critical analysis: CRC press; 1998.
- 43 Schaufeli W. Past performance and future perspectives of burnout research. *SA Journal of Industrial Psychology*. 2003;29(4):1-15.
- 44 Pedersen AF, Andersen CM, Olesen F, Vedsted P. Risk of Burnout in Danish GPs and Exploration of Factors Associated with Development of Burnout: A Two-Wave Panel Study. *International Journal of Family Medicine*. 2013;2013:603713.
- 45 INAMI. Institut national d'assurance maladie-invalidité. Incapacité de Travail de Longue Durée: Combien de Burnouts et de Dépressions de Longue Durée ? Quel Coût Pour L'assurance Indemnités? Available online:

<https://www.inami.fgov.be/fr/statistiques/indemnitees/Pages/incapacite-travail-longue-duree-combien-burn-outs-depressions.aspx> (accessed on 15.02.2022)

2020.

7 Annexes

7.1 Questionnaire pour les médecins (en français)

unisanté

Centre universitaire de médecine générale
et santé publique - Lausanne

STOBS-VD - e-questionnaire

Numéro aux questions ??

I. Vous et votre activité professionnelle

Les informations sociodémographiques recueillies dans cette partie vont nous permettre de caractériser l'échantillon d'étude et nous assurer de sa représentativité. Elles sont nécessaires pour garantir la qualité méthodologique de l'étude.

Quel est votre sexe ?	<input type="radio"/> Femme <input type="radio"/> Homme
Quel est votre âge ?	<input type="radio"/> Moins de 30 ans <input type="radio"/> 30-39 ans <input type="radio"/> 40-49 ans <input type="radio"/> 50-59 ans <input type="radio"/> 60-65 ans <input type="radio"/> Plus de 65 ans
Quelle est votre spécialité ?	<input type="radio"/> Médecine pratiquant la médecine générale / médecine interne / médecine de famille <input type="radio"/> Médecine psychiatre-psychothérapeute <input type="radio"/> Médecine du travail <input type="radio"/> Double spécialité : médecine générale et médecine du travail <input type="radio"/> Double spécialité : médecine générale et psychiatrie <input type="radio"/> Double spécialité : psychiatrie et médecine du travail <input type="radio"/> Autre, veuillez préciser :

Dans quel canton exercez-vous principalement ?

- Aargau (AG)
- Appenzell Innerrhoden (AI)
- Appenzell Ausserrhoden (AR)
- Berne/Bern (BE)
- Basel-Landschaft (BL)
- Basel-Stadt (BS)
- Fribourg/Freiburg (FR)
- Genève (GE)
- Glarus (GL)
- Graubünden (GR)
- Jura (JU)
- Lucerne/Luzern (LU)
- Neuchâtel (NE)
- Nidwalden (NW)
- Obwalden (OW)
- St. Gallen (SG)
- Schaffhausen (SH)
- Solothurn (SO)
- Schwyz (SZ)
- Thurgau (TG)
- Ticino (TI)
- Uri (UR)
- Vaud (VD)
- Valais/Wallis (VS)
- Zug (ZG)
- Zürich (ZH)

Depuis combien de temps exercez-vous ?

(Nombre d'années à renseigner (soyez précis à la demi-année près))

Dans quel cadre exercez-vous principalement ?

- Cabinet privé
- Clinique ou centre de soins privé
- Hôpital ou policlinique publique
- Entreprise publique
- Entreprise privée
- Assurance
- Autre, veuillez préciser :

Combien de consultations avez-vous effectuées au cours du dernier mois ?

(Nombre de consultations)

Avez-vous déjà été confronté à des personnes en burnout professionnel dans le cadre de votre pratique professionnelle ?

- Oui
 Non
 Par 'burnout professionnel' on entend un état d'épuisement physique et mental dû à une exposition trop longue à un stress lié au travail

MESSAGE DE CONTINUATION

II. Repérage du burnout professionnel

Combien de patients consultés au cours du dernier mois étaient en burnout professionnel ?

Nombre de patients

Lorsqu'il s'agit d'une situation de burnout professionnel, les personnes sont en majorité... (Plusieurs réponses possibles)

- Des cadres supérieurs - membres de la direction
 Des cadres intermédiaires - chef/fes d'équipe
 Des collaborateurs sans fonction managériale
 Des indépendants
 Aucune catégorie professionnelle particulière
 Impossible de préciser
 Autre, veuillez préciser :

Si l'on s'accordait à distinguer trois stades principaux d'évolution/de sévérité du burnout professionnel, comment décririez-vous l'état de la personne correspondant à chaque stade ?

- Burnout précoce :

- Burnout modéré :

- Burnout sévère :

Les personnes en situation de burnout professionnel qui vous consultent sont en majorité...

- En burnout précoce
 En burnout modéré
 En burnout sévère
 Impossible de préciser

Quels signes ou symptômes les plus fréquents vous font penser à un burnout professionnel chez la personne ?

Veuillez indiquer jusqu'à 10 signes ou symptômes que vous jugez les plus marquants

Avec quels autres troubles, affections ou atteintes faites-vous le diagnostic différentiel ? (Plusieurs réponses possible)	<input type="checkbox"/> Dépression <input type="checkbox"/> Syndrome de fatigue chronique <input type="checkbox"/> Fibromyalgie <input type="checkbox"/> Trouble de l'adaptation <input type="checkbox"/> Trouble anxieux <input type="checkbox"/> Autre, veuillez préciser : <hr/>
Pensez-vous que le burnout professionnel et la dépression sont....	<input type="radio"/> Assimilables l'un à l'autre <input type="radio"/> Découlant l'un de l'autre <input type="radio"/> Deux tableaux cliniques et "diagnostics" distincts <input type="radio"/> Impossible de préciser
<i>Si découlant l'un de l'autre :</i> dans quel sens ?	<input type="checkbox"/> Burnout conduit à une dépression <input type="checkbox"/> Dépression conduit à un burnout
<i>Si deux tableaux cliniques et « diagnostics » distincts :</i> à quoi distinguez-vous le burnout professionnel ?	<hr/>
Utilisez-vous des analyses biologiques ou des mesures physiologiques pour affiner votre "diagnostic" du burnout professionnel ?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
<i>Si oui :</i> lesquelles ? (Plusieurs réponses possibles)	<input type="checkbox"/> Cortisol salivaire ou sanguin <input type="checkbox"/> Cholestérol <input type="checkbox"/> Insuline <input type="checkbox"/> Marqueurs inflammatoires <input type="checkbox"/> Variabilité de la fréquence cardiaque <input type="checkbox"/> Charge allostatique <input type="checkbox"/> Autre, veuillez préciser : <hr/>
Utilisez-vous des tests ou des échelles pour aider à poser le "diagnostic" de burnout professionnel ?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
<i>Si oui, quel(s) test(s) trouvez-vous le(s) plus utile(s) ?</i>	<hr/>
Utilisez-vous des supports techniques (applications web ou interfaces périphériques telles que montre, bracelet, téléphone) pour affiner votre "diagnostic" ?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
<i>Si oui, lesquels ?</i>	<hr/>

Si oui,

comment prenez-vous en charge le traitement de personnes souffrant de burnout professionnel ?
(Plusieurs réponses possibles)

- Prescription d'un arrêt de travail
- Prescription d'une réduction du taux d'activité
- Prescription de traitement médicamenteux
- Psychothérapie cognitivo-comportementale
- Psychothérapie psychodynamique
- Psychothérapie psychanalytique
- Psychothérapie humaniste (p.ex. Gestalt-thérapie)
- Psychothérapie systémique
- Psychothérapie corporelle et intégrative
- Thérapies en groupe
- Exercices physiques
- Approches systémiques
- Je contacte l'employeur
- Je sollicite le médecin conseil de l'assureur
- Je collabore avec un (neuro)psychologue
- Je collabore avec un pharmacologue
- (Psycho-)éducation pour négocier notamment avec l'employeur, l'assurance, l'entourage
- Autre, veuillez préciser :

Si non,

à qui référez-vous ces personnes ?
(Plusieurs réponses possibles)

- A un psychiatre-psychothérapeute
- A un psychologue-psychothérapeute
- A un médecin du travail
- Vers un centre de soins spécialisé
- A un case-manager
- Autre, veuillez préciser :

Quelle proportion de vos patients bénéficie d'un accompagnement psychologique ou d'une psychothérapie ?

(en pourcentage)

Si orientation vers psychothérapie,

en moyenne, combien de temps dure l'accompagnement psychologique ou la psychothérapie dans une situation de burnout professionnel ?

(en nombre de mois)

Si médecin du travail,

Parmi les personnes en burnout professionnel qui vous consultent, quelle est la proportion de celles qui ont un traitement médicamenteux pour leur burnout ?

- < 5%
- 5-15%
- 16-25%
- 26-50%
- 51-75%
- >75%
- Impossible de préciser

Si prescription de médicaments,

parmi les personnes en burnout professionnel qui vous consultent, quelle est la proportion de celles à qui vous prescrivez un traitement médicamenteux pour leur burnout ?

- < 5%
- 5-15%
- 15-25%
- 26-50%
- 51-75%
- >75%
- Impossible de préciser

Si prescription de médicaments,

avec quelle(s) classe(s) de médicaments ?
(Plusieurs réponses possibles)

- Antidépresseurs
 Benzodiazépines
 Hypnotiques-somnifères- Antihistaminiques - Sédatifs
 Neuroleptiques-antipsychotiques
 Impossible de préciser
 Autre, veuillez préciser :

Si prescription d'arrêt de travail,

en moyenne, combien de temps dure l'arrêt de travail ou les arrêts cumulés en cas de burnout professionnel ?

- < 1 mois
 1-3 mois
 4-6 mois
 7-12 mois
 13-24 mois
 > 24 mois
 Impossible de préciser

MESSAGE de continuation ?

A quelle fréquence (en moyenne) voyez-vous votre patient durant la prise en charge d'un burnout professionnel ?

- Toutes les semaines
 Deux fois par mois
 Une fois par mois
 Moins d'une fois par mois
 Tous les six mois
 Je ne sais pas

Si votre patient a un emploi, êtes-vous consulté pour l'organisation de la reprise du travail ?

- Jamais
 Rarement
 Fréquemment
 Toujours
 Impossible de préciser

Quel est le pronostic d'un burnout professionnel : est-ce possible de le "guérir" ?

- Oui, absolument
 Parfois
 Non, jamais complètement
 Impossible de préciser

Selon quels critères peut-on évaluer le rétablissement après un burnout professionnel ?

Dans quelle proportion les personnes en burnout professionnel que vous avez prises en charge ont-elles été à nouveau aptes à reprendre une activité professionnelle ?

- < 5%
 5-15%
 16-25%
 26-50%
 51-75%
 >75%
 Impossible de préciser

Parmi les personnes en burnout professionnel que vous avez prises en charge, quelle proportion a été sujette à une rechute ?

- < 5%
 5-15%
 16-25%
 26-50%
 51-75%
 >75%
 Impossible de préciser

Quel est le délai moyen d'apparition d'une rechute chez vos patients ?

- < 3 mois
 4-6 mois
 7-12 mois
 13-24 mois
 25-36 mois
 > 36 mois
 Impossible de préciser

Comment évaluez-vous le temps d'attente de votre prise en charge pour des patients en burnout professionnel ?

- Accès rapide, pas de temps d'attente
 Accès assez rapide, temps d'attente de moins de 4 semaines
 Accès plutôt difficile, temps d'attente de plus d'un mois
 Accès très difficile, temps d'attente de plus de trois mois
 Je ne sais pas

IV. Vos souhaits concernant l'amélioration de la pratique

A votre avis quelles sont les mesures les plus pertinentes pour mieux prendre en charge le burnout professionnel ?
(Plusieurs réponses possibles)

- Formation pré-graduée et post-graduée des spécialistes
 Formation médicale/paramédicale continue
 Recherches dans le domaine
 Détection au stade précoce
 Classification en tant que maladie
 Révision de la liste des maladies professionnelles
 Interdisciplinarité dans la prise en charge
 Dialogue avec les employeurs/RH
 Campagne de sensibilisation
 La dissolution du stigma/tabou lié au burnout
 Responsabilisation des entreprises
 Programmes de santé publique
 Inspection du travail
 Autre, veuillez préciser :

Si interdisciplinarité,

avec quels spécialistes ou professionnels
souhaiteriez-vous une meilleure collaboration ?
(Plusieurs réponses possibles)

- Médecin-conseil
- Médecin du travail
- Médecin de famille
- Médecin psychiatre- psychothérapeute
- Employeur ou responsable des ressources humaines
- Infirmier spécialisé en santé au travail
- Psychologue-psychothérapeute
- Psychologue du travail
- Neuropsychologue
- Coach
- Pharmacologue
- Chercheur, expert
- Corps politique
- Autre, veuillez préciser :

Si interdisciplinarité,

quels types d'interactions pourrait améliorer cette
collaboration interdisciplinaire ?
(Plusieurs réponses possibles)

- Réunion de réseau, colloque
- Rencontre de partage d'expériences
- Echange téléphonique avec mes
conseillers/confrères ou d'autres professionnels
- Correspondance par courriel
- Intersession
- Supervision
- Forum de discussion sur internet
- Formation interdisciplinaire
- Rencontre "tripartite" : employé
/employeur/thérapeute
- Autre, veuillez préciser :

Si prise en charge,

accepteriez-vous de participer à un essai randomisé
pour tester certaines modalités de prise en charge de
personnes en burnout ?

- Oui
- Non

Si prise en charge,

quelles conditions sont importantes pour encourager la
participation des professionnels de santé à un tel
essai ? (ex : rémunération ; valorisation en
crédits de formation ; ...)

Souhaitez-vous partager d'autres éléments qui
d'après-vous sont importants à considérer dans
cette enquête ?

- Oui
- Non

Si oui, veuillez préciser :

7.2 Questionnaire pour les psychologues (en français)

unisanté

Centre universitaire de médecine générale
et santé publique - Lausanne

STOBS-VD - e-questionnaire

I. Vous et votre activité professionnelle.

Les informations sociodémographiques recueillies dans cette partie vont nous permettre de caractériser l'échantillon d'étude et nous assurer de sa représentativité. Elles sont nécessaires pour garantir la qualité méthodologique de l'étude.

Quel est votre sexe ?	<input type="radio"/> Femme
	<input type="radio"/> Homme

Quel est votre âge ?	<input type="radio"/> Moins de 30 ans
	<input type="radio"/> 30-39 ans
	<input type="radio"/> 40-49 ans
	<input type="radio"/> 50-59 ans
	<input type="radio"/> 60-65 ans
	<input type="radio"/> Plus de 65 ans

Quelle est votre spécialisation ?

- Psychologie clinique
 - Psychologie du travail et/ou des organisations
 - Psychologie cognitive
 - Psychologie sociale
 - Psychologue-psychothérapeute
 - Autre, veuillez préciser :
-

Dans quel canton exercez-vous principalement ?

- Aargau (AG)
 - Appenzell Innerrhoden (AI)
 - Appenzell Ausserrhoden (AR)
 - Berne/Bern (BE)
 - Basel-Landschaft (BL)
 - Basel-Stadt (BS)
 - Fribourg/Freiburg (FR)
 - Genève (GE)
 - Glarus (GL)
 - Graubünden (GR)
 - Jura (JU)
 - Lucerne/Luzern (LU)
 - Neuchâtel (NE)
 - Nidwalden (NW)
 - Obwalden (OW)
 - St. Gallen (SG)
 - Schaffhausen (SH)
 - Solothurn (SO)
 - Schwyz (SZ)
 - Thurgau (TG)
 - Ticino (TI)
 - Uri (UR)
 - Vaud (VD)
 - Valais/Wallis (VS)
 - Zug (ZG)
 - Zürich (ZH)
-

Depuis combien de temps exercez-vous ?

(Nombre d'années à renseigner (soyez précis à la demi-année près))

Dans quel cadre exercez-vous principalement ?

- Cabinet privé
 - Clinique ou centre de soins privé
 - Hôpital ou policlinique publique
 - Entreprise publique
 - Entreprise privée
 - Assurance
 - Autre, veuillez préciser :
-

Combien de consultations avez-vous effectuées au cours du dernier mois ?

(Nombre de consultations)

Avez-vous déjà été confronté à des personnes en burnout professionnel dans le cadre de votre pratique professionnelle ?

- Oui
 Non

Par 'burnout professionnel' on entend un état d'épuisement physique et mental dû à une exposition trop longue à un stress lié au travail

MESSAGE ?

II. Repérage du burnout professionnel

Combien de patients consultés au cours du dernier mois étaient en burnout professionnel ?

_____ (Nombre de patients)

Lorsqu'il s'agit d'une situation de burnout professionnel, les personnes sont en majorité... (Plusieurs réponses possibles)

- Des cadres supérieurs - membres de la direction
 Des cadres intermédiaires - chef/fes d'équipe
 Des collaborateurs sans fonction managériale
 Des indépendants
 Aucune catégorie professionnelle particulière
 Impossible de préciser
 Autre, veuillez préciser :

Si l'on s'accordait à distinguer trois stades principaux d'évolution/de sévérité du burnout professionnel, comment décririez-vous l'état de la personne correspondant à chaque stade ?

- Burnout précoce :

- Burnout modéré :

- Burnout sévère :

Les personnes en situation de burnout professionnel qui vous consultent sont en majorité...

- En burnout précoce
 En burnout modéré
 En burnout sévère
 Impossible de préciser

Quels signes ou symptômes les plus fréquents vous font penser à un burnout professionnel chez la personne ?

_____ Veuillez indiquer jusqu'à 10 signes ou symptômes que vous jugez les plus marquants

Avec quels autres troubles, affections ou atteintes faites-vous le diagnostic différentiel ? (Plusieurs réponses possibles)	<input type="checkbox"/> Dépression <input type="checkbox"/> Syndrome de fatigue chronique <input type="checkbox"/> Fibromyalgie <input type="checkbox"/> Trouble de l'adaptation <input type="checkbox"/> Trouble anxieux <input type="checkbox"/> Autre, veuillez préciser :

Pensez-vous que le burnout professionnel et la dépression sont....	<input type="radio"/> Assimilables l'un à l'autre <input type="radio"/> Découlant l'un de l'autre <input type="radio"/> Deux tableaux cliniques et "diagnostics" distincts <input type="radio"/> Impossible de préciser
<i>Si découlant l'un de l'autre,</i> dans quel sens ?	<input type="checkbox"/> Burnout conduit à une dépression <input type="checkbox"/> Dépression conduit à un burnout

<i>Si deux tableaux cliniques et diagnostics distincts,</i> à quoi distinguez-vous le burnout professionnel ?	

Utilisez-vous des analyses biologiques ou des mesures physiologiques pour affiner votre "diagnostic" du burnout professionnel ?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
<i>Si oui,</i> lesquelles ? (Plusieurs réponses possibles)	<input type="checkbox"/> Cortisol salivaire ou sanguin <input type="checkbox"/> Cholestérol <input type="checkbox"/> Insuline <input type="checkbox"/> Marqueurs inflammatoires <input type="checkbox"/> Variabilité de la fréquence cardiaque <input type="checkbox"/> Charge allostatique <input type="checkbox"/> Autre, veuillez préciser :

Utilisez-vous des tests ou des échelles pour aider à poser le "diagnostic" de burnout professionnel ?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
<i>Si oui,</i> quel(s) test(s) trouvez-vous le(s) plus utile(s) ?	

Utilisez-vous des supports techniques (applications web ou interfaces périphériques telles que montre, bracelet, téléphone) pour affiner votre "diagnostic" ?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
<i>Si oui,</i> lesquels ?	

Lors de l'anamnèse, identifiez-vous des facteurs liés aux dispositions individuelles chez les individus en burnout professionnel (ex : traits de personnalités, préférences de fonctionnement, héritage génétique) ?

- Oui
 Non
 Impossible de préciser

Si oui,
 lesquels ?

Identifiez-vous des facteurs liés au contexte personnel et social chez les individus en burnout professionnel ?

- Oui
 Non
 Impossible de préciser

Si oui,
 lesquels ?
 Plusieurs
 réponses
 possibles

- Couple
 Enfants
 Famille
 Amis
 Voisinage
 Réseaux sociaux
 Lieu de vie
 Finances
 Autre, veuillez préciser :

Identifiez-vous des facteurs liés aux conditions de travail et à l'activité professionnelle chez les individus en burnout professionnel ?

- Oui
 Non
 Impossible de préciser

Si oui,
 lesquels ?
 Plusieurs
 réponses
 possibles

- Contenu/fonction du poste
 Charge/rythme de travail
 Aménagement du temps
 Environnement et équipement
 Type de contrat de travail et sécurité de la place de travail
 Latitude décisionnelle et marge de manœuvre
 Culture organisationnelle
 Processus et système de l'organisation
 Relations interpersonnelles au travail
 Exigences émotionnelles
 Reconnaissance et valorisation
 Evolution de carrière
 Interface vie professionnelle - vie privée
 Autre, veuillez préciser :

III. Traitement du burnout professionnel

Prenez-vous vous-même en charge le traitement de personnes en burnout professionnel ?

- Oui
 Non

MESSAGE

Si oui,

comment prenez-vous en charge le traitement de personnes souffrant de burnout professionnel ?
(Plusieurs réponses possibles)

- Prescription d'un arrêt de travail
- Prescription d'une réduction du taux d'activité
- Prescription de traitement médicamenteux
- Psychothérapie cognitivo-comportementale
- Psychothérapie psychodynamique
- Psychothérapie psychanalytique
- Psychothérapie humaniste (p.ex. Gestalt-thérapie)
- Psychothérapie systémique
- Psychothérapie corporelle et intégrative
- Thérapies en groupe
- Exercices physiques
- Approches systémiques
- Je contacte l'employeur
- Je sollicite le médecin conseil de l'assureur
- Je collabore avec un (neuro)psychologue
- Je collabore avec un pharmacologue
- (Psycho-)éducation pour négocier notamment avec l'employeur, l'assurance, l'entourage
- Autre, veuillez préciser :

Si non,

A qui référez-vous ces personnes ?
(Plusieurs réponses possibles)

- A un psychiatre-psychothérapeute
- A un psychologue-psychothérapeute
- A un médecin du travail
- Vers un centre de soins spécialisé
- A un case-manager
- Autre, veuillez préciser :

En moyenne, combien de temps dure l'accompagnement psychologique ou la psychothérapie dans une situation de burnout professionnel ? (branchée que à accompagnement psy)

_____ (en nombre de mois)

Parmi les personnes en burnout professionnel qui vous consultent, quelle est la proportion de celles qui ont un traitement médicamenteux pour leur burnout ?

- < 5%
- 5-15%
- 16-25%
- 26-50%
- 51-75%
- >75%
- Impossible de préciser

Avec quelle(s) classe(s) de médicaments ? (Plusieurs réponses possibles)	<input type="checkbox"/> Antidépresseurs <input type="checkbox"/> Benzodiazépines <input type="checkbox"/> Hypnotiques-somnifères- Antihistaminiques - Sédatifs <input type="checkbox"/> Neuroleptiques-antipsychotiques <input type="checkbox"/> Impossible de préciser <input type="checkbox"/> Autre, veuillez préciser :
En moyenne, combien de temps dure l'arrêt de travail ou les arrêts cumulés en cas de burnout professionnel ?	<input type="radio"/> < 1 mois <input type="radio"/> 1-3 mois <input type="radio"/> 4-6 mois <input type="radio"/> 7-12 mois <input type="radio"/> 13-24 mois <input type="radio"/> > 24 mois <input type="radio"/> Impossible de préciser
MESSAGE de continuation ?	
A quelle fréquence (en moyenne) voyez-vous votre patient durant la prise en charge d'un burnout professionnel ?	<input type="radio"/> Toutes les semaines <input type="radio"/> Deux fois par mois <input type="radio"/> Une fois par mois <input type="radio"/> Moins d'une fois par mois <input type="radio"/> Tous les six mois <input type="radio"/> Je ne sais pas
Si votre patient a un emploi, êtes-vous consulté pour l'organisation de la reprise du travail ?	<input type="radio"/> Jamais <input type="radio"/> Rarement <input type="radio"/> Fréquemment <input type="radio"/> Toujours <input type="radio"/> Impossible de préciser
Quel est le pronostic d'un burnout professionnel : est-ce possible de le "guérir" ?	<input type="radio"/> Oui, absolument <input type="radio"/> Parfois <input type="radio"/> Non, jamais complètement <input type="radio"/> Impossible de préciser
Selon quels critères peut-on évaluer le rétablissement après un burnout professionnel ?	
Dans quelle proportion les personnes en burnout professionnel que vous avez prises en charge ont-elles été à nouveau aptes à reprendre une activité professionnelle ?	<input type="radio"/> < 5% <input type="radio"/> 5-15% <input type="radio"/> 16-25% <input type="radio"/> 26-50% <input type="radio"/> 51-75% <input type="radio"/> >75% <input type="radio"/> Impossible de préciser
Parmi les personnes en burnout professionnel que vous avez prises en charge, quelle proportion a été sujette à une rechute ?	<input type="radio"/> < 5% <input type="radio"/> 5-15% <input type="radio"/> 16-25% <input type="radio"/> 26-50% <input type="radio"/> 51-75% <input type="radio"/> >75% <input type="radio"/> Impossible de préciser

<p>Quel est le délai moyen d'apparition d'une rechute chez vos patients ?</p>	<p> <input type="radio"/> < 3 mois <input type="radio"/> 4-6 mois <input type="radio"/> 7-12 mois <input type="radio"/> 13-24 mois <input type="radio"/> 25-36 mois <input type="radio"/> >36 mois <input type="radio"/> Impossible de préciser </p>
---	--

<p>Comment évaluez-vous le temps d'attente de votre prise en charge pour des patients en burnout professionnel ?</p>	<p> <input type="radio"/> Accès rapide, pas de temps d'attente <input type="radio"/> Accès assez rapide, temps d'attente de moins de 4 semaines <input type="radio"/> Accès plutôt difficile, temps d'attente de plus d'un mois <input type="radio"/> Accès très difficile, temps d'attente de plus de trois mois <input type="radio"/> Je ne sais pas </p>
--	---

<p>Comment évaluez-vous l'accessibilité de votre prise en charge pour des personnes en burnout professionnel sur le plan financier ?</p>	<p> <input type="radio"/> Accessible à toutes les bourses <input type="radio"/> Peut s'avérer inaccessible aux personnes avec un revenu faible <input type="radio"/> Je ne sais pas </p>
--	--

IV. Vos souhaits concernant l'amélioration de la pratique

<p>A votre avis quelles sont les mesures les plus pertinentes pour mieux prendre en charge le burnout professionnel ? (Plusieurs réponses possibles)</p>	<p> <input type="checkbox"/> Formation pré-graduée et post-graduée des spécialistes <input type="checkbox"/> Formation médicale/paramédicale continue <input type="checkbox"/> Recherches dans le domaine <input type="checkbox"/> Détection au stade précoce <input type="checkbox"/> Classification en tant que maladie <input type="checkbox"/> Révision de la liste des maladies professionnelles <input type="checkbox"/> Interdisciplinarité dans la prise en charge <input type="checkbox"/> Dialogue avec les employeurs/RH <input type="checkbox"/> Campagne de sensibilisation <input type="checkbox"/> La dissolution du stigma/tabou lié au burnout <input type="checkbox"/> Responsabilisation des entreprises <input type="checkbox"/> Programmes de santé publique <input type="checkbox"/> Inspection du travail <input type="checkbox"/> Autre, veuillez préciser : </p>
--	--

Si interdisciplinarité,

avec quels spécialistes ou professionnels
souhaiteriez-vous une meilleure collaboration ?
(Plusieurs réponses possibles)

- Médecin-conseil
- Médecin du travail
- Médecin de famille
- Médecin psychiatre- psychothérapeute
- Employeur ou responsable des ressources humaines
- Infirmier spécialisé en santé au travail
- Psychologue-psychothérapeute
- Psychologue du travail
- Neuropsychologue
- Coach
- Pharmacologue
- Chercheur, expert
- Corps politique
- Autre, veuillez préciser :

Si interdisciplinarité,

quels types d'interactions pourrait améliorer cette
collaboration interdisciplinaire ?
(Plusieurs réponses possibles)

- Réunion de réseau, colloque
- Rencontre de partage d'expériences
- Echange téléphonique avec mes
consœurs/confrères ou d'autres professionnels
- Correspondance par courriel
- Intersession
- Supervision
- Forum de discussion sur internet
- Formation interdisciplinaire
- Rencontre "tripartite" : employé
/employeur/thérapeute
- Autre, veuillez préciser :

Si prise en charge,

accepteriez-vous de participer à un essai randomisé
pour tester certaines modalités de prise en charge de
personnes en burnout ?

- Oui
 Non

Si prise en charge,

quelles conditions sont importantes pour encourager la
participation des professionnels de santé à un tel
essai ? (ex : rémunération ; valorisation en
crédits de formation ; ...)

Souhaitez-vous partager d'autres éléments qui
d'après-vous sont importants à considérer dans
cette enquête ?

- Oui
 Non

Si oui,

veuillez préciser :

7.3 Communiqué de presse d'Unisanté

unisanté

Centre universitaire de médecine générale
et santé publique · Lausanne

Lausanne, le 7 mai 2021

COMMUNIQUÉ

Unisanté lance une vaste étude nationale pour améliorer la prise en charge du burnout professionnel

En Suisse, 20 % des personnes actives déclarent éprouver un sentiment d'épuisement professionnel. Ce problème bien réel affecte le monde du travail, mais aussi le système de santé. Comment est-il détecté ? Peut-on le traiter et, si oui, comment ? Le projet de recherche national STOBS-VD, mené par Unisanté auprès de plus de 15'000 professionnel-le-s de santé, vise à répondre à ces questions.

Selon la dernière Enquête suisse sur la santé (2017), 20 % des personnes actives déclarent éprouver un sentiment d'épuisement professionnel. L'état d'épuisement physique et mental, lié à une exposition prolongée aux difficultés en lien avec le travail, est ce qui caractérise le burnout professionnel (BP), d'après la définition harmonisée établie pour la première fois par un consensus de 50 expert-e-s de 29 pays mené par Unisanté¹. Les professionnel-le-s de la santé sont de plus en plus souvent amené.e.s à traiter des patient-e-s en BP, tout en étant elles-mêmes ou eux-mêmes victimes de ce phénomène.

Un syndrome mal diagnostiqué

Malgré 60 ans de recherche, le burnout ne dispose d'aucun standard diagnostique ou thérapeutique. Dans la Classification internationale des maladies, le burnout n'est pas listé comme maladie, mais comme « facteur influant sur l'état de santé » et « motif de recours aux services de santé ». Dans la pratique, il est souvent diagnostiqué comme trouble de l'adaptation avec réaction mixte anxieuse et dépressive.

Une recherche récente montre qu'il existe une grande diversité dans la pratique de dépistage, de traitement et de reconnaissance du BP en Suisse² et en Europe³. Ce manque de clarté et de contrôle sur l'efficacité de la prise en charge du burnout, mais aussi sur son rôle dans le parcours de soins des patient-e-s en burnout, est problématique en termes de qualité des soins. Face à l'émergence de nouveaux dispositifs de prise en charge du burnout⁴, les questions d'accès à la prévention et aux soins de qualité se posent.

Projet de recherche national

Afin de remédier à ces lacunes, Unisanté mène un projet de recherche national (STOBS-VD : Standardisation of Occupational Burnout Screening by Vaud's health professionals) en deux volets. Le volet qualitatif permettra d'établir une cartographie des différents acteurs impliqués dans la prise en charge du burnout en Suisse, leurs rôles et leurs interactions. Le volet quantitatif est composé d'une enquête en ligne qui s'adresse à tous les professionnel-le-s de santé concerné-e-s, notamment les médecins de famille, médecins du travail, médecins psychiatres-psychothérapeutes, psychologues ou infirmier-ère-s de santé au travail. Le questionnaire est disponible sur www.unisante.ch/STOBS (français, allemand et italien). Délai de participation à l'enquête : 31.05.2021.

Améliorer l'accès à la prévention et aux soins de qualité

L'objectif de l'enquête est d'estimer la prévalence de burnout professionnel au niveau national, de recenser et décrire les méthodes existantes pour sa détection et son traitement, et d'identifier les pistes d'amélioration possibles et les besoins des professionnel-le-s de santé. Une comparaison des pratiques selon des caractéristiques démographiques, régionales et liées aux spécialisations professionnelles sera également effectuée. Le but est de statuer sur la nécessité et la faisabilité de la mise en place d'un programme de dépistage précoce du BP en Suisse et, le cas échéant, d'en proposer un essai pilote dans le canton de Vaud. Les résultats du projet alimenteront la construction de cet essai et fourniront les bases d'une meilleure prévention dans le milieu professionnel.

Secteur communication | Route de Berne | 1010 Lausanne | communication@unisante.ch | www.unisante.ch

Partenaires à l'échelle nationale

Ce projet d'envergure nationale est porté par Unisanté en collaboration avec l' Association suisse des psychologues du travail et des organisations Psy4Work et avec le soutien de la Direction générale de la santé (DGS) du Canton de Vaud, l'Office fédéral de la santé publique (OFSP), le Secrétariat d'État à l'économie (SECO), la Société Suisse de Psychiatrie et Psychothérapie (SSPP), la Fédération Suisse des Psychologues (FSP), la Société Suisse de Médecine du Travail (SSMT), la Fédération des médecins suisses (FMH), le Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV), les Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG), le Centre Neuchâtelois de psychiatrie (CNP) et plusieurs sociétés cantonales de médecine.

Contacts :

- **Prof. Irina Guseva-Canu**, Responsable du secteur académique au Département Santé, travail et environnement d'Unisanté, tél. : 079 556 70 05, irina.guseva-canu@unisante.ch
- **Emilie Jendly**, Chargée des relations médias, Unisanté, tél. : 079 556 98 41, emilie.jendly@unisante.ch

¹ Guseva C.I., et al. (January 01, 2021). [Harmonized definition of occupational burnout : A systematic review, semantic analysis, and Delphi consensus in 29 countries](#). Scandinavian Journal of Work, Environment & Health, 47, 2, 95-107.

² Nguyen H. A., et al. (January 01, 2021). [Repérage et prise en charge des patients en burnout par les médecins d'Unisanté](#). Revue Médicale Suisse: Revue officielle de la Société médicale de la Suisse romande et de la Société suisse de médecine interne.

³ Guseva C. I. et al. (January 01, 2019). [Burnout syndrome in Europe: towards a harmonized approach in occupational health practice and research](#). Industrial Health, 57, 6, 745-752.

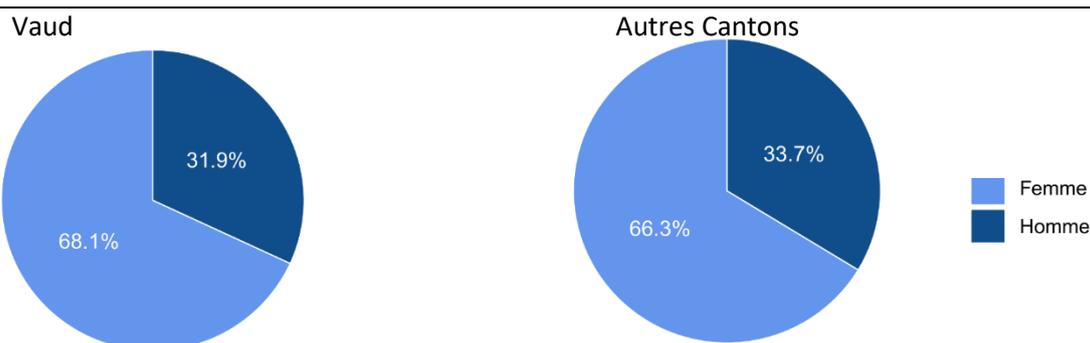
⁴ <https://fedris.be/fr/node/2540>

7.4 Comparaison entre Vaud et autres cantons

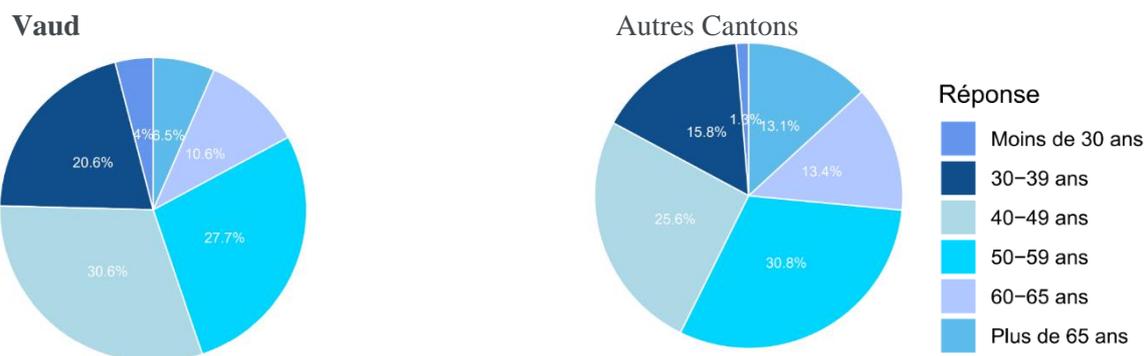
Analyses descriptives – STOBS_VD

Données démographiques

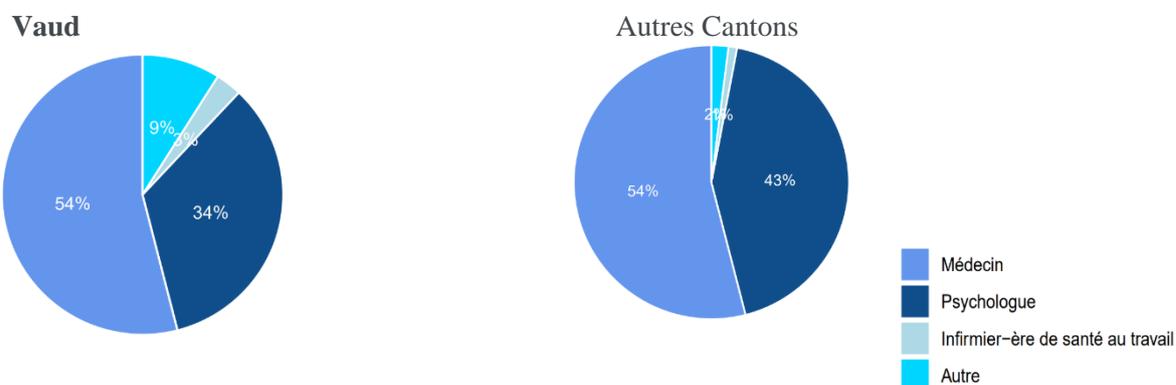
Q1 : Quel est votre sexe ? $p = 0.415$



Q2 : Quel est votre âge ? $p < 0.001$

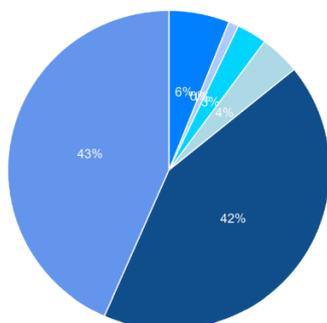


Q3 : Quelle est votre profession ? $p < 0.001$

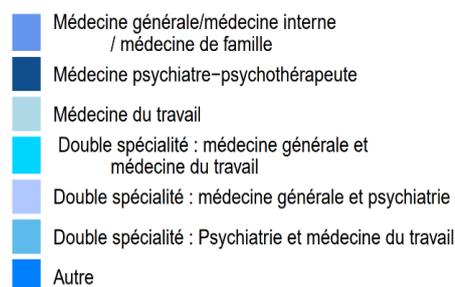
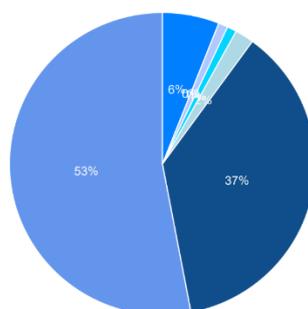


Q4 : Quelle est votre spécialité (médecine) ? p = 0.002

Vaud

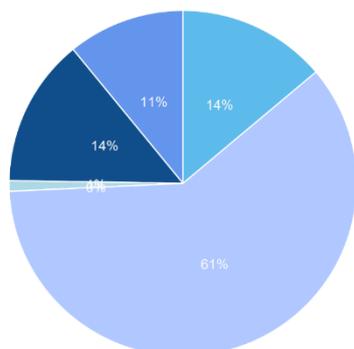


Autres Cantons

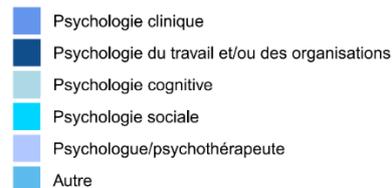
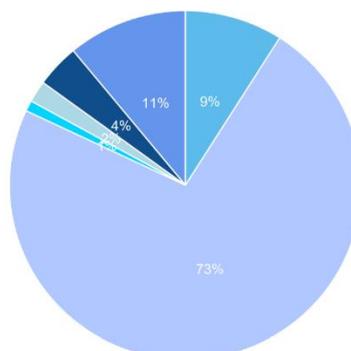


Q5 : Quelle est votre spécialisation (psychologie) ? p < 0.001

Vaud

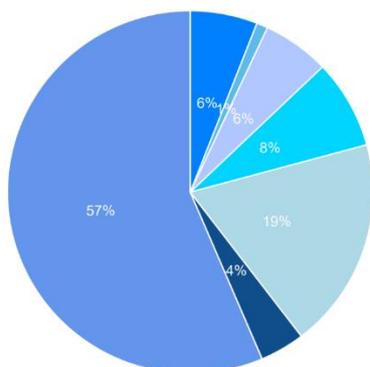


Autres Cantons

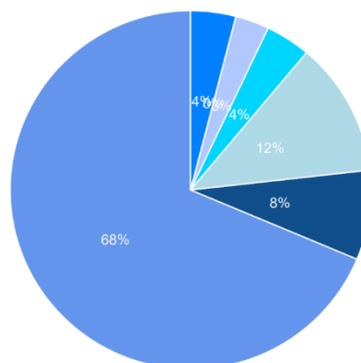


Q6 : Dans quel cadre exercez-vous principalement ? p < 0.001

Vaud

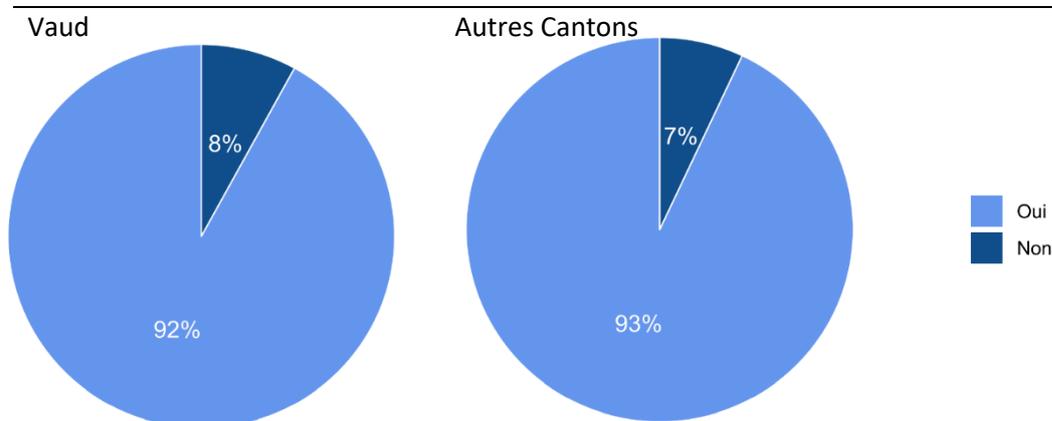


Autres Cantons



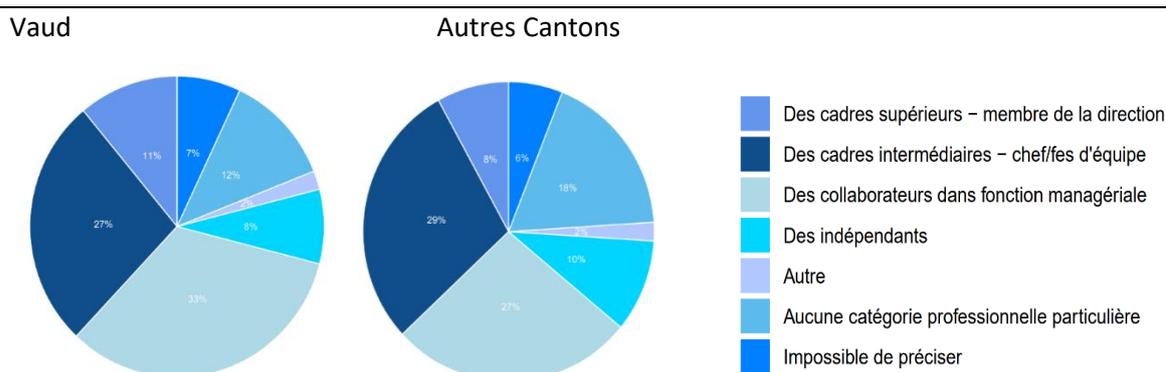
Présence du burnout

Q7 : Avez-vous déjà été confronté à des personnes en burnout professionnel dans le cadre de votre pratique professionnelle ? $p = 0.233$

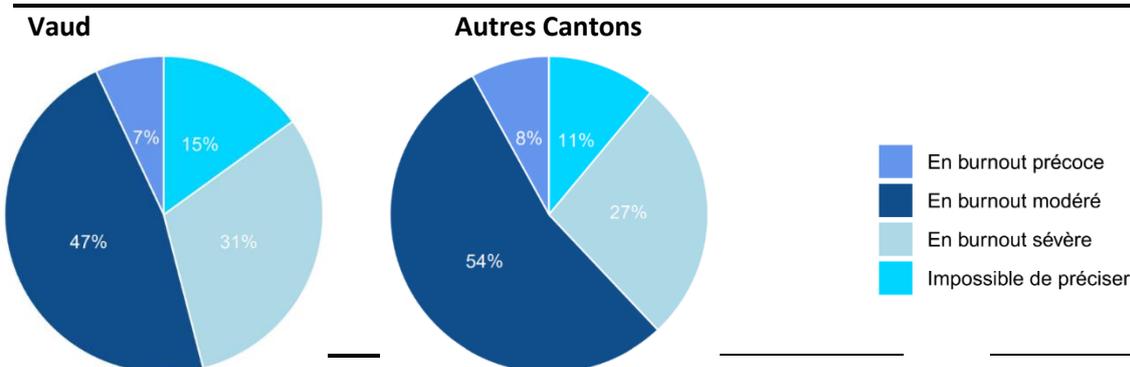


Caractéristiques des patients burnout

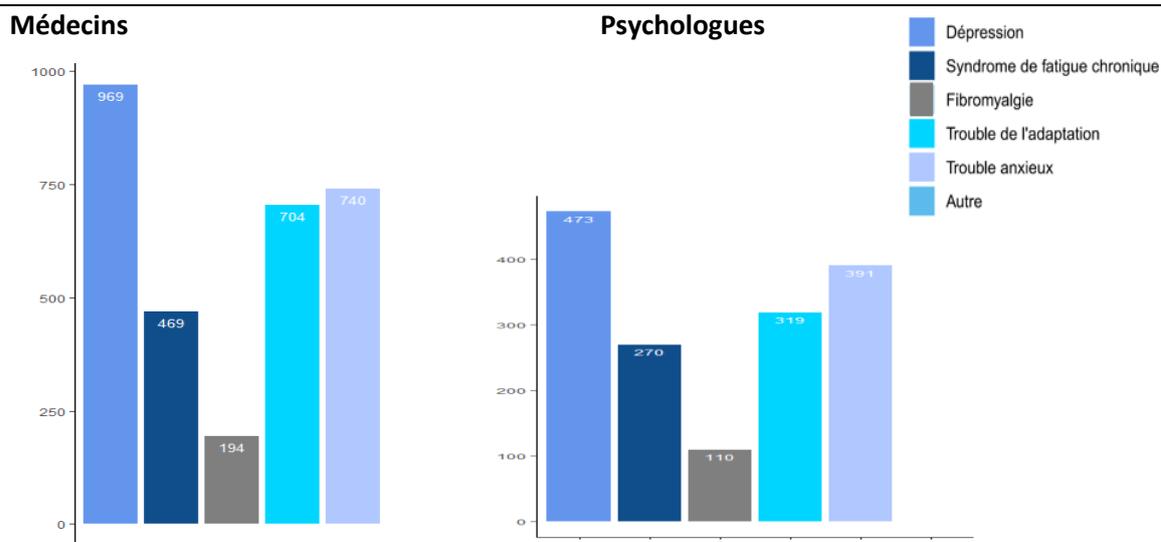
Q8 : Lorsqu'il s'agit d'une situation de burnout professionnel, les personnes sont en majorité ... $p < 0.001$



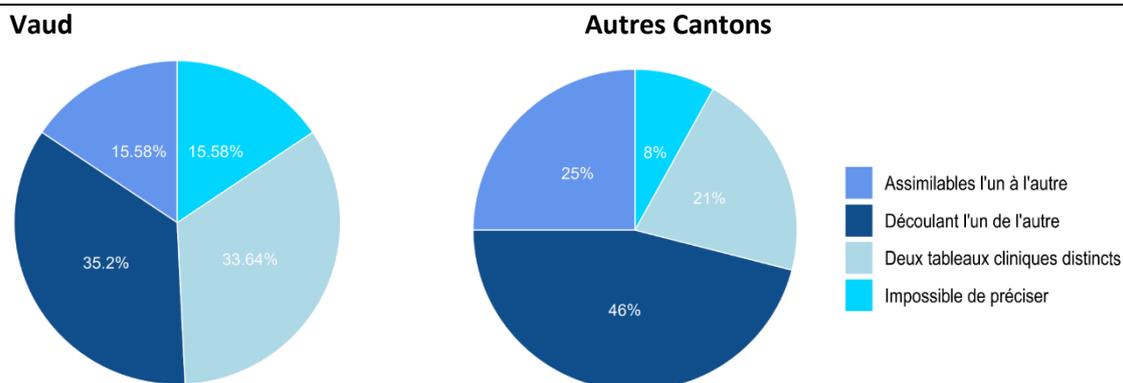
Q9 : Les personnes qui vous consultent sont en majorité ... $p = 0.025$



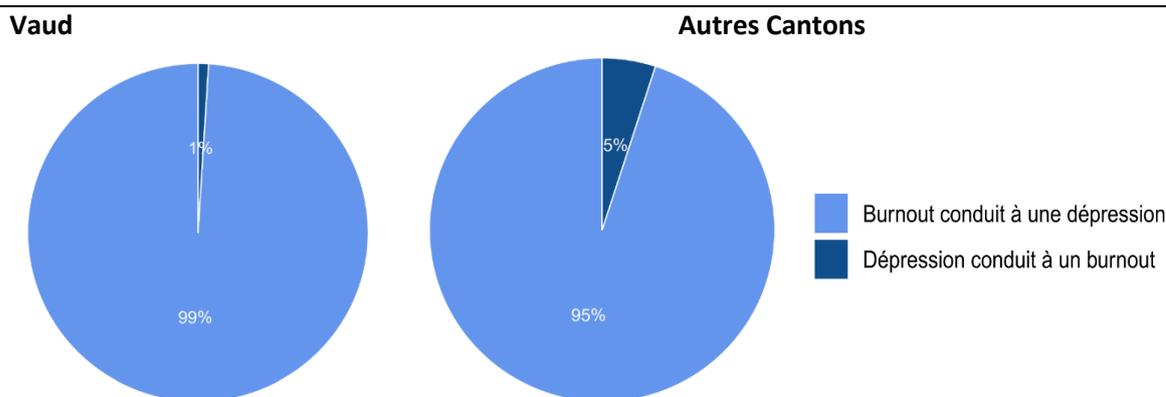
Q10 : Avec quels autres troubles, affections ou atteintes faites-vous le diagnostic différentiel ? p < 0.001



Q11 : Pensez-vous que le burnout professionnel et la dépression sont p < 0.001

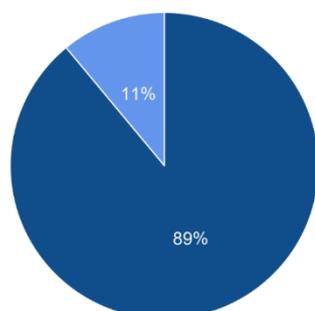


Q12 : Dans quel sens (est-ce que le burnout conduit à une dépression ou la dépression conduit à un burnout) ? p = 0.078

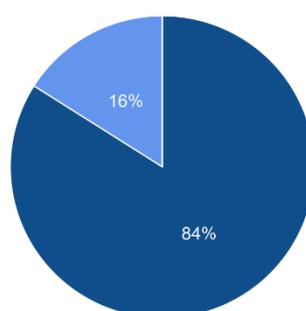


Q13 : Utilisez-vous des analyses biologiques ou des mesures physiologiques pour affiner votre « diagnostic » du burnout professionnel ? p = 0.041

Vaud



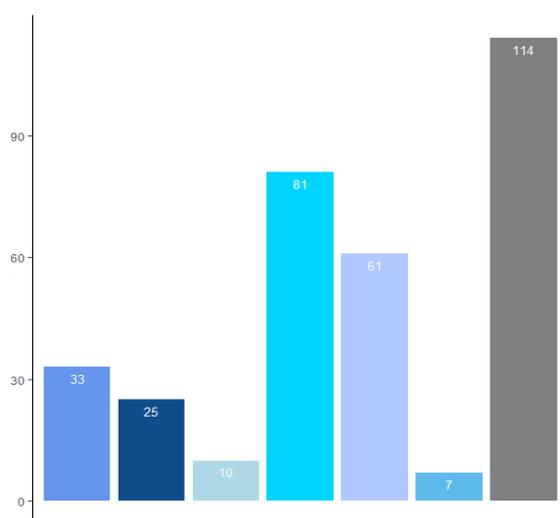
Autres Cantons



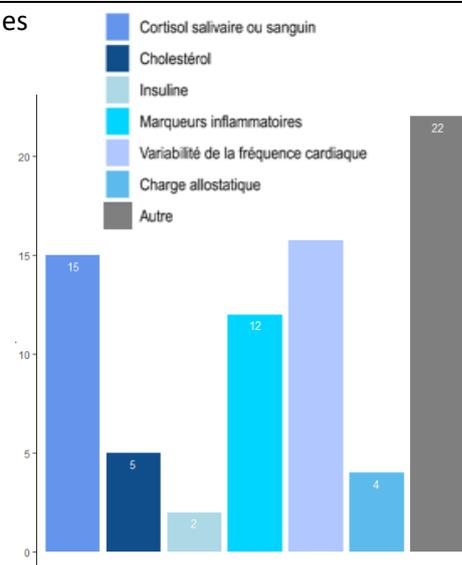
Oui
Non

Q14 : Lesquelles (quelles analyses biologiques ou mesures physiologiques utilisez-vous pour affiner votre « diagnostic » du burnout professionnel) ? p = 0.344

Médecins



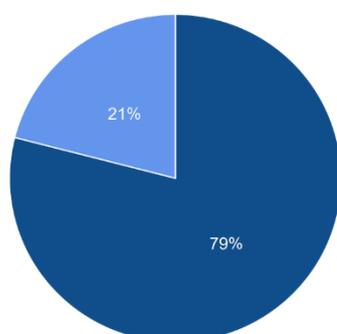
Psychologues



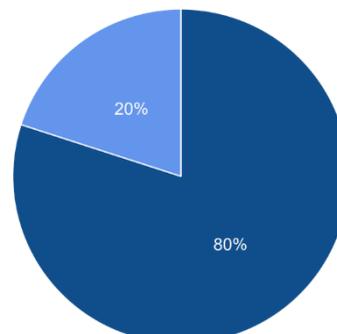
Cortisol salivaire ou sanguin
Cholestérol
Insuline
Marqueurs inflammatoires
Variabilité de la fréquence cardiaque
Charge allostatique
Autre

Q15 : Utilisez-vous des tests ou échelles pour aider à poser le « diagnostic » de burnout professionnel ? p = 0.768

Vaud

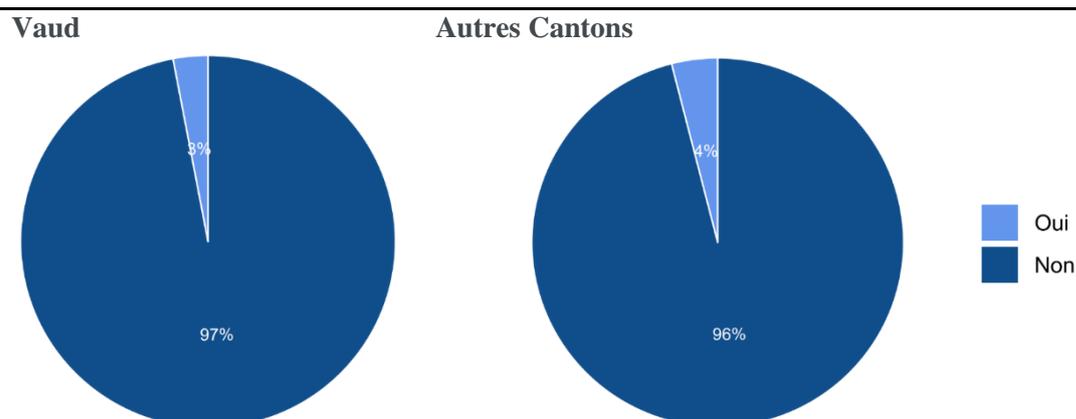


Autres Cantons

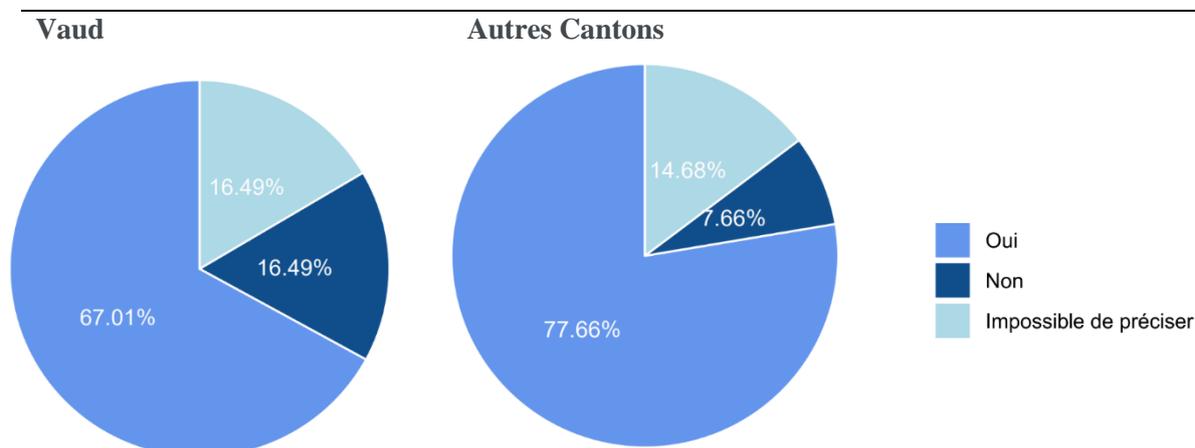


Oui
Non

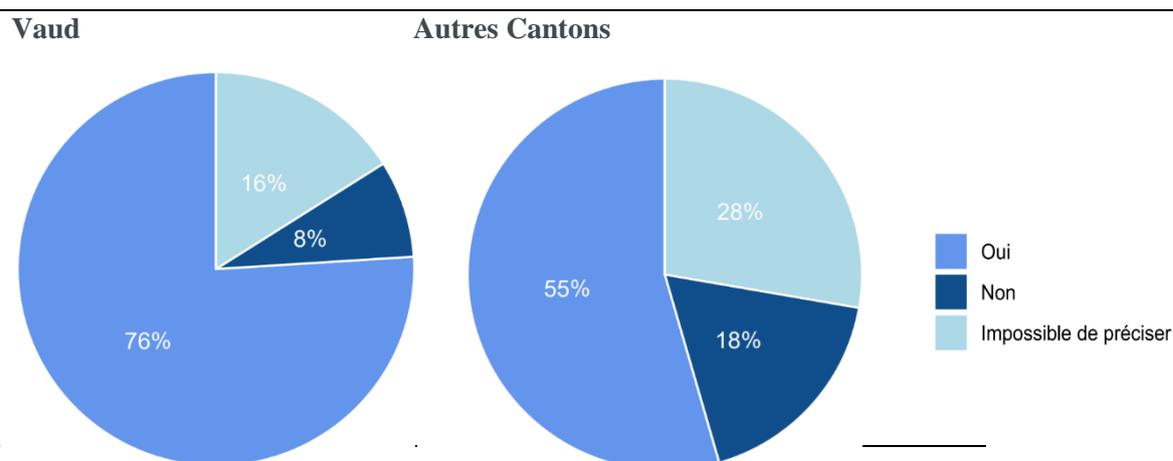
Q16 : Utilisez-vous des supports techniques (applications web ou interface périphériques telles que montre, bracelet, téléphone) pour affiner votre « diagnostic » ? $p = 0.804$



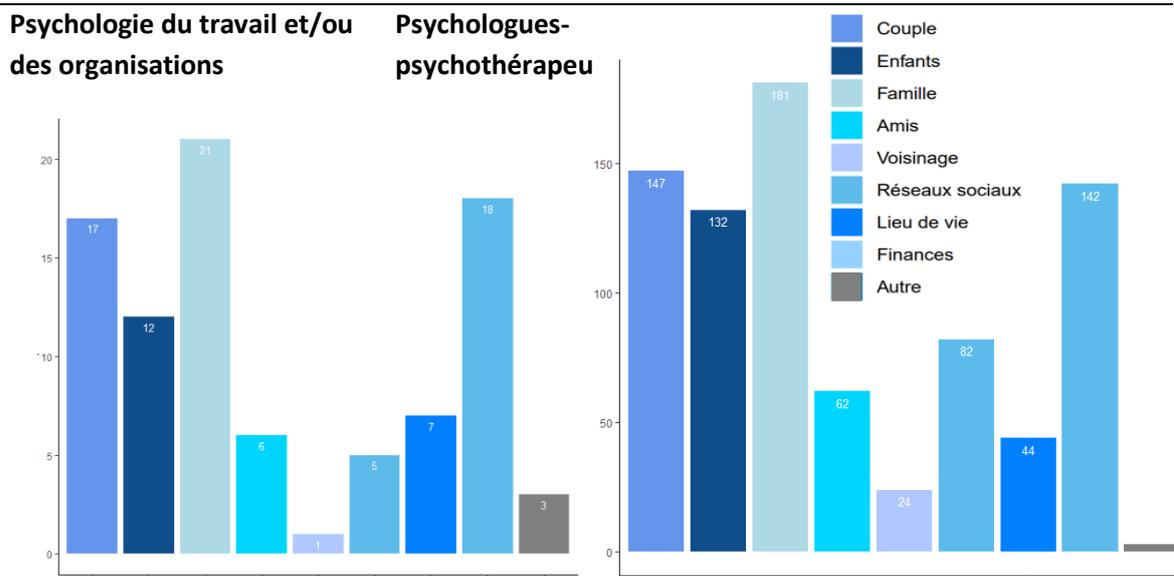
Q17 : Lors de l'anamnèse, identifiez-vous des facteurs liés aux dispositions individuelles chez les individus en burnout professionnel (ex : traits de personnalité, ...) ? $p = 0.016$



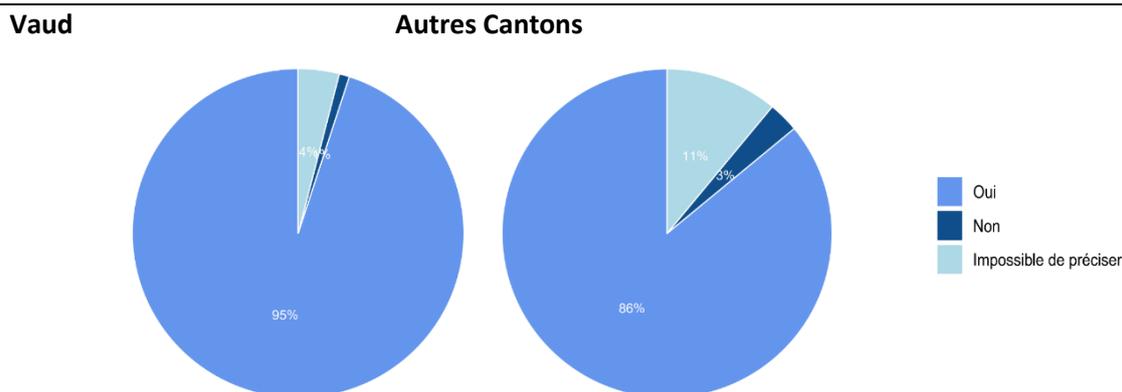
Q18 : Identifiez-vous des facteurs liés au contexte personnel et social chez les individus en burnout professionnel ? $p < 0.001$



Q19 : Lesquels (Quels facteurs liés au contexte personnel et social chez les individus en burnout professionnel identifiez-vous) ? p = 0.129

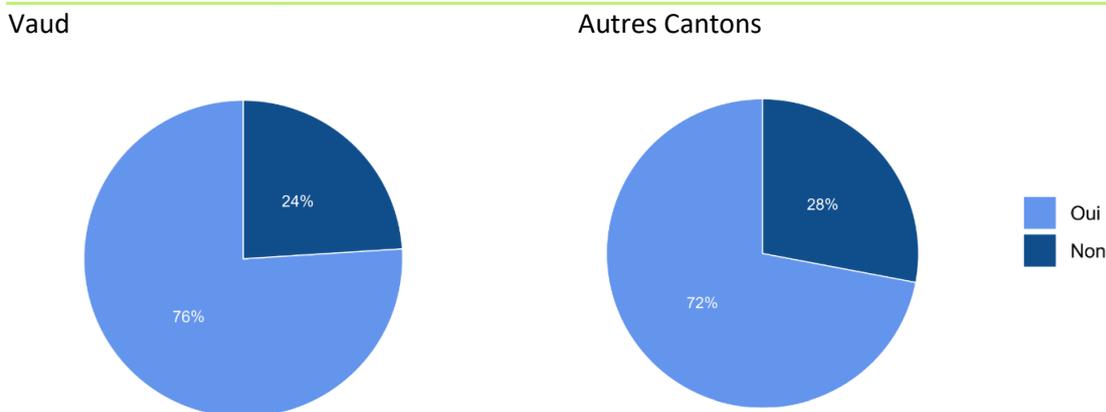


Q20 : Identifiez-vous des facteurs liés aux conditions de travail et à l'activité professionnelle chez les individus en burnout professionnel ? p = 0.029



Prise en charge du burnout

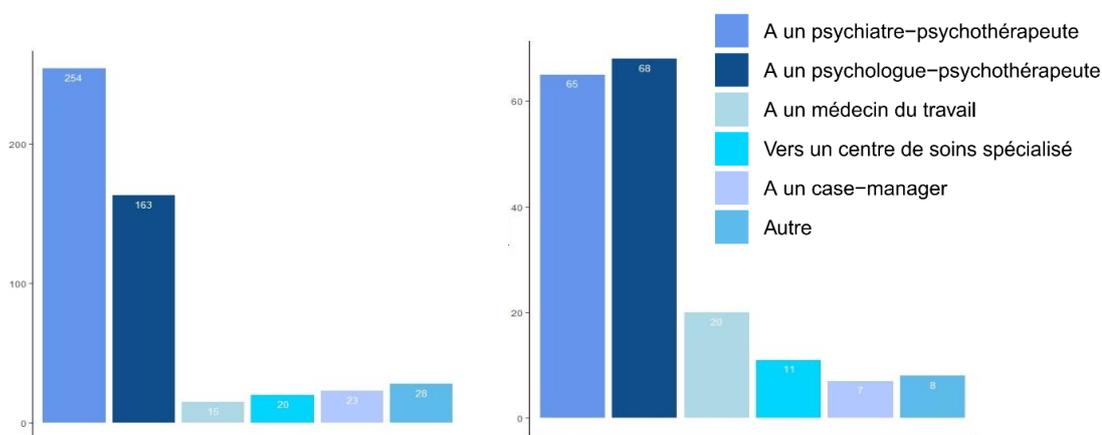
Q21 : Prenez-vous vous-même en charge le traitement de personnes en burnout professionnel ? p = 0.195



Q22 : À qui référez-vous ces personnes ? p < 0.001

Médecins

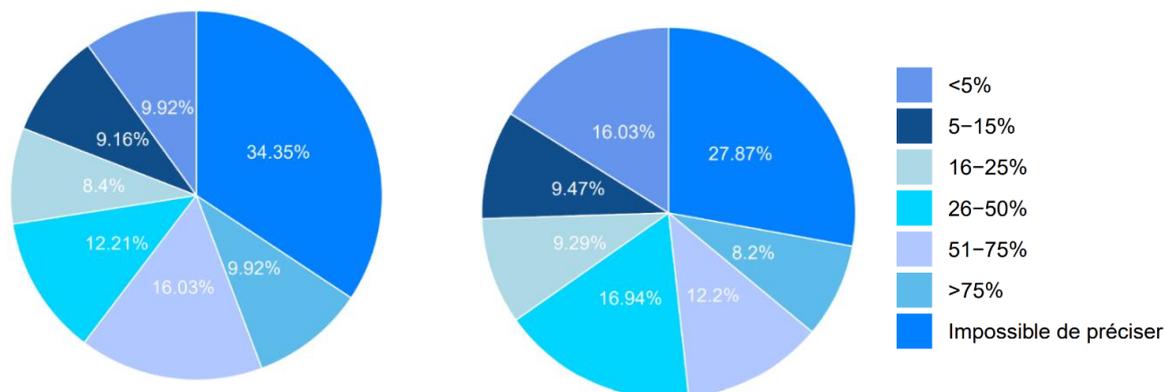
Psychologues



Q23 : Parmi les personnes en burnout professionnel qui vous consultent, quelle est la proportion de celles qui ont un traitement médicamenteux pour leur burnout ? p = 0.292

Vaud

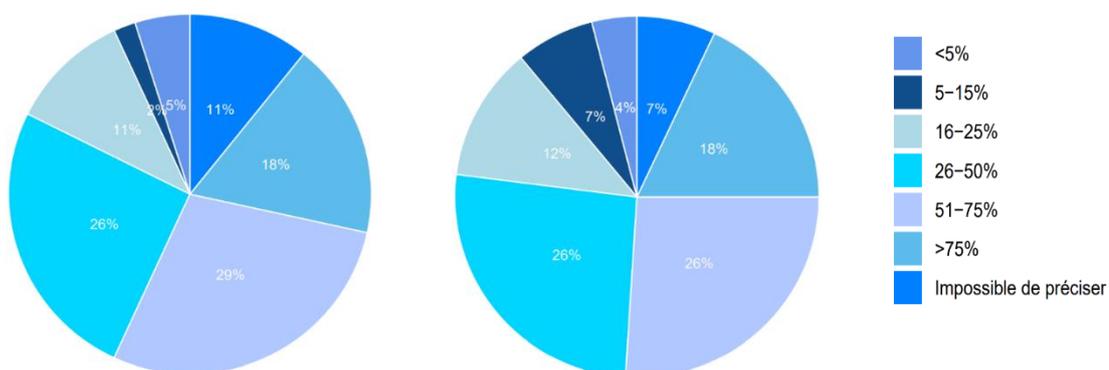
Autres Cantons



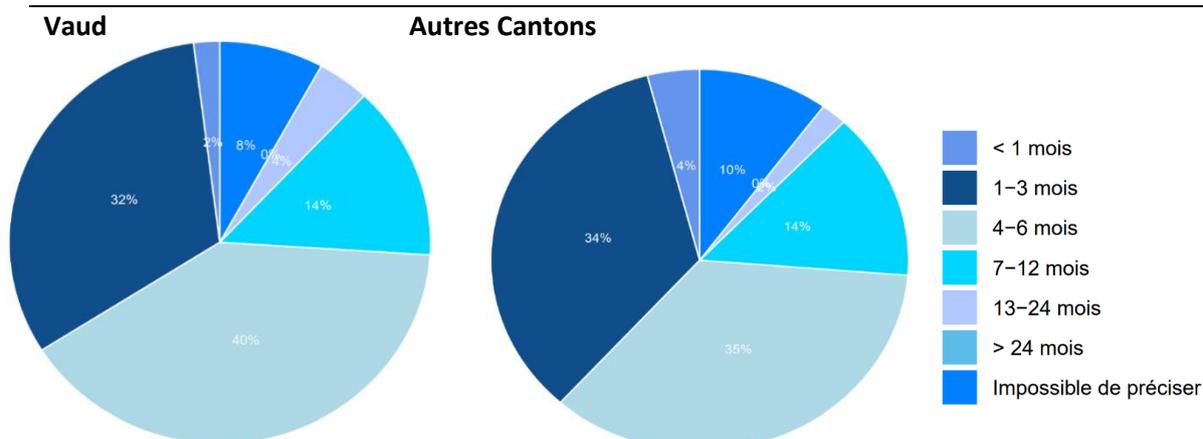
Q24 : Parmi les personnes en burnout professionnel qui vous consultent, quelle est la proportion de celles à qui vous prescrivez un traitement médicamenteux pour leur burnout ? p = 0.180

Vaud

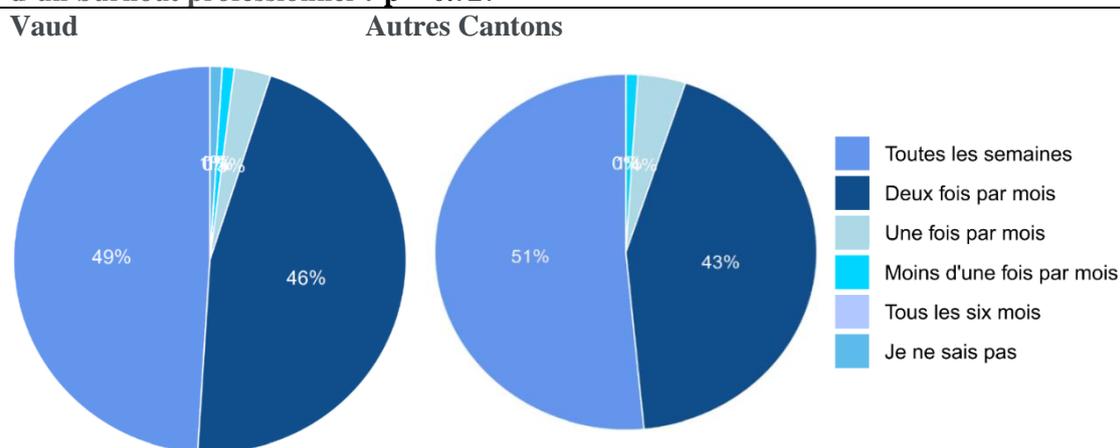
Autres Cantons



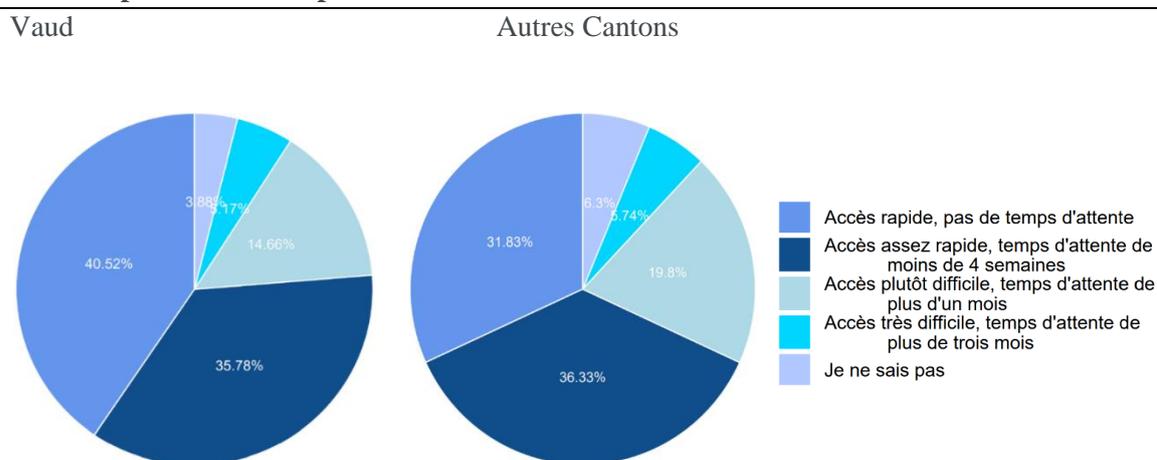
Q25 : En moyenne, combien de temps dure l'arrêt du travail ou les arrêts cumulés en cas de burnout professionnel ? p = 0.661



Q26 : A quelle fréquence (en moyenne) voyez-vous votre patient durant la prise en charge d'un burnout professionnel ? p = 0.727



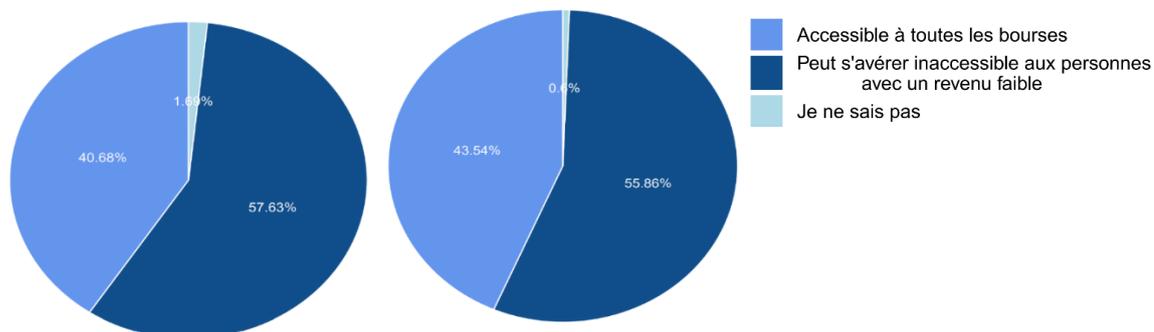
Q27 : Comment évaluez-vous le temps d'attente de votre prise en charge pour des patients en burnout professionnel ? p = 0.069



Q28 : Comment évaluez-vous l'accessibilité de votre prise en charge pour des personnes en burnout professionnel sur le plan financier ? $p = 0.469$

Vaud

Autres Cantons

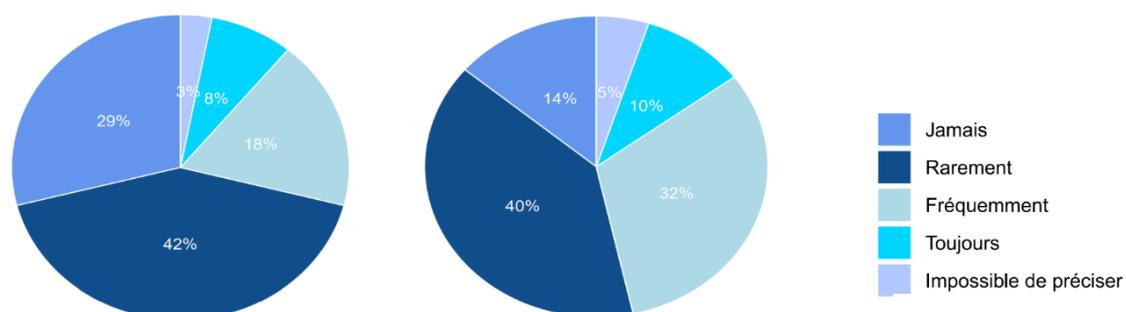


Post-burnout (reprise du travail, guérison)

Q29 : Si votre patient a un emploi, êtes-vous consulté pour l'organisation de la reprise du travail ? $p < 0.001$

Vaud

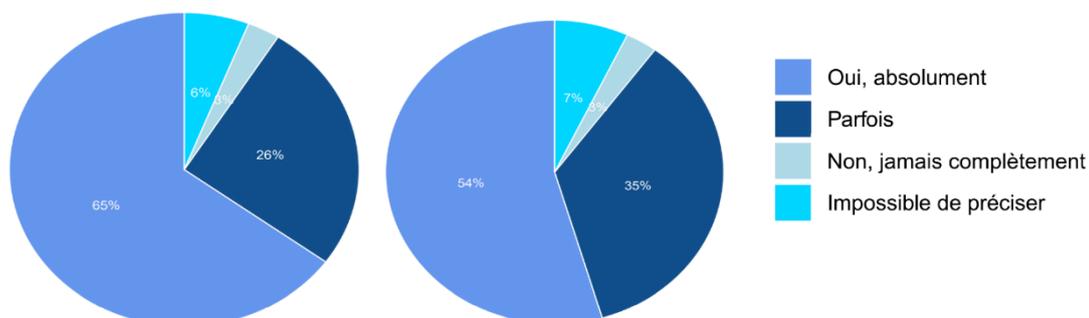
Autres Cantons



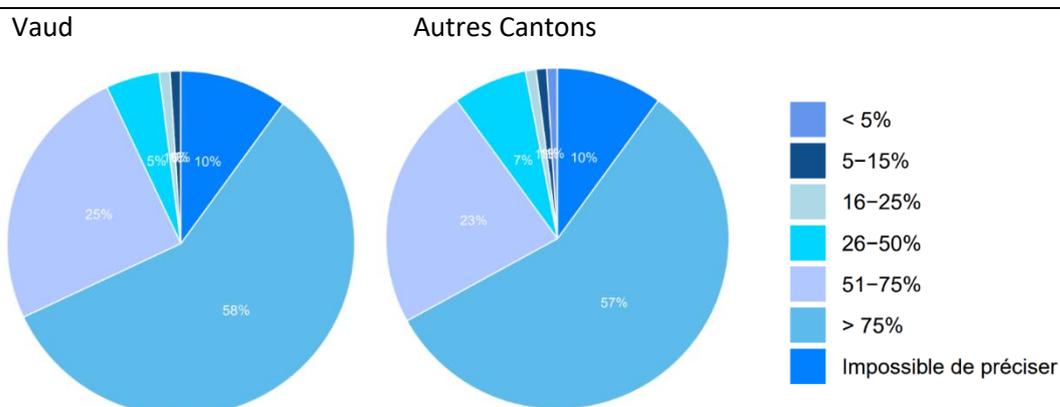
Q30: Quel est le pronostic d'un burnout professionnel : est-ce possible de « guérir » ? $p = 0.032$

Vaud

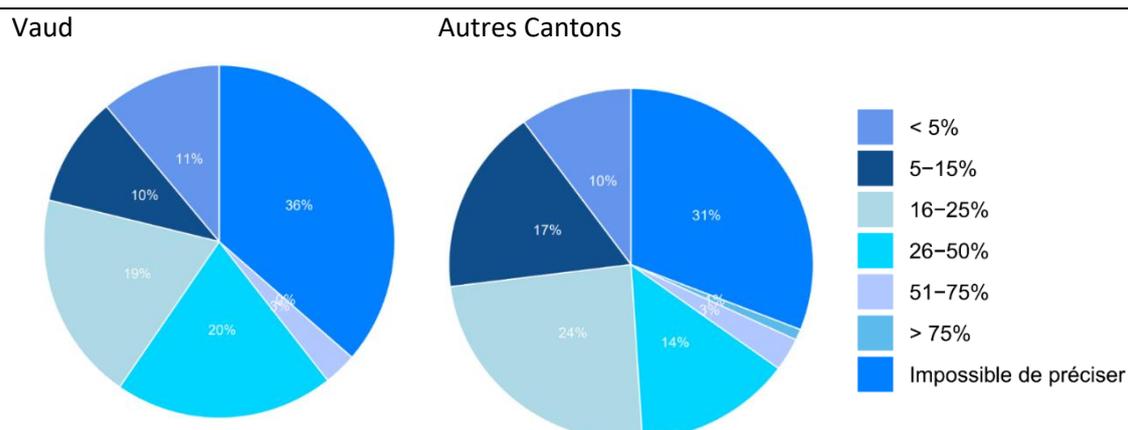
Autre Cantons



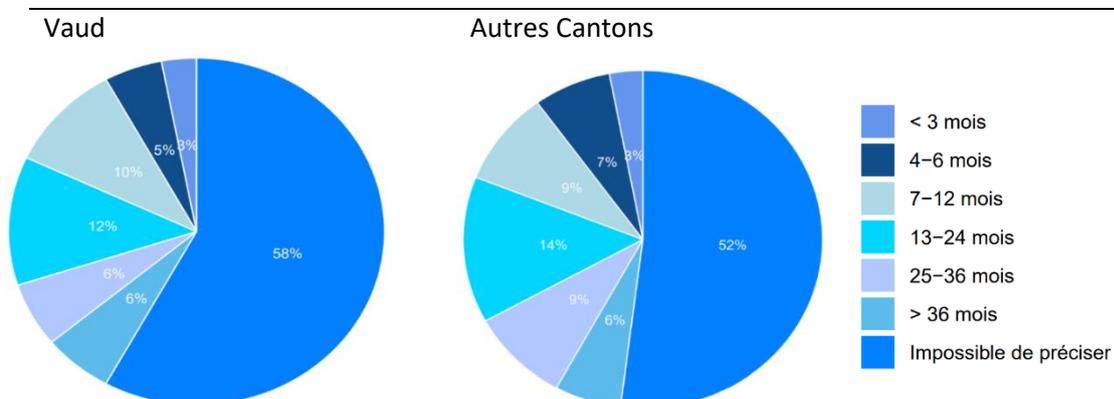
Q31 : Dans quelle proportion les personnes en burnout professionnel que vous avez prises en charge ont-elles été à nouveau aptes à reprendre une activité professionnelle ? $p = 0.962$



Q32 : Parmi les personnes en burnout professionnel que vous avez prises en charge, quelle proportion a été sujette à une rechute ? $p = 0.043$



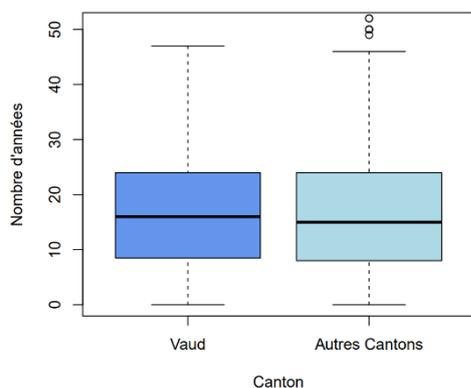
Q33 : Quel est le délai moyen d'apparition d'une rechute chez vos patients ? $p = 0.515$

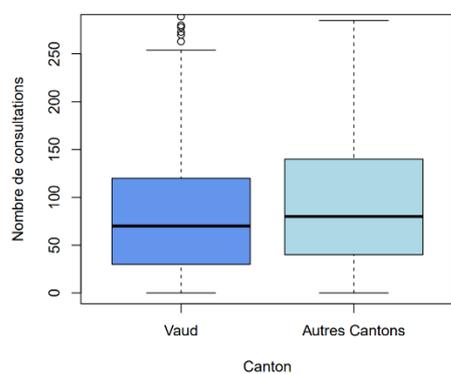
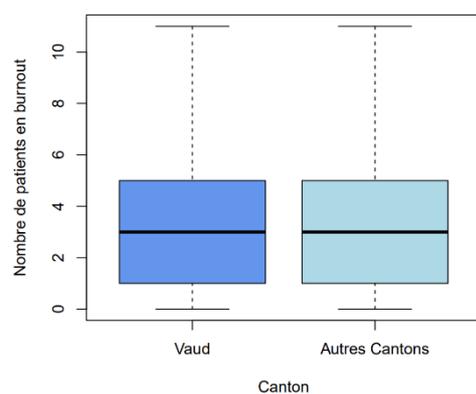


Analyses descriptives – STOBS_VD (Boxplots)

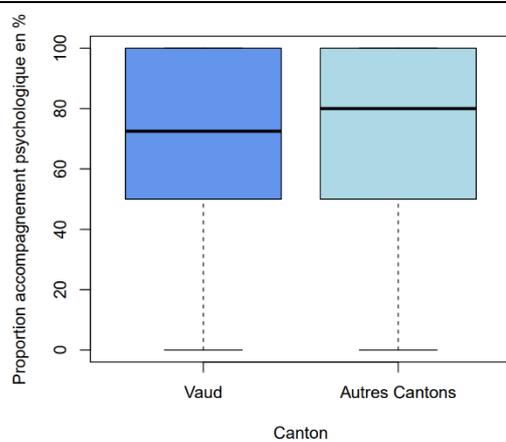
Boxplots de toutes les catégories de questions

Q34 : Depuis combien de temps exercerez-vous ? $p = 0.837$

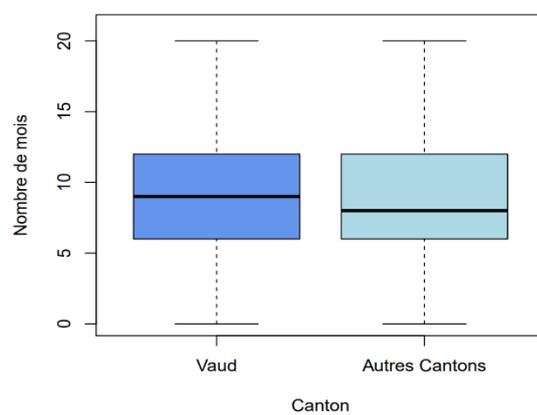
Q35 : Combien de consultations avez-vous effectués au cours du dernier mois ? $p = 0.002$

Q36 : Combien de patients consultés au cours du dernier mois étaient en burnout professionnel ? $p = 0.629$ 

Q37 : Quelle proportion de vos patients bénéficie d'un accompagnement psychologique ou d'une psychothérapie ? (en pourcentage) $p = 0.014$



Q38 : En moyenne, combien de temps dure l'accompagnement psychologique ou la psychothérapie dans une situation de burnout professionnel ? (en mois) $p = 0.335$

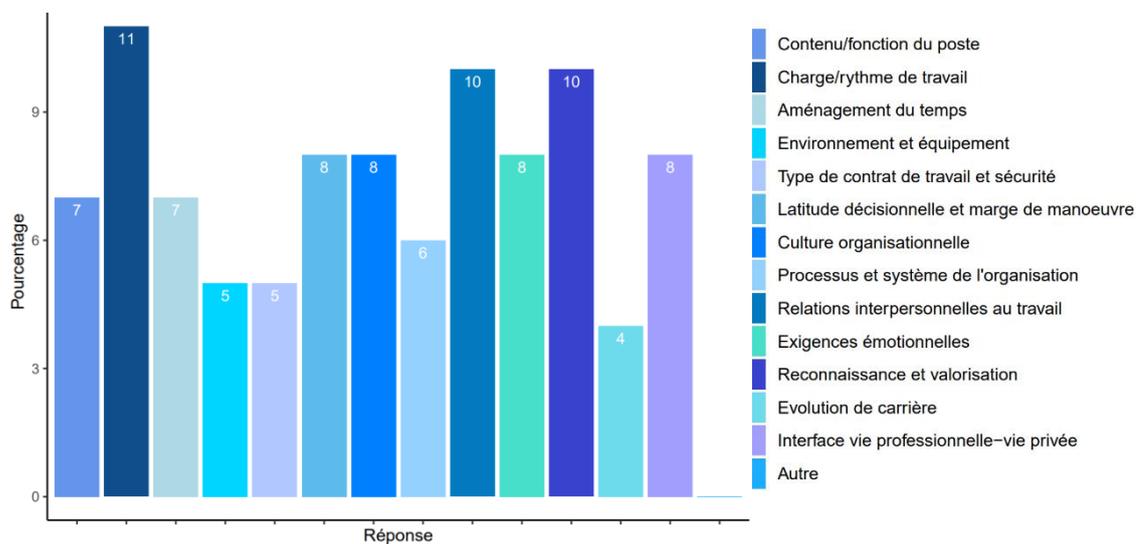


Analyses descriptives – STOBS_VD (Barplots)

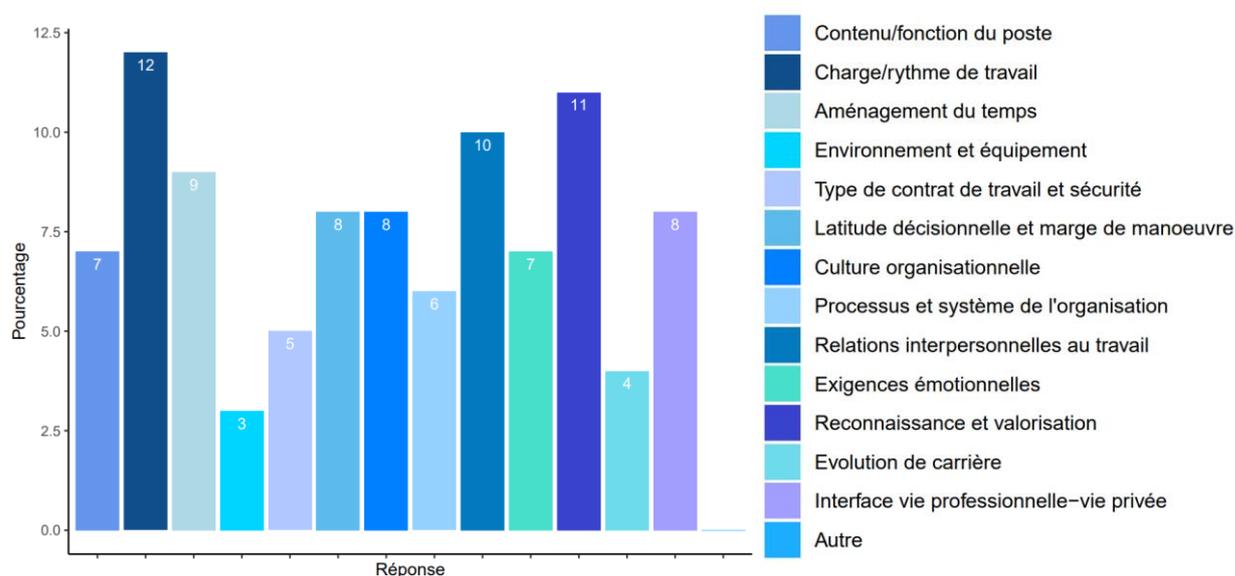
Barplots de toutes les catégories de questions

Q39 : Quels facteurs identifiez-vous liés aux conditions de travail et à l'activité professionnelle chez les individus en burnout professionnel ? $p = 0.704$

Vaud

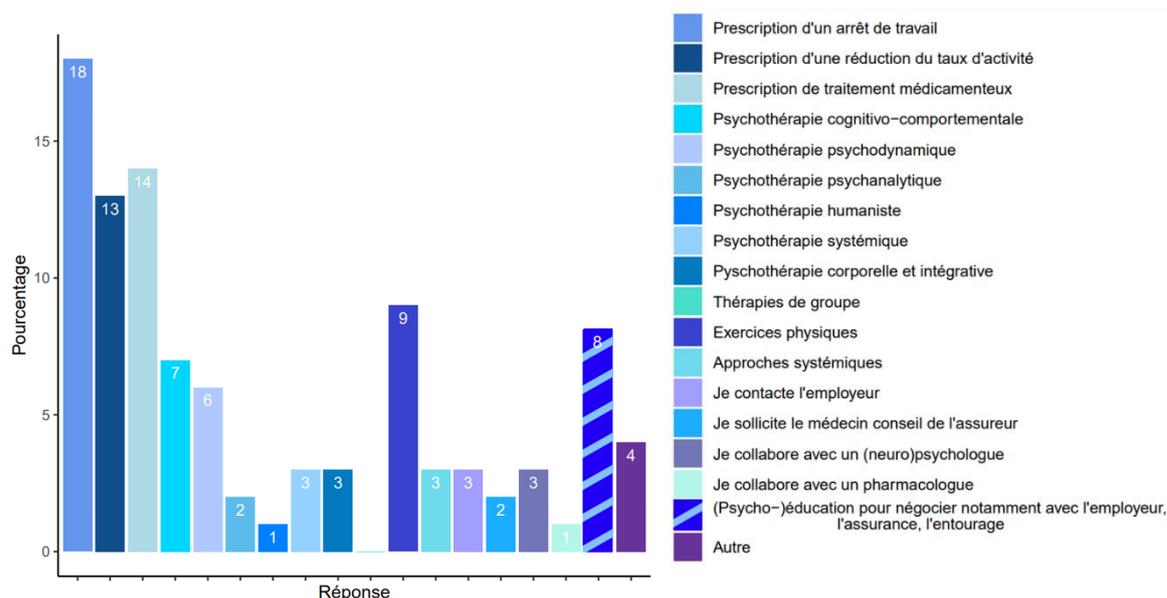


Autres Cantons

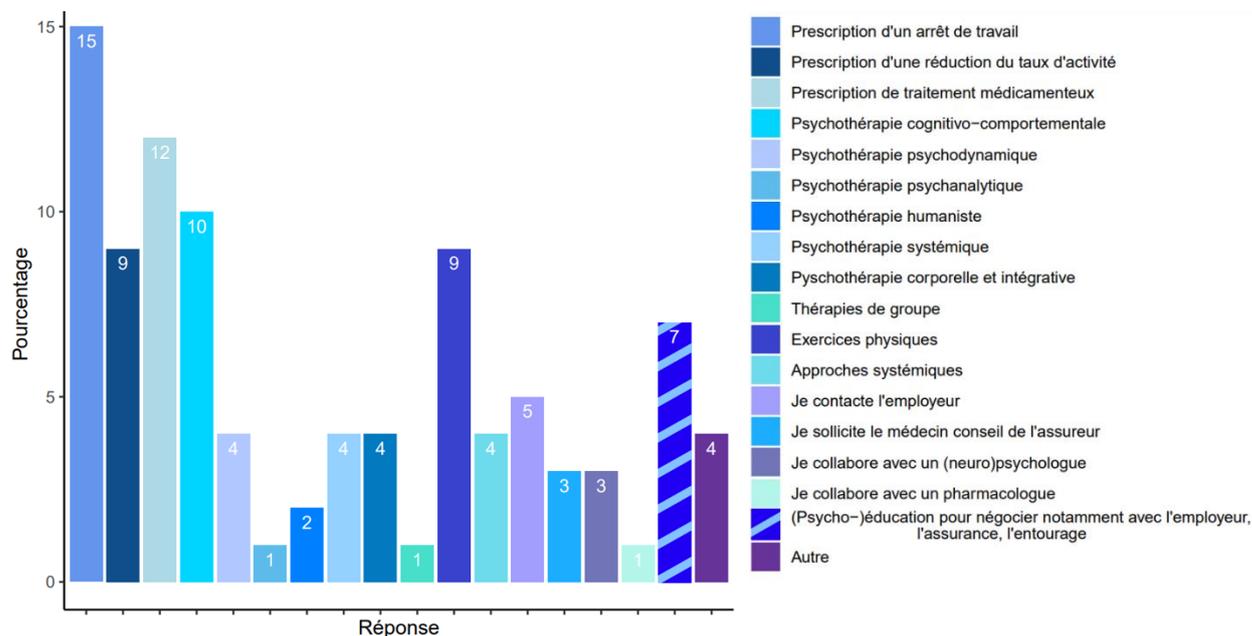


Q40 : Comment prenez-vous en charge le traitement de personnes souffrant de burnout professionnel ? p < 0.001

Vaud

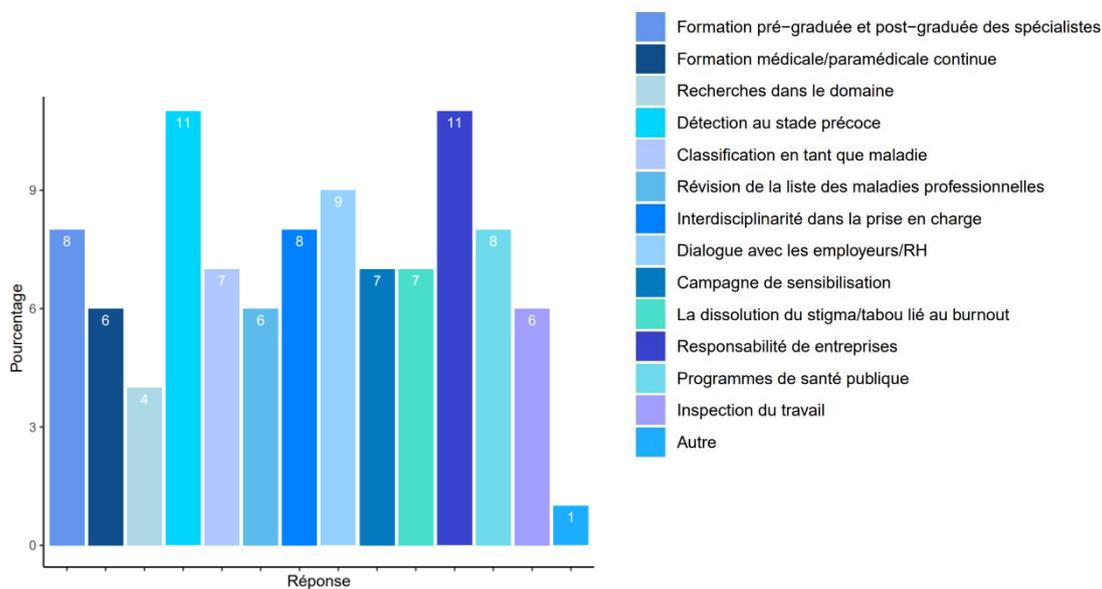


Autres Cantons

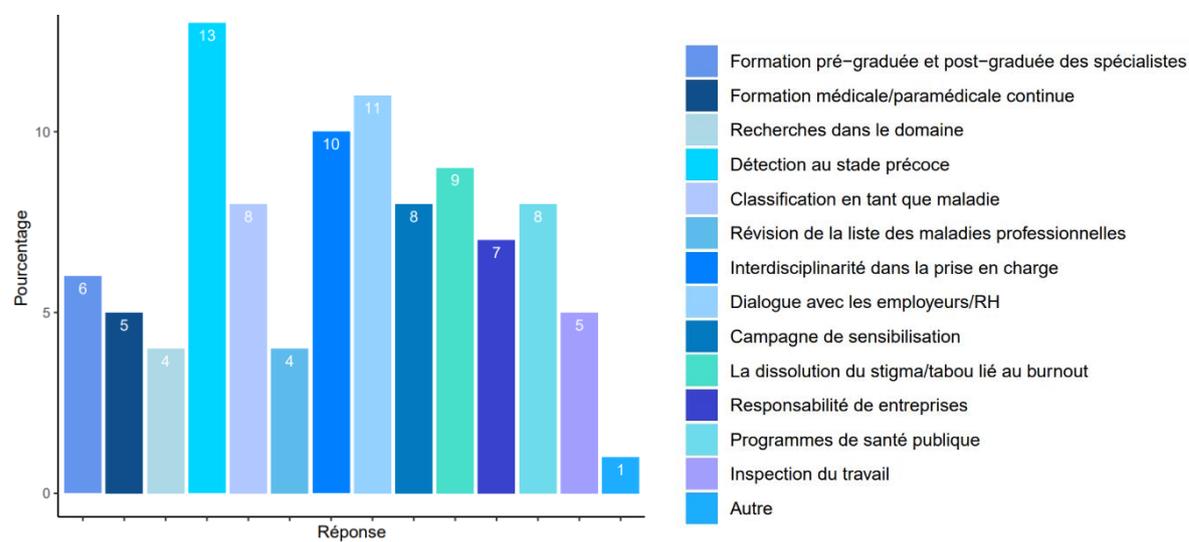


Q41 : A votre avis, quelles sont les mesures les plus pertinentes pour mieux prendre en charge le burnout professionnel ? $p < 0.001$

Vaud

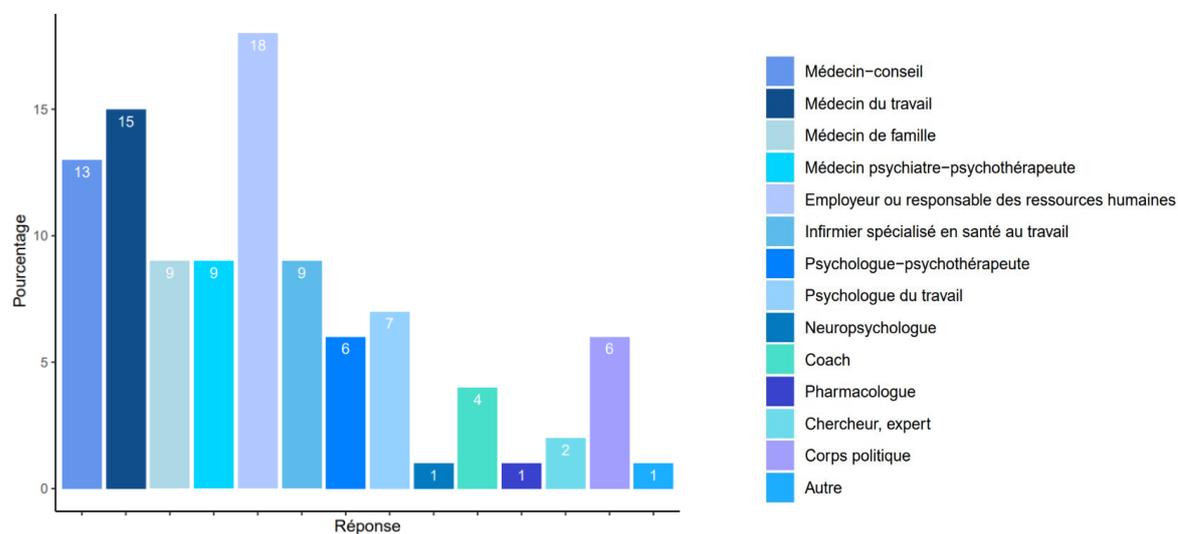


Autres Cantons

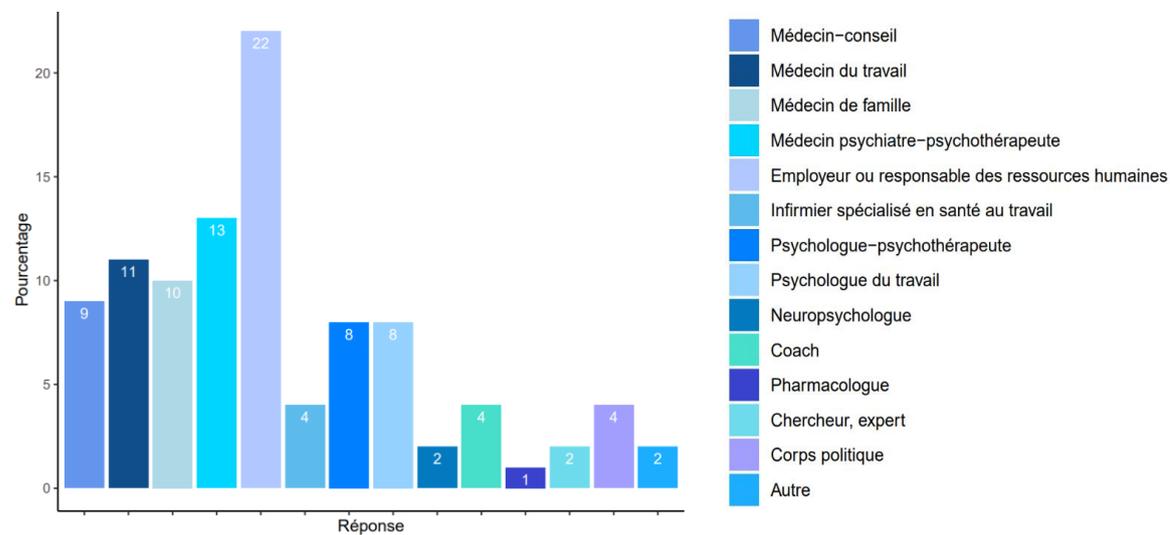


Q42 : Avec quels spécialistes ou professionnels souhaiteriez-vous une meilleure collaboration ? $p < 0.001$

Vaud

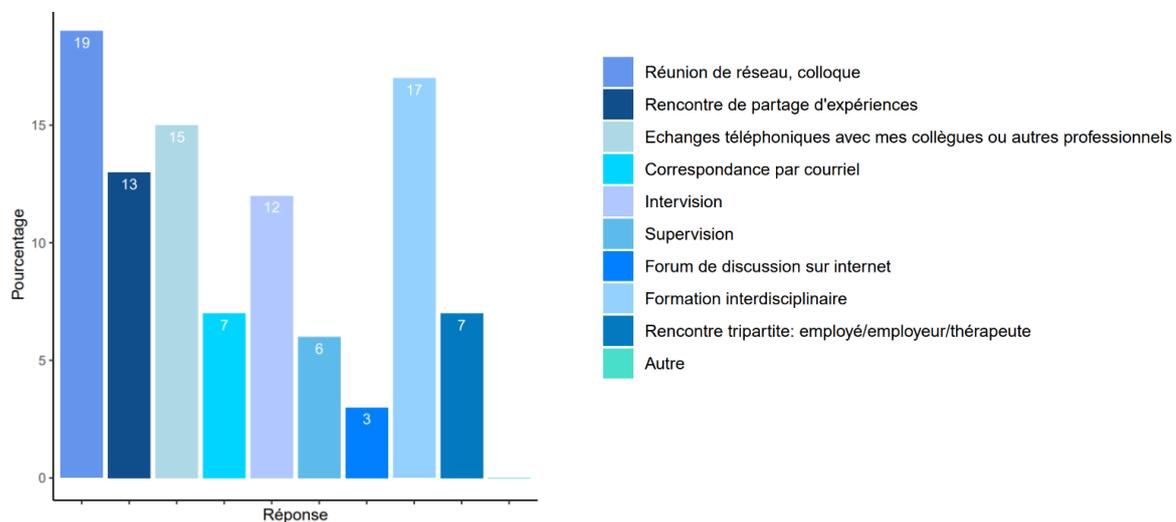


Autres Cantons

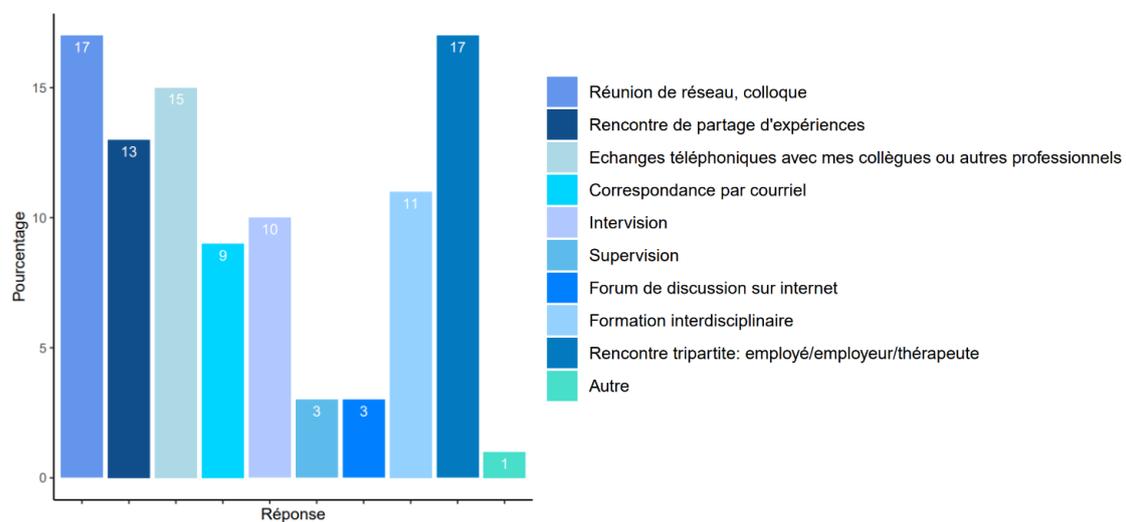


Q43 : Quels types d'interactions pourraient améliorer cette collaboration interdisciplinaire ?
 $p < 0.001$

Vaud



Autres Cantons



Tests statistiques (sans correction de Bonferonni) – Si en gras = significatif ($\alpha < 0.05$) :

Q1 (Avec Yate's Continuity Correction): $\chi^2(1, N = 3'174) = 0.664, p = 0.415$

Q2 (Pearson's Chi-squared test): $\chi^2(5, N = 3'175) = 54.041, p < 0.001$

Q3 (Pearson's Chi-squared test): $\chi^2(3, N = 3'173) = 105.4, p < 0.001$

Q4 (Test exact de Fischer) : $p = 0.002$

Q5 (Test exact de Fischer) : $p < 0.001$

Q6 (Test exact de Fischer) : $p < 0.001$

Q7 (Avec Yate's Continuity Correction): $\chi^2(1, N = 3'162) = 1.422, p = 0.233$

Q8 (Pearson's Chi-squared test): $\chi^2(6, N = 2'504) = 28.993, p < 0.001$

Q9 (Pearson's Chi-squared test): $\chi^2(3, N = 1'678) = 9.336, p = 0.025$

Q10 (Pearson's Chi-squared test): $\chi^2(5, N = 1'633) = 23.964, p < 0.001$

Q11 (Pearson's Chi-squared test): $\chi^2(3, N = 1'632) = 51.512, p < 0.001$

Q12 (Avec Yate's Continuity Correction): $\chi^2(1, N = 715) = 3.111, p = 0.078$

Q13 (Avec Yate's Continuity Correction): $\chi^2(1, N = 715) = 4.186, p = 0.041$

Q14 (Test exact de Fischer) : $p = 0.344$

Q15 (Avec Yate's Continuity Correction): $\chi^2(1, N = 1'630) = 0.087, p = 0.768$

Q16 (Avec Yate's Continuity Correction): $\chi^2(1, N = 1'629) = 0.0616, p = 0.804$

Q17 (Pearson's Chi-squared test): $\chi^2(2, N = 572) = 8.222, p = 0.016$

Q18 (Pearson's Chi-squared test): $\chi^2(2, N = 568) = 16.785, p < 0.001$

Q19 (Pearson's Chi-squared test): $\chi^2(8, N = 329) = 12.525, p = 0.129$

Q20 (Test exact de Fischer) : $p = 0.029$

Q21 (Avec Yate's Continuity Correction): $\chi^2(1, N = 1'554) = 1.675, p = 0.196$

Q22 (Pearson's Chi-squared test): $\chi^2(5, N = 424) = 36.231, p < 0.001$

Q23 (Pearson's Chi-squared test): $\chi^2(6, N = 680) = 7.324, p = 0.292$

Q24 (Pearson's Chi-squared test): $\chi^2(6, N = 671) = 8.887, p = 0.180$

Q25 (Test exact de Fischer) : $p = 0.661$

Q26 (Test exact de Fischer) : $p = 0.727$

Q27 (Pearson's Chi-squared test) : $\chi^2(4, N = 1'121) = 8.701, p = 0.069$

Q28 (Test exact de Fischer) : $p = 0.469$

Q29 (Pearson's Chi-squared test) : $\chi^2(4, N = 1'128) = 42.222, p < 0.001$

Q30 (Pearson's Chi-squared test) : $\chi^2(3, N = 1'128) = 8.799, p = 0.032$

Q31 (Test exact de Fischer) : $p = 0.962$

Q32 (Test exact de Fischer) : $p = 0.046$

Q33 (Pearson's Chi-squared test) : $\chi^2(6, N = 1'120) = 5.225, p = 0.515$

Q34 (Student's t-test) : $t(3'141) = -0.206, p = 0.837$

Q35 (Wilcoxon rank sum test) : $U = 827'551, p = 0.002$

Q36 (Wilcoxon rank sum test) : $U = 496'655, p = 0.629$

Q37 (Student's t-test) : $t(1'045) = 2.451, p = 0.014$

Q38 (Wilcoxon rank sum test) : $U = 138'912, p = 0.335$

Q39 (Test exact de Fischer) : $p = 0.704$

Q40 (Pearson's Chi-squared test) : $\chi^2(17, N = 1'129) = 87.634, p < 0.001$

Q41 (Pearson's Chi-squared test) : $\chi^2(13, N = 495) = 81.278, p < 0.001$

Q42 (Test exact de Fischer) : $p < 0.001$

Q43 (Pearson's Chi-squared test) : $\chi^2(9, N = 800) = 54.744, p < 0.001$

Tests statistiques (avec correction de Bonferonni, $\alpha / 44 = 0.0011$) – Si en gras = significatif (significativité $\alpha < 0.0011$):

Q1 (Avec Yate's Continuity Correction) : $\chi^2(1, N = 3'174) = 0.664, p = 0.415$

Q2 (Pearson's Chi-squared test) : $\chi^2(5, N = 3'175) = 54.041, p < 0.001$

Q3 (Pearson's Chi-squared test) : $\chi^2(3, N = 3'173) = 105.4, p < 0.001$

Q4 (Test exact de Fischer) : $p = 0.002$

Q5 (Test exact de Fischer) : $p < 0.001$

Q6 (Test exact de Fischer) : $p < 0.001$

Q7 (Avec Yate's Continuity Correction): $\chi^2(1, N = 3'162) = 1.422, p = 0.233$

Q8 (Pearson's Chi-squared test): $\chi^2(6, N = 2'504) = 28.993, p < 0.001$

Q9 (Pearson's Chi-squared test): $\chi^2(3, N = 1'678) = 9.336, p = 0.025$

Q10 (Pearson's Chi-squared test): $\chi^2(5, N = 1'633) = 23.964, p < 0.001$

Q11 (Pearson's Chi-squared test): $\chi^2(3, N = 1'632) = 51.512, p < 0.001$

Q12 (Avec Yate's Continuity Correction): $\chi^2(1, N = 715) = 3.111, p = 0.078$

Q13 (Avec Yate's Continuity Correction): $\chi^2(1, N = 715) = 4.186, p = 0.041$

Q14 (Test exact de Fischer) : $p = 0.344$

Q15 (Avec Yate's Continuity Correction): $\chi^2(1, N = 1'630) = 0.087, p = 0.768$

Q16 (Avec Yate's Continuity Correction): $\chi^2(1, N = 1'629) = 0.0616, p = 0.804$

Q17 (Pearson's Chi-squared test): $\chi^2(2, N = 572) = 8.222, p = 0.016$

Q18 (Pearson's Chi-squared test): $\chi^2(2, N = 568) = 16.785, p < 0.001$

Q19 (Pearson's Chi-squared test): $\chi^2(8, N = 329) = 12.525, p = 0.129$

Q20 (Test exact de Fischer) : $p = 0.029$

Q21 (Avec Yate's Continuity Correction): $\chi^2(1, N = 1'554) = 1.675, p = 0.196$

Q22 (Pearson's Chi-squared test): $\chi^2(5, N = 424) = 36.231, p < 0.001$

Q23 (Pearson's Chi-squared test): $\chi^2(6, N = 680) = 7.324, p = 0.292$

Q24 (Pearson's Chi-squared test): $\chi^2(6, N = 671) = 8.887, p = 0.180$

Q25 (Test exact de Fischer) : $p = 0.661$

Q26 (Test exact de Fischer) : $p = 0.727$

Q27 (Pearson's Chi-squared test) : $\chi^2(4, N = 1'121) = 8.701, p = 0.069$

Q28 (Test exact de Fischer) : $p = 0.469$

Q29 (Pearson's Chi-squared test) : $\chi^2(4, N = 1'128) = 42.222, p < 0.001$

Q30 (Pearson's Chi-squared test) : $\chi^2(3, N = 1'128) = 8.799, p = 0.032$

Q31 (Test exact de Fischer) : $p = 0.962$

Q32 (Test exact de Fischer) : $p = 0.046$

Q33 (Pearson's Chi-squared test) : $\chi^2(6, N = 1'120) = 5.225, p = 0.515$

Q34 (Student's t-test) : $t(3'141) = -0.206, p = 0.837$

Q35 (Wilcoxon rank sum test) : $U = 827'551, p = 0.002$

Q36 (Wilcoxon rank sum test) : $U = 496'655, p = 0.629$

Q37 (Student's t-test) : $t(1'045) = 2.451, p = 0.014$

Q38 (Wilcoxon rank sum test) : $U = 138'912, p = 0.335$

Q39 (Test exact de Fischer) : $p = 0.704$

Q40 (Pearson's Chi-squared test): $\chi^2(17, N = 1'129) = 87.634, p < 0.001$

Q41 (Pearson's Chi-squared test): $\chi^2(13, N = 495) = 81.278, p < 0.001$

Q42 (Test exact de Fischer) : $p < 0.001$

Q43 (Pearson's Chi-squared test): $\chi^2(9, N = 800) = 54.744, p < 0.001$

7.5 Compte rendu de l'atelier de travail

**Standardisation du repérage du burnout par les professionnels de santé vaudois
(STOBS-VD)**

**Etude 2. Résultats de l'enquête quantitative sur la détection et la prise en charge
du burnout par les professionnelles de santé en Suisse.**

Compte rendu de l'Atelier de travail avec les membres du Comité consultatif du projet

L'atelier s'est tenu le 18.01.2022, de 9h à 11h30, via Zoom.

Il a été organisé par l'équipe du projet avec la participation de Dr. Muaamar Al-Gobari, Mme Solenne Blanc, Dr. Ekaterina Plys, Mme Yara Shoman, M. Olivier Talpain et Prof. Irina Guseva Camu d'Unisanté.

Dr. Anne-Sophie Brandt (SECO), Dr. Bastien Chiarini (Unisanté), Mme Nadia Droz (Psy4Work), Dr. Lysiane Rochat (Unisanté), Dr. Fulvia Rota (SSPP), Dr. Stéphane Saillant (SNP), ont été présents, Dr. Muriel Brinkrolf (FSP) a été représentée par Mme Annick de Buman.

Dr. Sophie Barras-Duc (OFSP), Dr. Melissa Dominicé Dao (HUGE), Dr. Marie-Therese Giorgio (SSMT), Dr. Barbara Weil (FMH), Mme Anny Wahlen (Psy4Work), Prof. Rafaël Weissbrodt (HES Valais) ont été excusés.

L'atelier avait pour objectif de présenter les résultats de l'enquête quantitative et de discuter de leur interprétation et leur utilisation possibles.

L'atelier s'est déroulé selon l'ordre du jour initialement prévu, disponible en annexe 1.

Un document PDF (disponible en annexe 2) avec les résultats descriptifs de l'enquête a été envoyé en amont de l'atelier à l'ensemble des participants. Cette modalité avait pour but de laisser aux participants la possibilité de découvrir les résultats descriptifs assez simples, mais nombreux à leur rythme avant la séance et d'en discuter pendant l'atelier. En effet, il a paru essentiel de préserver le format d'un atelier de travail interactif et dynamique, malgré sa tenue à distance en raison de la pandémie. La prise de connaissance d'une partie des résultats en amont permettait ainsi de garder un temps d'échange et de discussion nécessaire.

La présentation des résultats de l'enquête a été effectuée par la responsable du projet. Le support de la présentation est disponible en annexe 3.

La discussion avec les participants a été initiée à l'aide d'un outil de sondage interactif « Wooklap » qui a permis de collecter les premières impressions et commentaires des participants au regards des résultats. Ces commentaires sont synthétisés ci-dessous.

Les participants ont trouvé surprenant que :

- Les troubles du sommeil apparaissent plus souvent que l'irritabilité. Pourtant, cela est assez fréquent en pratique mais pas toujours.
- Que la fatigue et l'épuisement n'apparaissent pas en premier lieu.
- Que le recours [referral] aux médecins du travail (qui n'ont pas forcément un rôle thérapeutique) n'est pas le même chez les médecins ou les psychologues.
- Les différences dans la prise en charge du burnout professionnel (BP) en fonction de l'avis du professionnel sur le pronostic sont étonnantes. Il faudrait trouver un « consensus » concernant le pronostic car il impacte la prise en charge du BP par les professionnels. En fait, il faudrait parvenir à un consensus concernant et le diagnostic et le pronostic, notamment en ce qui concerne la possibilité ou non d'en guérir. Dans cette perspective, il serait bon de s'accorder également sur les différents stades du BP.
- Le professionnel de la santé peut agir différemment selon sa vision de la problématique et selon le niveau de son intervention : individuel (changement de mode de vie de l'individu) ou contextuel (changement organisationnel au niveau de l'entreprise). C'est important de former les soignants concernant les modalités d'action à disposition et leur mise en œuvre en fonction de la situation.

Concernant la question Quelle intervention à faire en priorité les avis suivants ont été relevés :

- Pour les interventions : la prévention primaire, le dialogue RH et employeur, la détection précoce du BP et cibler les autres acteurs de santé (ex. : les médecins de premiers recours, la psychologie du travail et les entreprises). Pour la détection précoce du burnout, cela est important pour
 - Réduire la prévalence du BP.
 - Prendre en compte que les activités de prévention des médecins ne sont pas rémunérées.
 - Impliquer les entreprises et les inciter à s'y engager et « payer ».
 - Collaborer avec d'autres acteurs (ex. le SECO).
 - Valoriser le réseau existant afin d'avoir de meilleures connaissances sur la situation actuelle et élargir le champs d'action.
- Le retour au travail est aussi important au point de vue du rapport coût-bénéfice pour les entreprises et les « health policy makers » ; la Belgique est un exemple.

A l'issu du sondage, une discussion sur les interventions et les recommandations possibles a été lancée. Considérant le nombre des participants, il n'était pas nécessaire de créer des petits groupes, les échanges se sont poursuivis en séance plénière. La discussion a fait ressortir des éléments suivants.

- Besoin et volonté de mettre l'accent sur la multidisciplinarité et la mise en réseaux des acteurs. Les interventions doivent [dans l'idéal] s'étendre de l'organisation du travail et du rôle de l'entreprise, jusqu'à la prise en charge individuelle et le retour au travail. Il faudrait que soient connues l'influence des différents contextes et les possibilités d'intervention qui leurs sont liées. Il s'agit là d'un besoin de formation, pour que les connaissances sur le BP et sa prise en charge soient mieux partagées par tous les professionnels du BP. Pourtant, on doit prioriser ce qu'on peut faire [et cibler une action]. On s'interroge sur l'effet des enquêtes auprès des employeurs qui servent également comme un moyen de sensibilisation. Dans ce sens, on doit contacter les investigateurs de ces études identifiés pour voir comment cela fonctionnait.

- En ce qui concerne l'amélioration de l'interdisciplinarité et des échanges avec des employeurs et les RH, des réseaux professionnels suivants ont été évoqués
 - Compasso (www.compasso.ch) est un réseau destiné aux employeurs. Il les aide concernant les employés avec un problème de santé, la détection précoce et le maintien du travail.
 - MOVIS » (<https://www.movis.ch/en/informations-employees/>)
 - Union Patronale Suisse (les employeurs: <https://www.arbeitgeber.ch/fr/>)
 - « L'fer » à Genève Fédération des entreprises romandes <https://www.fer-ge.ch/>
 - Sanpatrono à Lausanne
 - Promotion santé Suisse (l'acteur majeur en terme d'outils à disposition des entreprises).

- Une collaboration avec les associations régionales des professionnels des ressources humaines (RH) pour atteindre les RH et les former. Le « salut RH » où il y a un bon nombre de participants RH. Les PME sont probablement difficiles d'accès pour cette thématique.
- On cherche à diffuser nos résultats en espérant que cela sensibilise en ce qui concerne la prévention primaire.
- Pour tester l'efficacité d'une intervention, on doit écrire un protocole et réaliser une étude interventionnelle auprès de la population cible.
- L'effet de la pandémie : ce serait intéressant de voir ce que l'enquête suisse sur la santé menée par l'OFS pourrait nous dire sur la prévalence de burnout. La question serait mieux posée si on demandait « Est-ce que vous avez eu le burnout ou l'épuisement professionnel dans l'année écoulée ? » au lieu de demander « Est-ce que vous vous êtes senti épuisé émotionnellement ? ». Une mesure de prévalence dans la population générale active serait utile ; elle pourrait nous renseigner sur l'efficacité des interventions menées.
- Selon plusieurs avis partagés, la pluridisciplinarité – la collaboration de plusieurs professionnels de spécialités et spécialisations différentes – serait une clé importante pour améliorer la prise en charge du BP. Afin d'évaluer cette hypothèse, un essai clinique randomisé contrôlé (RCT) pourrait comparer l'efficacité d'une prise en charge du BP par une équipe pluridisciplinaire de professionnels du BP avec celle d'une prise en charge par

un seul praticien. Si la mise en œuvre d'une étude contrôlée classique s'avérait trop difficile, une étude de série de cas pourrait représenter une alternative valable.

- De plus, cette étude pourrait aussi être le lieu d'une étude qualitative (focus groupes et entretiens) pour comprendre l'intérêt, la mise-en-œuvre et l'impact sur les pratiques de l'interdisciplinarité et de la collaboration (notamment en ce qui concerne la détection précoce et la prévention)¹. Elle pourrait permettre notamment de dégager des pistes pour mieux former sur le BP et mieux collaborer pour sa prise en charge.
- Certains estiment que l'impact des interventions concernant la prise en charge est limité par le fait qu'on n'agit pas en amont [prévention primaire]. Il serait ainsi plus judicieux de communiquer nos résultats aux acteurs dans les entreprises et de réaliser des interventions qui peuvent les aider à prévenir le burnout chez leurs employés.
- La formation (efficacité discutée dans la littérature) est un moyen de sensibiliser les participants et sert également à la mise en place de réseaux requis pour l'interdisciplinarité.

Actions à suivre :

On peut travailler sur les recommandations et/ou sur l'intervention à proposer. Un Doodle sera envoyé prochainement pour connaître les avis des membres du Comité consultatif du projet sur quels sujets il souhaite s'investir et selon quelles modalités.

L'atelier s'est terminé à 11h30.

unisanté

Centre universitaire de médecine générale
et santé publique · Lausanne