

## Résumé

**Contexte :** Alors qu'une certaine association entre le Burn-Out et les troubles dépressifs est observée, la qualification de cette relation n'est pas encore clairement établie.

**Objectif :** Dans cette étude, nous analyserons les similitudes entre les caractéristiques du Burn-Out et celles des troubles dépressifs, en nous basant sur des échelles symptomatiques. Notre objectif est d'évaluer dans quelle mesure le Burn-Out sévère pourrait être considéré comme une forme de dépression.

**Méthode :** Notre échantillon comprend 65 personnes actives professionnellement, âgées de 25 à 63 ans. Le Burn-Out a été évalué par le Maslach Burnout Inventory-General Survey (MBI-GS). Les symptômes dépressifs ont été évalués sur base de 4 échelles de dépression (GHQ-28, BDI-13, HAD, MADRS).

**Résultats :** Cette étude confirme que les troubles dépressifs et le Burn-Out sont associés de manière significative. Les symptômes dépressifs sont statistiquement plus importants chez les patients atteints d'un Burn-Out avancé (MBI-TOT > 132 et MBI-STA > 5). Un peu plus de la moitié de ces patients présentent une dépression majeure. Les dépressions observées sont principalement de type irritable.

**Conclusion :** Le Burn-Out présente des caractéristiques partagées avec les troubles dépressifs, principalement lorsqu'il est engagé. Le recouvrement entre ces deux pathologies se fait sur le plan de l'irritabilité et des troubles du sommeil. L'évaluation des troubles dépressifs chez les patients en Burn-Out engagé est donc importante afin de leur apporter une meilleure prise en charge et de les aider à obtenir une reconnaissance médicale de leur trouble.

**Mots clés :** Burn-Out, Troubles dépressifs, MBI-GS, HAD, MADRS, BECK, GHQ.

## 1. Introduction

En l'état actuel de la recherche, les troubles dépressifs et le Burn-Out (BO) semblent associés mais la nature de leur relation reste peu claire. Alors que les troubles dépressifs sont considérés comme un trouble mental, le BO demeure quant à lui non intégré aux grands systèmes de classification internationaux (ICD-10; WHO, 1992 et le DSM-IV-TR, APA, 2000).

Le BO est connu dans la littérature scientifique depuis le milieu des années 1970 (Freudenberger, 1975; Maslach, 1976), il est défini comme un processus pathologique provenant de l'utilisation répétée de mécanismes adaptatifs pour améliorer la résilience face au stress rencontré sur le plan professionnel. Les trois dimensions de cette réponse BO sont l'épuisement émotionnel, le cynisme (ou dépersonnalisation) et la sensation d'inefficacité ou d'un manque d'accomplissement personnel (perte d'ambition) (Maslach et al., 2001).

Ce syndrome serait spécifiquement lié au travail. Au départ le BO a été très étudié dans les services de santé et de l'éducation. Ainsi une échelle d'évaluation du BO a été développée par Maslach et Jackson (1981) : le « Maslach Burnout Inventory » (MBI-HSS pour Humans Service Survey ou MBI-ES pour Educational Survey). Par la suite le concept de BO a été étendu à d'autres professions, non nécessairement dans le secteur de l'aide aux personnes (commerciaux, entrepreneurs, policiers, ...), c'est ainsi qu'une troisième version est apparue nommée le MBI-GS (MBI-General Survey) (Maslach et al. 1996).

Des recherches sur le recouvrement entre les troubles dépressifs et le BO ont été menées par plusieurs auteurs, notamment Maslach et al (2001), plus spécifiquement par Leiter et Durup (1994) sur le plan de la dimension « épuisement émotionnel » du BO. D'autres études plus récentes ont démontrées le lien entre le BO et les troubles dépressifs. Ainsi, le BO serait d'avantage lié aux troubles dépressifs lorsqu'il est sévère (Iacovides, 2003; Kirsli, 2005). Selon Nyklicek (2005), le plus fort prédicteur pour les 3 dimensions du BO serait la présence de symptômes dépressifs. Cependant, seule la moitié des sujets présentant un BO sévère souffrent conjointement de troubles dépressifs (Kirsli, 2005). Ceci rejoint l'hypothèse selon laquelle il y aurait peut être 2 types distincts de BO : l'un

ayant peu de caractéristiques communes avec la dépression, et l'autre plus sévère y étant d'avantage associé (Iacovides, 1999).

Aussi bien lors d'un stress que d'une dépression, des modifications cellulaires au niveau de l'hippocampe sont observables. Un stress important provoque en outre une suppression de la neurogenèse au niveau du gyrus denté (Erikson P.S. & Wallin L., 2004; McEwens B.S., 2001; McEwens B.S. & Magarinos A.M., 2001; Fuchs E. & Flugge G., 1998), et la dépression serait associée à une diminution du volume de l'hippocampe (Sheline Y.I., 2000; Frodl T., 2002). Ainsi une première hypothèse serait que le BO puisse mener, pour certaines personnes, à des symptômes dépressifs (Leiter M.P., 1994; Iacovides A., 2003). Une hypothèse plus forte serait que le BO soit une forme particulière de dépression pouvant s'exprimer de manière différente selon les types de personnalité. L'expression de ce mode de dépression, décrit notamment dans « Dealing with depression » (Malhi, G.S., 2005; Parker G., 2003; Parker, Dealing with depression, 2004) serait une dépression non mélancolique irritable chez des personnalités à locus de contrôle externe, et d'une dépression non mélancolique anxieuse chez des personnalités à locus de contrôle interne. Ainsi les sujets qui extériorisent leur anxiété et présentent des traits marqués d'irritabilité sont plus susceptibles de manifester une « dépression irritable » et les sujets qui intériorisent leur anxiété sont susceptibles de présenter un tableau clinique de « dépression anxieuse ».

Dans cette étude nous analyserons la corrélation entre le BO et les symptômes dépressifs à l'aide de 4 échelles de dépression et du MBI. Il existe différentes échelles de dépression et toutes ne mesurent pas la même chose. Nous sélectionnerons celles qui sont les plus corrélées au BO, puis les symptômes mesurés dans ces échelles eux même les plus corrélés au BO. Ce processus nous amènera à mieux définir les caractéristiques dépressives du BO et d'informer ou de confirmer l'existence d'une forme particulière de dépression correspondant au BO, telle que la dépression irritable décrite par Gordon Parker.

## 2. Méthodes

### 2.1. Sujets

Il s'agit d'une étude prospective portant sur les patients se présentant à une consultation ambulatoire spécialisée dans le diagnostic et la prise en charge du stress pathologique, à savoir la « Clinique du Stress » située dans un hôpital universitaire de Bruxelles. De janvier 2006 à mi-avril 2007, 122 personnes ayant présenté les critères d'inclusion pour un stress pathologique chronique ont été évaluées. (Soit : 1. un état de tension persistant vécu négativement, 2. l'individu est - ou se sent - incapable de répondre adéquatement à la tâche qui lui est assignée, 3. cette incapacité, sur le long terme, a des conséquences significatives, 4. on observe que cette inaptitude entraîne des conséquences physiologiques, psychologiques, sociales objectives).

Ces évaluations ont été menées via une batterie de tests psychologiques et par une mise au point biopsychologique. Dans cette étude deux échelles de dépression ont été ajoutées à la batterie habituelle des tests psychologiques (voir paragraphe suivant) : il s'agit de l'échelle HAD dont l'évaluation s'effectue en auto-passation (HAD de Zigmund et Snaith, 1983) et de l'échelle MADRS (Echelle de dépression de Montgomery et Asberg, 1979) qui nécessite, lors de la mise au point, un entretien clinique avec un psychiatre. Au cours de la mise au point, trois entretiens cliniques ont été réalisés successivement par un psychiatre puis par un psychologue. Au final, pour 65 personnes le stress provenait principalement du travail et tous avaient répondu aux échelles nécessaires pour cette étude. L'échantillon de la population étudiée s'élève donc à 65 personnes dont pour 54% des hommes âgés de 33 à 63 ans et pour 46% des femmes âgées de 25 à 58 ans.

### 2.2. Mesures

Les symptômes dépressifs ont été évalués à l'aide des 4 échelles de dépression suivantes : Le General Health Questionnaire de DP, Goldberg (GHQ-28) (1988) mesure la souffrance mentale. Cette version en 28 items propose 4 sous-échelles (la dépression (GHQ-DEP), l'anxiété, la somatisation et l'impact fonctionnel). Chaque item comporte 4 réponses possibles cotées soit en réponse bimodale (0 ou 1 selon la réponse) dans une perspective catégorielle, soit en scorant (de 0 à 2) pour une utilisation dimensionnelle. Dans une perspective catégorielle (nommée dans cette étude : le GHQ - Y / N) la note seul pour une population européenne est de 5 ou 6 et le score global maximum de 28, alors que pour

une utilisation dimensionnelle (le GHQ intensité, soit GHQ-INT) le score global maximum est égal à 56.

Le Beck Depression Inventory-13 (BDI-13) (1986). L'inventaire abrégé de dépression de Beck (13 items) mesure les aspects subjectifs de la dépression. Cette version abrégée comporte 13 items et pour chacun d'eux 4 énoncés représentant des degrés croissants de symptômes, score de 0 à 3. La note seuil est de 16 pour une dépression sévère et le score global maximum est de 39.

L'échelle HAD (Hospital Anxiety and Depression scale) de Zigmond A.S. et Snaith R.P. (1983). Cette échelle permet l'évaluation des dimensions anxieuses et dépressives, elle est constituée de 14 items scoreés chacun de 0 à 3. La dimension dépressive est évaluée par 7 items (HAD-D) et la dimension anxieuse par 7 items (HAD-A). Pour la HAD, la note seuil optimale serait de 19 pour les épisodes dépressifs majeurs et de 13 pour les troubles de l'adaptation; le score global maximum étant de 42.

L'échelle de dépression de Montgomery et Asberg (MADRS) (1979) est une échelle d'hétéro-évaluation de la séméiotique dépressive en 10 items. Elle met l'accent sur la différenciation des degrés de gravité de la dépression et elle est utilisée lorsque l'on veut avoir un témoin de l'intensité dépressive comme variable de contrôle. La quantité plus importante d'items psychiques dans la MADRS par rapport à l'échelle de Hamilton (Hamilton M., 1967), plus somatique, peut favoriser l'utilisation de la MADRS chez des patients atteints d'affection somatique afin d'éviter les interférences. Les items sont scoreés de 0 à 6, la note-seuil a été fixée à 15 et la note minimum pour l'inclusion dans un essai clinique est de 21, le score maximum étant de 60.

Le BO a été mesuré avec le Maslach Burnout Inventory-General Survey (MBI-GS) (Maslach C., Jackson S.E., Leiter M.P., 1996) qui est une échelle d'auto-évaluation du BO au travail, elle n'est applicable que pour des personnes qui ont une activité professionnelle. Le MBI-GS explore les 3 dimensions du BO : l'épuisement émotionnel, le cynisme et la démotivation. Dans sa version française elle comporte 22 items évalués en fréquence scoreés de 0 à 6 et en intensité scoreés de 1 à 7. Elle est subdivisée en 6 scores (un pour chaque dimension en fréquence et en intensité). On considère un score comme significatif au niveau :

- de l'épuisement émotionnel lorsqu'il est > 29 pour la fréquence et > 39 pour l'intensité,
- du cynisme lorsqu'il est > 11 pour la fréquence et > 14 pour l'intensité,
- l'accomplissement professionnel lorsqu'il est < 33 pour la fréquence et < 37 pour l'intensité.

Maslach propose également une gradation du BO en stades (de 0 à 8) suivant le nombre et le type de scores significatifs. Le stade 0 correspond à l'absence de score significatif et les stades 1 à 3 correspondent à au moins un score significatif en intensité mais pas en fréquence. Lorsqu'une des dimensions du BO est significative tant en fréquence qu'en intensité cela signifie que le processus du BO est engagé (stades 4 à 6). Le BO est largement engagé (stade 7) lorsque deux dimensions sont significatives tant en fréquence qu'en intensité. Quand les 3 dimensions sont significatives tant en intensité qu'en fréquence, le stade du BO est de 8.

Dans cette étude, le BO a en outre été évalué en fonction du score total et pour ce faire les items du BO ont tous été scoreés de 0 à 6 ce qui nous donne un score global maximum du BO de 264.

### 2.3 Analyses statistiques

Nous avons utilisé le logiciel Simstat (Simstat for Windows®, 2002) pour traiter statistiquement les résultats obtenus aux différentes échelles. Pour tester l'hypothèse que le BO serait plus corrélé à certaines échelles de dépression, nous avons utilisé la corrélation linéaire de Pearson, la régression linéaire simple et le Chi-2 de Pearson. Le seuil significatif a été défini à 5% ( $p < 0,05$ ).

## 3. Résultats

### 3.1 Description de l'échantillon

Dans cet échantillon, 22 patients (33,8 %), autant d'homme que de femme, ont un score global de BO (MBI-TOT) > 132. En ce qui concerne les stades de BO (MBI-STA), 49 patients (75,4%), dont 26 hommes et 23 femmes, sont à un stade supérieur ou égal à 5. Parmi ceux-ci, 42 patients sont au stade 7 et 7 patients au stade 8. Selon la MADRS (pour une note seuil de 21), 38 patients (58,5%) ont une dépression d'intensité sévère. Selon la

HAD-D (note seuil de 11), 30 patients (46,2%) sont en dépression certaine. Au BDI-13, 23 patients (35,4%) sont en dépression sévère. A la GHQ-DEP (sous item pour la dépression du GHQ en intensité), 22 patients (33,8%) présentent un score supérieur ou égal à 7, caractéristique d'une dépression.

### 3.2 Relation entre le BO et les troubles dépressifs

Les résultats obtenus à l'aide de la corrélation linéaire de Pearson et de la régression linéaire simple sont identiques et ont montré des corrélations significatives ( $p < 0,05$ ) entre les échelles de dépression et de BO.

#### 3.2.1 Corrélation entre l'échelle de BO et les échelles de dépression

Les échelles de dépression sont toutes corrélées de manière significative au score global du BO (MBI-TOT) et par ordre décroissant de coefficient de corrélation on trouve successivement la BDI-13, la HAD-D, la HAD, la GHQ-INT, GHQ - Y / N, la MADRS et enfin la sous échelle de dépression du GHQ (GHQ-DEP) (voir Table 1).

Table 1

Coefficient de corrélation entre le MBI-TOT et les échelles de dépression

| Corrélation | R    | P       |
|-------------|------|---------|
| BDI-13      | 0,56 | < 0,001 |
| HAD-D       | 0,54 | < 0,001 |
| HAD         | 0,54 | < 0,001 |
| GHQ-INT     | 0,53 | < 0,001 |
| GHQ - Y / N | 0,50 | < 0,001 |
| MADRS       | 0,43 | < 0,001 |
| GHQ-DEP     | 0,40 | = 0,001 |

Une corrélation significative légèrement inférieure se retrouve entre les stades du BO (MBI-STA) et les échelles de dépression à l'exception de la GHQ-DEP, avec par ordre décroissant de coefficient de corrélation la BDI-13, la HAD-D, la GHQ - Y / N, la GHQ-INT, la HAD, puis la MADRS (voir table 2).

Table 2

Corrélation entre le MBI-STA et les échelles de dépression

| Corrélation | R    | P       |
|-------------|------|---------|
| BDI-13      | 0,44 | < 0,001 |
| HAD-D       | 0,44 | < 0,001 |
| GHQ - Y / N | 0,40 | = 0,001 |
| GHQ-INT     | 0,37 | < 0,01  |
| HAD         | 0,36 | < 0,01  |
| MADRS       | 0,31 | < 0,05  |

#### 3.2.2 Corrélation entre les 3 dimensions du BO et les échelles de dépression

- Dimension épuisement émotionnel du BO (MBI-EMO) : En fréquence (MBI-EMO-F) et en intensité (MBI-EMO-I), les échelles de dépression sont presque toutes corrélées (à l'exception encore de la GHQ-DEP), de manière significative comme l'indique la table suivante. On peut observer qu'il y a peu de différence entre les résultats en fréquence et en intensité du MBI-EMO (voir table 3).

Table 3

Corrélation entre la dimension émotionnelle du BO et les échelles de dépression

| Corrélation             | R    | P      |
|-------------------------|------|--------|
| MBI-EMO-I / HAD         | 0,55 | <0,001 |
| MBI-EMO-F / HAD         | 0,55 | <0,001 |
| MBI-EMO-I / BDI-13      | 0,48 | <0,001 |
| MBI-EMO-F / BDI-13      | 0,48 | <0,001 |
| MBI-EMO-I / GHQ - Y / N | 0,48 | <0,001 |
| MBI-EMO-F / GHQ - Y / N | 0,47 | <0,001 |
| MBI-EMO-I / GHQ-INT     | 0,48 | <0,001 |
| MBI-EMO-F / GHQ-INT     | 0,48 | <0,001 |
| MBI-EMO-I / HAD-D       | 0,48 | <0,001 |
| MBI-EMO-F / HAD-D       | 0,42 | <0,001 |
| MBI-EMO-I / MADRS       | 0,35 | <0,01  |
| MBI-EMO-F / MADRS       | 0,31 | <0,05  |

cynisme du BO (MBI-CYN) : En intensité (MBI-CYN-I) et en fréquence (MBI-CYN-F), les échelles de dépression sont toutes corrélées de manière significative sauf la MADRS (voir table 4).

Table 4  
Corrélation entre la dimension cynisme du BO et les échelles de dépression

| Corrélation             | R    | P       |
|-------------------------|------|---------|
| MBI-CYN-I / GHQ-INT     | 0,44 | <0,001  |
| MBI-CYN-I / GHQ - Y / N | 0,43 | <0,001  |
| MBI-CYN-I / BDI-13      | 0,4  | = 0,001 |
| MBI-CYN-I / HAD         | 0,37 | <0,01   |
| MBI-CYN-I / GHQ-DEP     | 0,37 | <0,01   |
| MBI-CYN-I / HAD-D       | 0,33 | <0,01   |
| MBI-CYN-F / GHQ-DEP     | 0,38 | <0,01   |
| MBI-CYN-F / BDI-13      | 0,37 | <0,01   |
| MBI-CYN-F / HAD-D       | 0,37 | <0,01   |
| MBI-CYN-F / HAD         | 0,34 | <0,01   |
| MBI-CYN-F / GHQ-INT     | 0,34 | <0,01   |
| MBI-CYN-F / GHQ - Y / N | 0,31 | <0,05   |

- Dimension accomplissement professionnel du BO (MBI-AP) : En fréquence (MBI-AP-F) et en intensité (MBI-AP-I), les échelles de dépression sont toutes corrélées de manière significative excepté la sous échelle GHQ dépression (GHQ-DEP) (voir Table 5).

Table 5  
Corrélation entre la dimension accomplissement personnel du BO et les échelles de dépression

| Corrélation      | R     | P       |
|------------------|-------|---------|
| MBI-AP-F / MADRS | -0,4  | = 0,001 |
| MBI-AP-I / MADRS | -0,4  | = 0,001 |
| MBI-AP-I / HAD-D | -0,35 | <0,01   |

|                   |       |       |
|-------------------|-------|-------|
| MBI-AP-I / BDI-13 | -0,33 | <0,01 |
| MBI-AP-F / BDI-13 | -0,3  | <0,05 |
| MBI-AP-F / HAD-D  | -0,28 | <0,05 |

### 3.2.3. Etude des corrélations entre le BO et les troubles dépressifs à l'aide du test en Chi-2.

Le test de Pearson Chi-2 a montré des relations statistiquement significatives ( $p \leq 0,05$ )

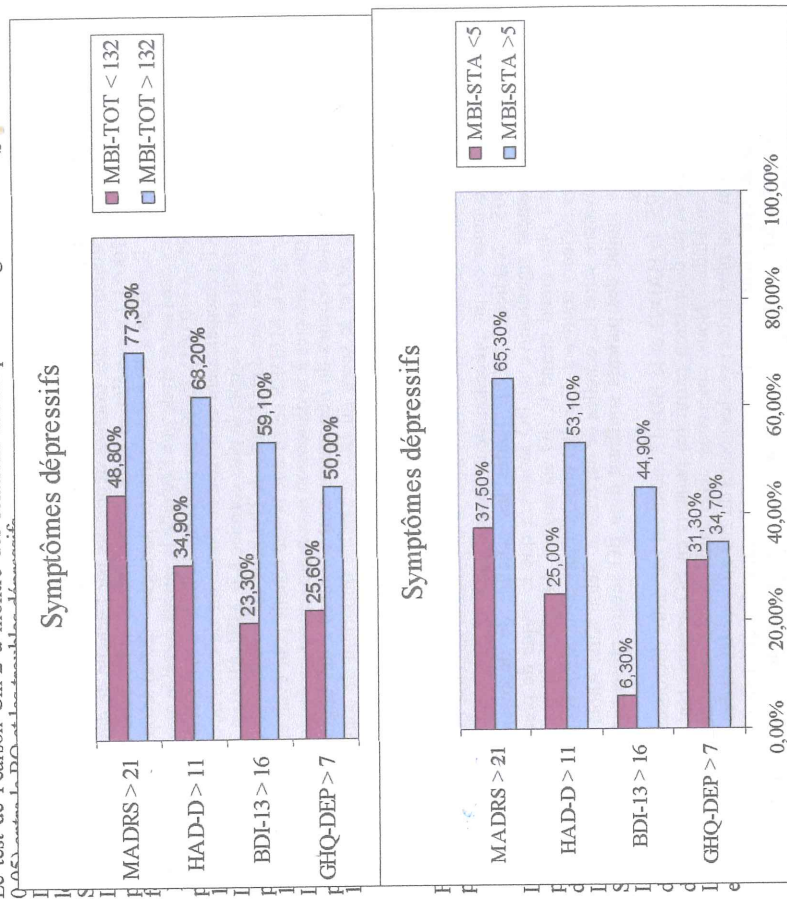


Figure 2. Prévalence de la dépression majeure selon différentes échelles de dépression parmi les patients en BO engagé ou en BO non engagé suivant le MBI-STA.

Les échelles de dépression liées au BO révèlent qu'il existe un pourcentage plus élevé de patients en dépression parmi ceux qui présentent un BO engagé. La MADRS détecte toujours plus de patients déprimés parmi ceux qui présentent un BO engagé suite au fait que cette échelle contient des items plus scorés lorsqu'un patient est en BO engagé. En comparant les moyennes de chaque item de la MADRS nous constatons que l'item 3 (tension intérieure ou irritabilité) et l'item 7 (réduction de sommeil) sont les plus scorés lorsque le BO est engagé. Pour MBI-TOT > 132 : item 3 ( $m = 3,41$ ; Std Dev. = 1,01;  $N = 22$ ) et item 7 ( $m = 3,32$ ; Std Dev. = 1,13;  $N = 22$ ); pour MBI-STA > 5 : item 3 ( $m = 3,39$ ; Std Dev. = 1,02;  $N = 49$ ) et item 7 ( $m = 3,20$ ; Std Dev. = 1,10;  $N = 49$ ). Les items les moins scorés à la MADRS sont l'item 6 (idées de suicide) et l'item 8 (réduction d'appétit). Ainsi les patients en BO engagé qui ont un score à la MADRS > 21 présentent un profil de dépression tel que : patient irritable avec des troubles du sommeil mais avec peu d'idée suicidaire et peu de réduction d'appétit.

#### 4. Discussion

##### 4.1. Liens entre les échelles de dépression et les dimensions du BO

Nous constatons une association entre le BO et les troubles dépressifs concourantes avec des résultats mentionnés dans des études antérieures (Maslach et al., 2001; Leiter and Durup, 1994; Glass 1993). Toutes les échelles sont corrélées au BO mais certaines le sont plus que d'autres. En l'occurrence, il apparaît que la corrélation la plus haute (0,56) est obtenue entre la BDI-13 et les scores du BO. Les trois dimensions du BO présentent elles aussi une association significative avec les troubles dépressifs, surtout la dimension «éprouvement émotionnel» du BO (MBI-EMO).

Cette association a aussi été trouvée dans d'autres études (Leiter and Durup, 1994; Glass 1993). La corrélation entre la MBI-EMO et les troubles dépressifs était de  $R = 0,49$  ( $p < 0,001$ ) avec l'évaluation des troubles dépressifs par l'échelle de dépression d'Edinburgh (Nyklicek I., 2005). La corrélation entre la MBI-EMO et l'échelle de BECK (21 items) s'étendait de  $R = 0,38$  à  $R = 0,5$  (variance partagée = 20%) selon Glass et Al. (1993). Nous observons dans notre étude que l'échelle la mieux corrélée avec la MBI-EMO est la HAD ( $R = 0,55$ ;  $p < 0,001$ ). En ce qui concerne la MBI-CYN, l'échelle la mieux corrélée est la GHQ-INT principalement au niveau de l'intensité du cynisme du BO ( $R = 0,44$ ;  $p < 0,001$ ). La MADRS est l'échelle la plus corrélée à la MBI-AP avec  $R = -0,4$  ( $p = 0,001$ ), ce qui est plus élevée que dans l'étude de Nyklicek ( $R = -0,26$ ) (Nyklicek I., 2005). Ceci laisse supposer que la MADRS serait une bonne échelle pour évaluer certains symptômes dépressifs les plus associés à la dimension accomplissement professionnel du BO.

Puisque certaines échelles de dépression sont corrélées à des degrés différents avec les dimensions du BO et le score du BO, il semble important de conserver les différentes valeurs dans les dimensions du BO et pas uniquement le score total afin de mieux pouvoir évaluer les différents symptômes de troubles dépressifs associés au BO.

##### 4.2. Prévalence et risque relatif de la dépression majeure dans le BO engagé

Le BO engagé est plus fréquemment lié à la dépression majeure que ne l'est le BO non engagé, comme ce fut précédemment observé dans d'autres études (Iacovides, 2003; Kirs, 2005; Nyklicek, 2005). Toutes les échelles de dépression liées de manière statistiquement significative au BO montrent que le risque de présenter une dépression majeure est plus grand quand le BO est engagé. En effet, dans cette étude, plus de la moitié des patients souffrant d'un BO engagé (suivant le MBI-TOT) ont une dépression majeure évaluée selon les échelles de dépression. Selon Kirs Ahola et coll. (Kirs, 2005), environ la moitié des patients souffrant d'un BO sévère présentaient aussi des troubles dépressifs.

La MADRS, la HAD-D et le BDI-13 montrent par ordre décroissant les prévalences les plus élevées de dépression parmi les patients en BO engagé, tant pour l'évaluation en score qu'en stades. Nous observons cependant que les corrélations des échelles de dépression sont plus fortes avec les scores du BO qu'avec les stades de BO. D'où l'intérêt de garder également les résultats en score, d'autant plus que leur évaluation résulte d'un processus indépendant du calcul des stades. Il est à noter que le BDI-13 présente le plus haut risque relatif, avec la valeur remarquable de 7 lorsque le BO est évalué en stades. Dans le cas de la MADRS nous avons en outre étudié les items dans le but de mieux qualifier le caractère dépressif du BO. Il en ressort que le BO engagé correspondrait plus au type de dépression irritable selon le modèle du Black Dog Institute décrit par G. Parker. Ces résultats s'accordent également avec l'hypothèse posée par le Dr Ph. Corten (Impact psychopathologique du Burn-Out, Corten Ph., 2006).

##### 4.3. Valeurs prédictives positives des échelles de dépression pour le BO

Pour l'utilité clinique, les échelles de dépression liées aux stades du BO nous donnent une valeur prédictive positive (VPP) très bonne de la présence d'un BO engagé lorsque le score à l'échelle de dépression est supérieur à la note seuil; ainsi pour le BDI-13 > 16 la VPP est de 95,7%, pour la MADRS > 21 la VPP est de 84,2%, pour la HAD-D > 11 la VPP est de 86,7%. On peut ainsi dire que presque tous les patients présentant un stress pathologique chronique lié au travail ainsi qu'une dépression majeure sont en BO quand on se réfère aux stades de BO mais non pas quand on considère les scores du BO. Cependant les corrélations obtenues sont loin d'être totales. De même, à des stades ou scores élevés de BO certains patients ne présentent pas de dépression majeure. Il serait donc abusif d'affirmer pour le moment que le BO soit une dépression. Nous ne pouvons

actuellement que constater qu'il existe une forte association entre les deux. On pourrait dans cette optique poser l'hypothèse que le BO soit plus associé à certains types de réactions dépressives selon le locus de personnalité des patients (selon G. Parker). Dans ce cas, une exploration plus poussée pourrait mieux caractériser les différentes réactions dépressives les plus associées au BO.

#### 5. Conclusion

La symptomatologie des troubles dépressifs se superpose en partie avec celle du BO. Les trois dimensions du BO sont liées aux troubles dépressifs, surtout la dimension «éprouvement émotionnel». Un peu plus de la moitié des patients en BO engagé ont des troubles dépressifs. Mais, comme certains patients en BO engagé ne présentent pas de trouble dépressif, cela signifie que soit ils ne correspondent pas à la même catégorie de diagnostic, soit que le BO correspondrait à un certain type de dépression plus irritable tel celui décrit par G. Parker.

Les patients en BO engagé ne doivent donc pas d'office être considérés comme des patients présentant un trouble dépressif. Ils devraient plutôt être évalués au niveau de leur symptomatologie dépressive et bénéficier en plus d'une psychothérapie et d'un traitement par antidépresseur si un trouble dépressif est associé.

Il pourrait être bénéfique à l'avenir de définir une classification standard du BO afin de permettre au mieux le diagnostic et la prise en charge des patients en BO, leur attribuant ainsi une reconnaissance de leur trouble et ce de manière officielle.

Ces résultats devraient en tout cas nous inciter à mener des recherches complémentaires pour mieux définir les symptômes dépressifs associés au BO et par la suite ouvrir des réflexions sur une possible classification du BO en tant que trouble dépressif.

#### Références

- American Psychiatric Association. DSM-IV- TR. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders by American Psychiatric Association. 2000.
- Collet L. et Cottiaux J. « Inventaire abrégé de dépression de Beck (13 items). Etude de la validité concurrente avec les échelles de Hamilton et de ralentissement de Widlöcher. *L'Encéphale*, 1986, 12: 77-79.
- Erikson P.S., Wallin L. Functional consequences of stress-related suppression of adult hippocampal neurogenesis - a novel hypothesis on the neurobiology of burnout. *Acta Neurologica Scandinavica*. 2004, 110: 275-280
- Freudenberger H. J. The staff burn-out syndrome in alternative institutions. *Psychotherapy: Theory, Research, and Practice*. 1975, 12(1): 72-83.
- Frodl T., Meisenzahl EM., Zetzsche T., Born C. and coll. Hippocampal changes in patients with a first episode of major depression. *Am. J. Psychiatry*. 2002, Jul; 159(7): 1112-1118.
- Fuchs E., Flügge G. Stress, glucocorticoids and structural plasticity of the hippocampus. *Neurosci. Biobehav. Rev.* 1998, 23(2), 295-300.
- Glass DC., McKnight JD., Valdimarsdottir H. Depression, burnout, and perceptions of control in hospital nurses. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 1993, 61(1): 147-155.
- Goldeberg DP., Williams P. A user's guide to the General Health Questionnaire (GHQ-28). *NFER-NELSON*, 1988.
- Hamilton, M. (1967). Echelle de dépression de Hamilton (HDRS, Hamilton Depression Rating Scale). Réf littéraire : Development of a rating scale for primary depressive illness. *British Journal of Social and Clinical Psychology*, 6, 278-296.

Iacovides A., Fountoulakis K.N., Moysidou C., Ierodiakonou C. Burnout in nursing staff: is there a relationship between depression and burnout? *Int. J. Psychiatry Med.* 1999, 29(4): 421-433.

Iacovides A., Fountoulakis K.N., Kaprinis St., Kaprinis G. The relationship between job stress, burnout and clinical depression. *Journal of Affective Disorders.* 2003, 75: 209-221.

Kirsi A., Honkonen T., Isometsä E., Kalimo R., Nykyri E., Aromaa A., Lönnqvist J. The relationship between job-related burnout and depressive disorders - results from the Finnish Health 2000 Study. *Journal of Affective Disorders.* 2005, 88: 55-62.

Leiter M.P., Durup J. The discriminant validity of burnout and depression: a confirmatory factor analytic study. *Anxiety, Stress, and Coping.* 1994, 7: 357-373.

Malhi G.S., Parker G.B., Greenwood J. Structural and functional models of depression: from sub-types to substrates. *Acta Psychiatrica Scandinavica.* 2005, 111: 94-105.

Maslach C. Burned-out. *Human Behavior.* 1976, 5(9): 16-22.

Maslach C., Jackson S.E. The Measurement of experienced burnout. *J. occup. Behav.* 1981, 2: 99-113.

Maslach C., Jackson S.E., Leiter M.P. Maslach Burnout Inventory. Third edition. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press. 1996.

Maslach C., Schaufeli W.B., Leiter M.P. Job Burnout. *Annu. Rev. Psychol.* 2001, 52: 397-422.

McEwens BS. Plasticity of the hippocampus: adaptation to chronic stress and allostatic load. *Ann. N.Y. Acad. Sci.* 2001, 933: 265-277.

McEwens BS., Magarinos AM. Stress and hippocampal plasticity: Implications for the pathophysiology of affective disorders. *Hum. Psychopharmacol.* 2001, Jan; 16(S1), S7-S19.

Montgomery SA., Asberg M. A new depression scale designed to be sensitive to change (MADRS). *Brit. J. Psychiatry,* 1979, 134: 382-389

Nyklicek I., Pop VJ. Past and familial depression predict current symptoms of professional burnout. *Journal of Affective Disorders.* 2005, 88(1): 63-68.

Parker G. Modern diagnostic concepts of the affective disorders. *Acta Psychiatrica Scandinavica.* 2003, 108 (Suppl. 418): 24-28.

Parker G. Dealing with depression. Ed. Allen & Unwin. 2nd ed. 2004.

Sheline YT. 3D MRI studies of neuroanatomic changes in unipolar major depression: the role of stress and medical comorbidity. *Biol. Psychiatry.* 2000, Oct. 15; 48(8): 791-800.

Simstat. Simstat for Windows. 2002. x

World Health Organization. ICD-10. International classification of diseases and health related problems. Chapter V: Mental and Behavioural Disorders. World Health Organization, Geneva. 1992.

Zigmond A.S., Snaith R.P. The Hospital Anxiety and Depression Scale (HAD). *Acta Psychiatrica Scand.*, 1983, 67: 361-370.

Burnout  
(par HBI)

Dépression

Test GHQ28 = souffrance  
BDI  
HAD = ANX  
MADRS = D

IRREVERSIBLE  
SOMMEIL

- Symptômes dépressifs présents des victimes Bo.  
D'où soigner d'abord la dépression avec le Bo

Peut comme :

- Souffrance neurogène
- Diminution volume hippocampe (régulation)

Le Bo se voit une forme de dépression qui s'exprime à  
selon types de personnalité :

- Coust ext → Do non névrotique il n'est
- Coust int → Do non névrotique anxiété

GHQ = Souffrance Postale  
BDI = Inventaire Dépression  
HAD = D'Anx & Dépression  
MADRS = Gravité Dépression  
HBI = Burnout (Aravail)

Cl: BO avec  
symptômes dépressifs