



Réinsertion professionnelle des personnes en burn-out :

évaluation d'un trajet multidisciplinaire avec harmonisation maximale des soins et de
l'accompagnement au travail

Deuxième rapport intermédiaire : Protocole de recherche

Dr. Lotje Lambregts
Prof. Dr. Lode Godderis

Département Soins de santé et soins de première ligne
Environnement et Santé
Kapucijnenvoer 35 blok d – bus 7001
3000 Louvain

en collaboration avec le Centre d'expertise en matière d'incapacité de travail
du service indemnités de l'INAMI

SOMMAIRE

Introduction

1. Contexte
2. Objectifs
3. Hypothèse
4. Étude design et méthodologie
5. Aspects éthiques
6. Planification
7. Annexes
8. Références

INTRODUCTION

Plus d'un tiers des travailleurs belges en incapacité de travail pendant plus d'un an souffrent d'une maladie psychique. L'une des affections psychiques pouvant conduire à une incapacité de travail de longue durée est le burn-out. Plus longtemps les personnes sont en incapacité de travail, plus les chances de retour au travail diminuent. Seuls 50 % des travailleurs restés en incapacité de travail pendant 6 mois ou plus reviennent chez leur employeur. Ce nombre chute à 20 % pour les travailleurs en incapacité de travail pendant plus d'un an. Des mesures de soutien sont nécessaires pour favoriser le retour au travail et prévenir l'incapacité de travail de longue durée chez les personnes en incapacité de travail en raison d'un burn-out. Ce projet vise à contribuer à la connaissance des mesures effectives de soutien aux personnes en incapacité de travail pour cause de burn-out dans le cadre du retour au travail.

Les objectifs de ce projet consistent donc à :

- 1) *développer* un trajet qui soutient les personnes en incapacité de travail pour cause de burn-out dans leur retour au travail (chez leur employeur ou ailleurs) afin qu'elles puissent reprendre le travail plus rapidement et plus durablement par rapport aux personnes qui n'ont pas bénéficié de ce trajet
- 2) *éprouver* le trajet développé au moyen d'une étude d'intervention
- 3) effectuer une *évaluation des processus* afin de pouvoir formuler des recommandations aussi concrètes que possible pour la mise en œuvre du trajet dans la pratique quotidienne

L'hypothèse qui sera examinée est la suivante : « Les personnes en burn-out qui reçoivent le trajet vers le travail reviendront plus rapidement et plus durablement au travail que le groupe qui reçoit l'accompagnement habituel ».

La phase de développement est maintenant terminée. Sur la base d'une étude systématique de la littérature et de la littérature grise (guidelines, rapports d'instances (publiques), initiatives existantes en Belgique), nous avons élaboré une première version du trajet. Nous avons présenté cette première version du trajet aux parties prenantes et leur avons demandé, à l'occasion d'entretiens de groupe, quels pouvaient être les obstacles éventuels et les facteurs favorables à l'exécution pratique du trajet. (Pour ces interviews de groupe, une autorisation de la Commission d'éthique sociale SMEC a été obtenue, numéro de dossier G- 2016 09 624). En tenant compte des remarques et suggestions des parties prenantes, nous avons développé le parcours proprement dit. Le premier rapport intermédiaire (juin 2017) décrit cette phase du projet.

L'étape suivante consiste à tester ce trajet dans le cadre d'une étude d'intervention. Les participants à l'étude (personnes en incapacité de travail pour cause de burn-out) seront inclus dans le bras d'intervention (trajet) ou dans le bras de contrôle (soins habituels). Un avis favorable a été obtenu pour la réalisation de cette étude d'intervention de la Commission d'éthique Recherche UZ/KU Leuven le 20 novembre 2018. **Ce deuxième rapport intermédiaire décrit le protocole de cette étude d'intervention.**

Enfin, le cadre Reach, Effectiveness, Adoption, Implementation and Maintenance (Re-aim) sera utilisé pour identifier les points forts et les points faibles du trajet. Sur la base des données obtenues, des recommandations seront formulées pour la mise en œuvre du trajet dans la pratique quotidienne.

1. CONTEXTE

L'incapacité de travail résultant de problèmes de santé a des conséquences sociales et économiques tant pour la personne concernée que pour la société. Ces dernières années, des mesures ont été prises dans plusieurs pays occidentaux pour favoriser la réinsertion professionnelle des personnes souffrant de problèmes de santé (1). De telles mesures sont nécessaires étant donné que la probabilité de retourner au travail diminue à mesure que les travailleurs restent en incapacité de travail pour cause de problèmes de santé. Seuls 50 % des travailleurs restés en incapacité de travail pendant 6 mois ou plus reviennent chez leur employeur. Ce nombre chute à 20 % pour les travailleurs en incapacité de travail pendant plus d'un an (2).

Les maladies mentales sont une cause importante d'incapacité de travail de longue durée. Il ressort des chiffres de l'INAMI qu'au 31 décembre 2015 en Belgique, 122 825 travailleurs étaient en incapacité de travail (invalidité) depuis plus d'un an en raison d'une affection psychique, soit 35,40 % du nombre total de travailleurs invalides (346 971). L'une des affections mentales pouvant entraîner une incapacité de travail de longue durée est le burn-out. Le burn-out est décrit comme un syndrome de fatigue extrême (épuisement), un recul par rapport au travail (distance) et un manque de confiance dans ses capacités (compétence réduite), les causes de ces aspects étant soit l'ambiance de travail, soit la manière dont les travailleurs gèrent les aspects stressants dans leur travail (3). Les personnes en burn-out sont plus souvent et plus longtemps en incapacité de travail que les autres (4) et ont plus de risques à long terme de disparaître définitivement du marché du travail (5).

La littérature contient déjà plusieurs études d'intervention axées sur les personnes en incapacité de travail en raison du burn-out et leur retour au travail (6-13). Ces interventions se concentrent généralement sur des mesures personnalisées comme les thérapies cognitivo-comportementales. Ces études ne démontrent pas un retour plus rapide au travail par des thérapies cognitivo-comportementales (7, 9, 12, 13). Une explication possible serait le fait que le burn-out trouve par définition son origine dans le travail (14). Une seule intervention au niveau individuel (par exemple, amélioration des stratégies de coping) est alors insuffisante. Il est également nécessaire d'aborder les facteurs de risque de burn-out dans la situation de travail (par exemple, exigences élevées en matière de tâches, peu de possibilités de règlement) afin d'accélérer le retour au travail. Les quelques études évaluant l'impact des mesures sur le lieu de travail semblent indiquer que ces mesures axées sur l'organisation favorisent un retour plus rapide au travail (6, 10). Une étude complémentaire est nécessaire pour obtenir plus de clarté à ce sujet. Ce projet entend y contribuer.

Ce projet a pour but de développer un trajet pour les personnes en incapacité de travail pour cause de burn-out, afin de favoriser leur retour au travail. Dans notre trajet final, nous voulons reprendre des mesures axées tant sur les personnes que sur l'organisation. Nous voulons également tenir suffisamment compte de tous les acteurs avec lesquels un travailleur en incapacité de travail pour cause de burn-out entre en contact : médecin traitant, psychologue, médecin du travail, médecin-conseil, employeur, supérieur... Chacun de ces acteurs possède sa propre expertise et a son propre rôle à jouer dans le traitement et l'accompagnement des personnes en burn-out. Les préoccupations résident dans le fait que les acteurs concernés n'ont souvent pas une connaissance suffisante du contenu de leurs professions respectives et que la communication entre eux laisse à désirer (15, 16). Ces points constitueront des questions prioritaires lors du développement, de l'évaluation et de la mise en œuvre du trajet.

Les sentiers de soins et les trajets de soins sont utilisés dans le secteur curatif pour organiser et suivre de manière transparente les processus de soins axés sur les patients (17, 18). Dans le cadre de cette étude, nous souhaitons utiliser cette méthode dans un contexte plus large impliquant également des acteurs de l'environnement de travail, de la médecine du travail et de la médecine d'assurance.

Au sein de l'unité de recherche Environnement et Santé, des études ont déjà été menées dans le passé sur le burn-out chez les médecins et infirmiers (19) et sur la réinsertion des travailleurs (notamment après un cancer du sein) (20, 21). Il s'agit ici de la première étude sur la réinsertion des personnes en burn-out.

2. OBJECTIFS

Nous avons pour objectif de tester le parcours que nous avons développé lors d'une phase antérieure (annexe 1) au moyen d'une étude d'intervention.

3. HYPOTHÈSE

L'hypothèse qui sera examinée est la suivante : « Les personnes en burn-out qui reçoivent le trajet vers le travail reviendront plus rapidement et plus durablement au travail que le groupe qui reçoit l'accompagnement habituel¹ ».

¹ Dans ce projet, nous définissons l'« accompagnement habituel » comme suit : toute forme d'accompagnement qu'une personne en incapacité de travail pour cause de burn-out reçoit à partir du moment où elle est en incapacité de travail jusqu'au moment de la reprise du travail (sur son propre lieu de travail ou ailleurs), où l'accompagnement reçu ne consiste pas en le trajet développé dans cette étude.

4. DESIGN ET MÉTHODOLOGIE DE L'ÉTUDE

Nous réaliserons une étude randomisée regroupée afin d'évaluer le trajet développé décrit en annexe 1. Un cluster se composera d'un cabinet de médecine générale. Nous optons pour une étude groupée (le trajet développé débute chez le médecin traitant) pour des raisons pratiques et pour éviter la contamination. Les cabinets de médecine générale participants seront en effet attribués au bras d'intervention (c'est-à-dire le trajet) ou au bras de contrôle (c'est-à-dire les soins habituels) et tous les médecins d'un même cabinet seront toujours dans le même bras (afin d'éviter autant que possible la contamination entre le bras d'intervention et le bras de contrôle). Tous les patients entre 18 et 65 ans qui effectuent un travail rémunéré et pour lesquels le médecin traitant établit un certificat médical pour la première fois en 12 mois (exception : voir plus loin sous « évaluation clinique ») en raison d'un burn-out (voir plus loin sous « évaluation clinique ») entrent en considération pour l'étude. Les mesures de sortie (voir plus loin) ne seront pas évaluées au niveau du cluster mais au niveau du patient.

Recrutement

En collaboration avec The Human Link, Het Huis voor Veerkracht et l'ULg (représentée par le Prof. Firket), nous rechercherons des psychologues qui souhaitent participer à l'étude. L'équipe de recherche remettra tous les documents et instructions nécessaires (vidéos d'instructions) aux psychologues qui souhaitent collaborer à l'étude. Les psychologues participants signeront un accord de coopération avec la KU Leuven.

En collaboration avec Domus Medica et SSMG, des médecins généralistes seront recherchés qui souhaitent participer à l'étude. Les médecins généralistes intéressés pourront se rendre sur le site Internet <https://www.werkenburnout.be/nl/> / <https://www.werkenburnout.be/fr/> où ils peuvent demander de plus amples informations sur leur participation à l'étude. Une attention suffisante sera accordée au fait que la randomisation a lieu au niveau des médecins généralistes (et que, au moment où ils acceptent de participer à l'étude, les médecins généralistes ne savent pas s'ils vont se trouver dans le bras des soins habituels ou dans le bras du trajet). Si tous les médecins généralistes d'un cabinet acceptent de participer à l'étude, l'équipe de recherche leur demandera de signer un accord de coopération avec la KU Leuven. Après que les médecins généralistes ont été inclus dans le bras d'intervention ou le bras de contrôle (voir plus loin sous randomisation), ces deux groupes seront informés séparément des étapes à suivre pendant l'étude, à l'aide de vidéos d'instructions. Nous utiliserons cette méthode pour éviter autant que possible la contamination entre le bras d'intervention et le bras de contrôle.

Les médecins généralistes participants expliqueront l'étude aux patients pour lesquels un certificat médical pour cause de burn-out (voir plus loin sous « évaluation clinique ») a été établi pour la première fois en 12 mois (exception : voir plus loin sous « évaluation clinique ») et qui répondent aux critères d'inclusion (voir plus loin), et leur demanderont de participer à l'étude. Le médecin généraliste demandera aux patients qui acceptent de participer à l'étude de signer un consentement éclairé.

Les médecins généralistes des cabinets de médecine générale participants recruteront des patients pendant une période de 8 mois.

Critères d'inclusion

Psychologues :

- être inscrit sur la liste officielle des psychologues de Belgique (être psychologue agréé)
- être disposé à voir une première fois, dans les quatre semaines suivant l'établissement du premier certificat médical, les patients qui lui sont envoyés par un des médecins généralistes participants dans le cadre de l'étude
- être disposé, quatre semaines et huit à douze semaines après l'établissement du premier certificat médical et après 10 séances d'accompagnement, à remettre une note/un rapport au médecin traitant, au médecin du travail et au médecin-conseil
- être disposé à encourager et à veiller à ce que le patient établisse effectivement les contacts avec d'autres parties prenantes (médecin du travail, médecin conseil, supérieur...) nécessaires pour préparer la reprise du travail et, si nécessaire, préparer ces entretiens avec le patient
- avoir reçu de l'équipe de recherche les informations nécessaires au sujet de l'étude
- avoir signé un accord de coopération

Médecins traitants :

- être inscrit sur la liste de l'Ordre des médecins
- être disposé à inclure les patients répondant aux critères d'inclusion (à condition que le patient ait signé le consentement éclairé)
- être disposé, en fonction du bras dans lequel il a été classé, à initier et proposer le trajet ou à fournir les soins habituels
- avoir reçu de l'équipe de recherche les informations nécessaires au sujet de l'étude
- avoir signé un accord de coopération

Patients :

- être âgé de 18 à 65 ans
- recevoir pour la première fois en 12 mois (exception : voir plus loin sous « évaluation clinique ») un certificat médical du médecin traitant pour plaintes relatives à un burn-out (voir plus loin sous « évaluation clinique »)

- effectuer un travail rémunéré au moment où ce certificat médical en raison de plaintes relatives à un burn-out (voir plus loin sous « évaluation clinique ») est établi
- être à charge d'une mutualité belge pendant le congé de maladie (après la période de salaire garanti)
- avoir été informé par le médecin généraliste au sujet de l'étude
- avoir signé un consentement éclairé

Critères d'exclusion

Patients :

- ne pas effectuer de travail rémunéré au moment où le certificat médical en raison de plaintes relatives à un burn-out (voir plus loin dans l'évaluation clinique) est établi ; les personnes suivantes ne peuvent par conséquent pas participer à l'étude : chômeurs, bénévoles, aidants familiaux, étudiants...
- ne pas être à charge d'une mutualité belge pendant le congé de maladie (après la période de salaire garanti) ; les personnes suivantes ne peuvent par conséquent pas participer à l'étude : fonctionnaires statutaires, travailleurs frontaliers qui résident en Belgique mais qui sont à charge de l'assurance maladie dans leur pays d'emploi...
- ne pas recevoir pour la première fois en 12 mois (exception : voir plus loin sous « évaluation clinique ») un certificat de maladie du médecin traitant en raison de plaintes relatives à un burn-out (voir plus loin sous « évaluation clinique ») ; les personnes dont le certificat de maladie pour cause de burn-out a été prolongé ou qui ont été en incapacité de travail pendant plus de quatre semaines (au total) au cours des 12 derniers mois en raison d'un burn-out ne peuvent par conséquent pas participer à l'étude.

Taille de l'échantillon

Pour le calcul de la taille de l'échantillon, nous partons d'une réduction de 25 % de la période d'incapacité de travail. Une estimation de la déviation moyenne et standard a été déduite des conclusions de Willert et al. (22). Une approche décrite par Hozo et al. a été utilisée à cet égard. (23). La médiane de la période jusqu'au retour au travail se situe dans l'étude de Willert et al. à la semaine 16 (fourchette 11-26) dans le groupe d'intervention et à la semaine 33 (fourchette 14-43) dans le groupe de contrôle, ce qui donne une moyenne estimée (SD) de 17,25 (3,75) et de 30,75 (7,25). En tenant compte de cela, une estimation raisonnable du coefficient de variation (CV) est de 0,25. Comme il s'agit toutefois ici d'une estimation basée sur des informations limitées, nous appliquerons un CV plus élevé dans notre calcul, à savoir 0,30. Le nombre de patients dont nous avons réellement besoin dépend des caractéristiques des cabinets médicaux qui participeront finalement à l'étude (e.a. nombre de médecins généralistes par cabinet, corrélation supposée entre les patients d'un même cabinet de médecine générale et corrélation présumée entre les médecins généralistes d'un même cabinet). Pour l'instant, nous ne pouvons faire que des estimations concernant ces caractéristiques (étant donné que nous ne savons pas encore quels cabinets généralistes vont participer), d'où le calcul de plusieurs scénarios. Le tableau ci-dessous présente quelques scénarios possibles. Dans les scénarios ci-dessous, nous partons du principe que pour chaque médecin traitant participant, cinq patients en moyenne seront inclus dans l'étude. Pour ce faire, nous nous basons sur les données que nous avons recueillies lors des entretiens avec les médecins généralistes. Il est important de noter que ce calcul de la taille de l'échantillon est une simplification car nous nous basons sur des données non censurées. En réalité, une partie des données seront censurées (puisque tous les patients n'auront pas repris le travail à la fin de l'étude) et nous aurons donc besoin d'un nombre de participants plus élevé que celui mentionné dans le tableau ci-dessous. Nous devons donc de toute façon inclure au moins 100 patients par groupe pour obtenir 80 % de puissance. Par ailleurs, tout le calcul de la taille de l'échantillon ne pourra être finalisé qu'au moment où l'on aura une idée du nombre et des cabinets de médecine générale qui y sont intégrés. Si ceux-ci sont connus, le nombre de patients nécessaires par médecin peut être calculé sur la base de ce nombre et du nombre de médecins par cabinet.

Notons qu'après 6 mois, une analyse intermédiaire en aveugle (« blinded interim analysis for sample size recalculation ») est prévue pour examiner les hypothèses en matière de variabilité et d'ICC. La taille de l'échantillon peut alors être augmentée si les estimations étaient trop larges (SD et ICC trop faibles). Les considérations de coût peuvent également jouer un rôle dans la décision relative à un éventuel recrutement supplémentaire.

% réduction	CV	ICC1	ICC2	m1	m2	N patients/bras
25	0,30	0.5	0,45	5	2	75
25	0,30	0.5	0,45	5	3	95
25	0,30	0.5	0,45	5	4	115

%reduction: definition of minimal clinical relevant reduction in time of return to work (expressed as a percentage reduction), CV: assumed coefficient of variation (CV) of time of return to work (CV = SD divided by mean), ICC1: assumed correlation between patients of the same GP, ICC2: assumed correlation between GPs working in the same group, m1: expected mean number of patients per GP, m2: expected mean number of GPs working in the same group

Randomisation

Afin de maximiser la comparabilité des clusters (cabinets médicaux) dans le bras d'intervention et de contrôle, nous utiliserons la randomisation restreinte covariable (co-variate constrained randomisation). Les variables dont nous tiendrons compte lors de la randomisation sont les suivantes :

- nombre de médecins par cabinet
- répartition selon l'âge de la population de patients par cabinet médical
- taux d'emploi dans la région dans laquelle le cabinet est établi
- accord de coopération existant déjà entre le cabinet de médecine générale et le psychologue participant

Pour les trois premières variables (nombre de médecins par cabinet, répartition de l'âge de la population de patients et taux d'emploi dans la région), nous répartirons chaque fois les cabinets participants en deux groupes : un groupe présentant les meilleurs cabinets pour la variable concernée et un groupe présentant les cabinets les plus faibles pour la variable concernée. Pour la dernière variable, les cabinets de médecine générale sont subdivisés en un groupe de cabinets qui ont un lien de collaboration avec un psychologue participant et un groupe de cabinets qui n'en ont aucun.

Nous tenons compte des trois premières variables pour augmenter la probabilité de trouver un nombre plus ou moins égal de patients répondant aux critères d'inclusion dans les deux bras. Nous vérifierons également si les médecins généralistes des cabinets participants avaient déjà l'habitude de collaborer avec l'un des psychologues participants avant le début de l'étude. En tenant compte de cela lors de la randomisation, nous voulons veiller à ce que, dans les deux bras, il n'y ait pas de déséquilibre entre les médecins généralistes qui collaborent déjà avec les psychologues participants et ceux qui ne le font pas. Un tel déséquilibre pourrait en effet conduire à une application plus aisée du trajet dans un bras par rapport à l'autre, ce qui pourrait conduire à une distorsion des résultats finaux.

Avant la randomisation, nous interrogerons les cabinets des généralistes participants au sujet des variables ci-dessus (annexe 10). L'équipe de recherche ne sera pas impliquée dans la randomisation proprement dite. Celle-ci sera effectuée par un statisticien qui ne dispose pas d'informations pouvant conduire à l'identification des cabinets généralistes. Tous les cabinets des généralistes participants se verront attribuer un numéro par l'équipe de recherche et seuls ces numéros (et des informations relatives aux variables) seront communiqués au statisticien. L'équipe de recherche sera informée après la randomisation de la répartition des cabinets de médecine générale entre bras d'intervention et bras de contrôle. À ce moment, les numéros seront à nouveau associés par l'équipe de recherche aux données d'identification des cabinets de médecine générale.

Insu

La structure de l'étude a pour conséquence qu'après la randomisation, l'équipe de recherche connaît le groupe (intervention ou contrôle) dans lequel un cabinet de médecine générale a été réparti. Les médecins généralistes sauront également s'ils ont été répartis dans le bras d'intervention ou dans le bras de contrôle. Les patients seront informés de l'étude mais il ne leur sera pas communiqué explicitement si leur médecin traitant se trouve dans le bras de contrôle ou d'intervention.

Évaluation clinique, variables et instruments de mesure

Évaluation clinique

Les médecins généralistes évalueront, tant dans le bras d'intervention que dans le bras de contrôle, si les patients peuvent être inclus dans l'étude. Ils se baseront sur les données suivantes :

- *données anamnestiques* : Les médecins généralistes vérifieront si les symptômes suivants sont présents chez les patients : symptômes d'épuisement mental et/ou physique (p. ex. vertiges, maux de tête, troubles du sommeil, palpitations, douleurs musculaires), troubles du fonctionnement cognitif (p. ex. troubles de la concentration), troubles du fonctionnement émotionnel (p. ex. instabilité émotionnelle), diminution de l'implication vis-à-vis du travail ou des collaborateurs. Seuls les patients chez qui, selon le médecin généraliste, ces troubles sont principalement dus à des problèmes liés au travail, entrent en ligne de compte pour l'étude. Les patients dont le médecin traitant estime que ces troubles sont survenus à la suite d'un harcèlement au travail ne sont pas inclus dans l'étude. Les patients qui sont connus pour une dépendance à l'alcool ou à la drogue, une maladie psychiatrique majeure (par ex. schizophrénie, trouble bipolaire) ou un traitement en cours chez un psychologue ne sont pas non plus repris dans l'étude.
- *données physiques* : Le médecin généraliste exclura (si nécessaire) les causes physiques qui peuvent causer des problèmes de fatigue (par ex. hypothyroïdie, diabète).
- *4DSQ (Four-Dimensional Symptom Questionnaire ou liste des plaintes en 4 dimensions)* : Le médecin généraliste demandera au patient de compléter le 4DSQ. Les résultats du 4DSQ peuvent aider le médecin généraliste à faire la distinction entre les plaintes liées au stress (ex. burn-out) et les maladies psychiatriques telles que la dépression et les troubles anxieux. Les patients ayant un score de détresse < n'entrent pas en ligne de compte pour l'étude.
- *UBOS-A* : Le médecin généraliste demandera au patient de compléter l'UBOS-A lors de la première ou deuxième consultation. Les résultats de ce questionnaire seront traités par l'équipe de recherche en vue de décrire les patients participants au moment de l'inclusion. Les résultats ne seront pas utilisés pour inclure ou non les patients dans l'étude.

Pour l'évaluation des candidats potentiels, les médecins généralistes pourront disposer d'un fil conducteur (annexe 8).

Variables

Pour tous les patients inclus, les données suivantes sont collectées (voir annexe 6) :

- âge
- sexe
- situation familiale
- niveau de formation
- emploi actuel (secteur, fonction dirigeante, régime de travail...)

Le critère de jugement primaire de cette étude est le temps qui s'écoule depuis le début du premier certificat de maladie jusqu'à la reprise du travail (sur le même lieu de travail ou ailleurs, à temps partiel ou à temps plein, avec ou sans adaptations du travail). Le critère de jugement secondaire est la présence de symptômes de burn-out.

Nous collecterons les données de la façon suivante pour les critères de jugement primaire et secondaire :

après 6 semaines, 4, 8 et 12 mois, tous les patients participants (bras d'intervention et de contrôle) recevront un questionnaire électronique dans lequel ils effectueront l'UBOS-A. Les données relatives à une éventuelle reprise du travail sont également demandées (date de la reprise du travail, reprise à temps plein ou à temps partiel, adaptations du travail...) (voir annexe 7). Dans le questionnaire envoyé après 6 semaines, le BDI et le Quickscan seront également effectués et les caractéristiques générales des patients participants seront abordées.

Aperçu schématique de la collecte de données :

sujet	instrument de mesure	T0 Semaine 0– semaine 1	T1 Semaine 6	T2 Mois 4	T3 Mois 8	T4 Mois 12
Critère de jugement primaire						
Reprise du travail : date RT, temps partiel/temps plein, même/autre employeur	Questionnaire annexe 7		X	X	X	X
Critère de jugement secondaire						
Symptômes de burn-out	UBOS A	X	X	X	X	X
Caractéristiques générales						
Âge, sexe, situation familiale, emploi	Questionnaire annexe 6		X			
Plaintes psychiques						
Plaintes psychosociales	4DSQ	X				
Plaintes dépressives	BDI		X			
Prédicteurs absentéisme de longue durée						
	Quickscan		X			

Instruments de mesure

Les instruments de mesure suivants seront utilisés pendant l'étude d'intervention :

1. Échelle du burn-out d'Utrecht – Version générale (UBOS-A)

L'échelle du burn-out d'Utrecht – Version générale (UBOS-A) (24) est la version validée en néerlandais du Maslach burn-out Inventory - General Survey (MBI-GS) (25) et se compose de 15 items. Ces items mesurent les trois dimensions du burn-out : épuisement, distance et compétence réduite. Chaque item de l'UBOS-A est noté sur une échelle de Likert à 7 points allant de (0) 'jamais' à (6) 'toujours/quotidiennement' ; un score moyen est ensuite calculé pour chaque dimension. Les normes existantes déterminent à partir de quel score une personne obtient un résultat élevé ou faible pour une dimension déterminée. (voir annexe 2)

2. Liste des plaintes quadridimensionnelle (4DSQ)

La liste des plaintes quadridimensionnelle (4DSQ) (26) est un questionnaire composé de 50 items axés sur les plaintes psychosociales. La liste distingue les troubles non spécifiques liés au stress, la dépression, l'anxiété et la somatisation. Ces quatre dimensions de symptômes constituent également les quatre catégories différentes. Les possibilités de réponse de la liste sont structurées de façon ordinale et plus un patient obtient un score élevé sur le questionnaire, plus il éprouve de plaintes psychosociales dans ses actions quotidiennes. (voir annexe 3)

3. Quickscan

Le questionnaire Quickscan (ajouter référence : voir dernières références) a été établi sur la base d'une étude de littérature réalisée dans le cadre d'une étude commandée par l'INAMI en 2015 (27). Ce questionnaire sonde les principaux prédicteurs de l'absentéisme de longue durée pour maladie tels que la satisfaction au travail, le niveau de formation, les possibilités de réglementation et la faisabilité du travail. Neuf facteurs sont en effet associés négativement à la réintégration : l'âge, le sexe féminin, la perception d'un mauvais état de santé, la présence de douleurs, un travail physiquement lourd, une interférence des plaintes, l'évitement/incertitude, une charge de travail élevée et une situation familiale pénible. Ces facteurs sont répertoriés à l'aide d'échelles validées. (voir annexe 4)

4. Beck Depression Inventory - II version néerlandaise (BDI-II-NL)

L'IDE II-NL (28) est utilisé pour mesurer la sévérité d'un trouble dépressif. Le questionnaire est divisé en trois dimensions : affective, cognitive et somatique. Chaque item fait l'objet d'un score sur une échelle à quatre points allant de 0 à 3. Le score total est obtenu en additionnant les scores des 21 items. Les scores limites permettent de déterminer la gravité des troubles dépressifs (minimes, légers, modérés ou sévères). (voir annexe 5)

Afin de pouvoir formuler, à l'issue de l'étude d'intervention, des recommandations pour la mise en œuvre du trajet dans la pratique, nous demandons aux participants du bras d'intervention et du bras de contrôle (patients, médecins généralistes et psychologues) de collecter les données suivantes : données de contact avec (d'autres) prestataires de soins, durée de ces contacts, initiateurs de ces contacts. Nous demandons aux participants du bras d'intervention de rassembler également les données suivantes : raisons (si d'application) pour lesquelles le trajet n'a (partiellement) pas été suivi, éléments du trajet qui ont bien fonctionné dans la pratique (et pourquoi), éléments du trajet qui n'ont pas bien fonctionné dans la pratique (et pourquoi).

Procédure

Pilotage et faisabilité

Avant de lancer effectivement l'étude d'intervention, nous voulons vérifier si les procédures que nous envisageons tant dans le bras d'intervention que dans le bras de contrôle sont faisables d'un point de vue pratique. En raison des délais qui doivent être respectés dans ce projet, le protocole d'étude ne sera pas entièrement exécuté pendant la phase de faisabilité et de pilotage. Nous choisissons d'examiner de plus près certains aspects de l'étude dont il est apparu clairement au cours de la phase de développement qu'ils pouvaient entraver la réalisation de l'étude (23). D'une part, le lancement de l'étude par le médecin généraliste (et le psychologue) sera déterminant pour la suite de l'étude. D'autre part, une interprétation et une utilisation adéquates des documents fournis (p. ex. carnet) sont importantes tant pour l'exécution que pour le suivi du trajet. Afin de détecter les éventuels points à améliorer pendant la phase de démarrage du trajet, deux médecins généralistes lanceront le trajet (première et deuxième consultation) auprès d'un participant potentiel. Un médecin généraliste entamera le trajet comme cela se fera dans le groupe d'intervention, l'autre médecin généraliste entamera le trajet comme dans le groupe de contrôle. Après ces deux consultations, il sera demandé aux médecins généralistes concernés de formuler leurs remarques et suggestions concernant le démarrage du trajet. On vérifiera également si les documents fournis sont utilisables dans la pratique et ont été interprétés et utilisés correctement. De cette manière, nous tenterons de détecter les éventuels obstacles et de les éliminer avant de procéder effectivement à l'évaluation proprement dite du trajet.

Les patients dont le trajet est entamé au cours de cette phase (même après la fin de la phase de faisabilité et de pilotage) pourront poursuivre le trajet complet s'ils le souhaitent. Les critères d'inclusion pour les participants, le consentement éclairé et les interventions financières seront les mêmes pendant cette phase que pendant la phase d'évaluation (voir plus loin).

Bras d'intervention

Si le médecin traitant établit un certificat médical pour un patient en raison de problèmes de burn-out, le médecin traitant vérifiera si ce patient répond aux critères d'inclusion pour l'étude. Le médecin généraliste dispose à cet effet d'un fil conducteur (voir annexe 8). L'UBOS-A et le 4DSQ sont soumis au patient. Si le patient répond aux critères d'inclusion, le médecin traitant lui expliquera l'objectif et l'organisation de l'étude. Le médecin traitant remet le consentement éclairé (voir annexe 9) et explique ce que l'on attend du patient s'il accepte de participer à l'étude. Le médecin traitant dirige les patients qui satisfont aux critères d'inclusion et qui ont signé le consentement éclairé vers l'un des psychologues participants. Pour la

vérification des critères d'inclusion, l'explication de l'étude et le renvoi vers le psychologue, deux consultations sont prévues auprès du médecin traitant dans le bras d'intervention.

Le patient se présente pour la première fois au psychologue au plus tard quatre semaines après le début de l'incapacité de travail. Au cours de cet entretien, le psychologue vérifie s'il s'agit effectivement d'un patient souffrant de burn-out. Si le psychologue estime qu'il ne s'agit pas d'un patient en burn-out, le trajet n'est pas poursuivi et la participation à l'étude cesse pour ce patient. Le psychologue informe le médecin traitant (voir annexe 11). Toutefois, si, selon le psychologue, il s'agit d'un patient en burn-out, le psychologue établit, au plus tard quatre semaines après le début de l'incapacité de travail, une note (voir annexes 12 + 13) pour le médecin traitant, le médecin-conseil et (si le patient est un travailleur) le médecin du travail. Dans cette note, le psychologue informe les médecins concernés que le trajet a été entamé chez leur patient. L'accompagnement par le psychologue comporte maximum 10 séances (dont au moins une séance après la reprise du travail). Entre la semaine 4 et la semaine 8, le patient revient en consultation chez le médecin traitant. Le médecin traitant discute avec le patient de la bonne mise en place de l'accompagnement chez le psychologue, vérifie s'il faut éventuellement apporter des modifications (par exemple, prescrire temporairement des médicaments pour le sommeil) et rédige (si cela n'a pas encore été fait auparavant) un certificat de maladie s'étendant sur une durée suffisamment longue pour couvrir l'accompagnement complet chez le psychologue.

Entre la semaine 8 et la semaine 12, le psychologue établit un rapport (voir annexes 14 + 15) décrivant l'évolution du patient et la planification ultérieure de la reprise du travail. Le psychologue remet ce rapport au médecin généraliste, au médecin-conseil et (si le patient est un travailleur) au médecin du travail. La préparation de la reprise du travail débute entre la semaine 8 et la semaine 12. Le psychologue encourage le patient et s'assure que les contacts nécessaires pour entamer la préparation de la reprise du travail (avec le médecin du travail, le médecin-conseil, le VDAB...) soient effectivement établis et prépare ces entretiens avec le patient si nécessaire.

Au terme des 10 séances, le psychologue transmet un rapport final au médecin généraliste, au médecin-conseil et (si le patient est un travailleur) au médecin du travail (voir annexes 16 + 17).

Au cours du trajet, le patient dispose d'un carnet (voir annexe séparée). Dans ce carnet, le patient trouvera des informations sur le rôle des différents prestataires de soins et organisations, sur la législation en matière de réintégration et sur le trajet. Ce carnet permet de consigner les coordonnées des prestataires de soins avec lesquels le patient entre en contact. Les objectifs, accords conclus avec les prestataires de soins, dates de contact, durée des contacts, aspects positifs et négatifs du trajet, etc. peuvent également y être notés. Le but est que le patient ait toujours ce carnet avec lui lors d'un contact avec un prestataire de soins, afin que ce carnet puisse être utilisé comme moyen de communication entre les différents prestataires de soins et comme fil conducteur tout au long du trajet. Les carnets sont remis à l'équipe de recherche à la fin de l'étude.

Les médecins généralistes et les psychologues enregistrent par patient et par consultation/séance les dates auxquelles ils ont vu les patients participants, la durée de ces contacts, les autres prestataires de soins avec lesquels ils ont été en contact au sujet du patient concerné et à l'initiative desquels ce contact a eu lieu. Pour chaque patient, ils notent les aspects positifs et négatifs du trajet. Ces données sont également transmises à l'équipe de recherche (voir annexes 18 + 19).

Lorsque les patients acceptent de participer à l'étude et signent le consentement éclairé, ils communiquent également une adresse e-mail que l'équipe de recherche peut utiliser pour envoyer aux patients des questionnaires électroniques (Qualtrics). Six semaines, 4, 8 et 12 mois après le début de l'incapacité de travail, chaque patient participant recevra un questionnaire électronique. Ce questionnaire comportera (outre l'UBOS-A) des questions relatives à la reprise du travail : date de la reprise du travail, reprise du travail à temps plein ou à temps partiel, adaptations du travail, etc. (voir annexe 7). Le questionnaire après 6 semaines comprendra également les questions Quickscan, BDI et un certain nombre de données générales : âge, sexe, niveau de formation, emploi au début de l'incapacité de travail (secteur, fonction dirigeante, régime de travail) (voir annexe 6).

Les patients participants pourront suivre les 10 séances chez le psychologue à un tarif plus avantageux que s'ils ne participaient pas à l'étude. Les médecins généralistes et les psychologues recevront une indemnité financière par patient inclus qu'ils suivent dans le cadre de l'étude.

Bras de contrôle

Si le médecin traitant établit un certificat médical pour un patient en raison de problèmes de burn-out, le médecin traitant vérifiera si ce patient répond aux critères d'inclusion pour l'étude. Le médecin généraliste dispose à cet effet d'un fil conducteur (voir annexe 8). L'UBOS-A et le 4DSQ sont soumis au patient. Si le patient répond aux critères d'inclusion, le médecin traitant lui expliquera l'objectif et l'organisation de l'étude. Le médecin traitant remet le consentement éclairé (voir annexe 9) et explique ce que l'on attend du patient s'il accepte de participer à l'étude. Les médecins généralistes du bras de contrôle seront invités à traiter et à suivre les patients, une fois inclus dans l'étude, comme ils le feraient autrement.

Les médecins généralistes enregistrent par patient et par consultation les dates auxquelles ils ont vu les patients participants, la durée de ces contacts, les autres prestataires de soins avec lesquels ils ont été en contact en rapport avec le patient concerné et à l'initiative desquels ce contact a eu lieu. Ces données sont transmises à l'équipe de recherche (voir annexe 20).

Les patients du bras de contrôle reçoivent un carnet (voir annexe séparée). Ce carnet permet de consigner les coordonnées des prestataires de soins avec lesquels le patient entre en contact. Les objectifs, accords conclus avec les prestataires de soins, dates de contact, durée des contacts, aspects positifs et négatifs de l'accompagnement qu'ils reçoivent pendant leur incapacité de travail peuvent également y être notés. Les carnets sont remis à l'équipe de recherche à la fin de l'étude.

Lorsque les patients acceptent de participer à l'étude et signent le consentement éclairé, ils communiquent également une adresse e-mail que l'équipe de recherche peut utiliser pour envoyer aux patients des questionnaires électroniques (Qualtrics). Six semaines, 4, 8 et 12 mois après le début de l'incapacité de travail, chaque patient participant recevra un questionnaire électronique. Ce questionnaire comportera (outre l'UBOS-A) des questions relatives à la reprise du travail : date de la reprise du travail, reprise du travail à temps plein ou à temps partiel, adaptations du travail, etc. (voir annexe 7). Le questionnaire après 6 semaines comprendra également le Quickscan, le BDI et plusieurs données générales : âge, sexe, niveau de formation, emploi au début de l'incapacité de travail (secteur, fonction dirigeante, régime de travail) (voir annexe 6). Les médecins généralistes recevront une indemnité financière par patient inclus qu'ils suivent dans le cadre de l'étude.

Analyses statistiques

Le **critère de jugement primaire** est la durée jusqu'au retour au travail. Tous les patients qui, au moment de la fin de l'étude (= 12 mois après le début de l'inclusion), ne travaillent pas encore (ou sont perdus dans le suivi) seront censurés. Notons que la période de 12 mois ne s'applique que si, après l'analyse intermédiaire effectuée après 6 mois, aucun recrutement supplémentaire n'a été entamé (voir précédemment sous « taille de l'échantillon »). La présence de données censurées implique que la durée jusqu'au retour sera analysée par des analyses de survie. Pour pouvoir gérer le clustering à deux niveaux (patients des médecins, médecins des cabinets de médecine générale), un modèle PWE (piecewise exponential survival model) avec les effets aléatoires du médecin (au sein du cabinet) et du cabinet sera envisagé. Ce modèle offre plus de flexibilité qu'une régression Cox étant donné qu'une régression Cox de plus de deux niveaux n'est pas implémentée dans les logiciels statistiques existants. Les variables qui ont joué un rôle lors de la randomisation sont ajoutées comme covariables dans le modèle. Une valeur p inférieure à 0,05 est considérée comme statistiquement significative.

Pour étudier l'évolution des symptômes de burn-out (**critère de jugement secondaire**) chez les patients participants, nous utiliserons un modèle mixte linéaire (avec effets aléatoires du médecin (au sein du cabinet) et du cabinet) avec le score « épuisement » à la reprise du travail (UBOS A) en tant que variable dépendante et le bras d'étude (intervention ou contrôle) et le score « épuisement » au moment T0, ainsi que les variables prises en compte dans la randomisation, en tant que variables indépendantes. Une conclusion ferme concernant le critère de jugement secondaire n'est tirée que si le résultat sur le critère de jugement primaire était significatif. Cela implique que le critère de jugement secondaire peut également être testé au niveau $\alpha = 0,05$ sans que le risque d'erreur de type I augmente.

Des statistiques descriptives (fréquences, moyennes, déviations standard) seront effectuées sur les données collectées dans le bras d'intervention comme dans le bras de contrôle.

5. ASPECTS ÉTHIQUES

Une stricte confidentialité sera garantie aux répondants. Toutes les données relèvent de l'obligation de confidentialité des chercheurs du département environnement et santé (KU Leuven) et seront uniquement utilisées dans des analyses de groupe, les personnes individuelles ne pouvant être identifiées. Les données individuelles ne seront en aucun cas transmises à des tiers. Les résultats du rapport externe ne pourront jamais être rattachés à des collaborateurs individuels.

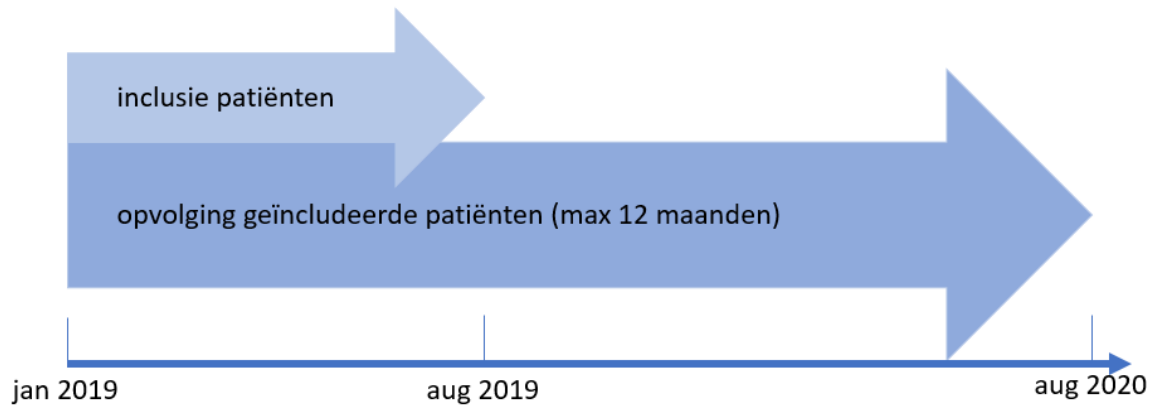
Le chercheur du département environnement et santé (KU Leuven) veillera au respect du secret professionnel et établira des procédures garantissant la confidentialité. Toute personne impliquée dans la saisie et l'analyse des données est soumise à la règle de confidentialité.

Compte tenu de la déclaration d'Helsinki (1964) et du droit à un consentement éclairé, un document reprenant les conditions générales de l'étude sera fourni à chaque patient, tant du bras d'intervention que du bras de contrôle. Le participant ne peut participer à l'étude et compléter ensuite les questionnaires d'auto-rapport qu'après avoir donné son consentement éclairé. Pour les questionnaires en ligne dans Qualtrics, un consentement éclairé sera également prévu dans le questionnaire. Les patients ne pourront remplir le questionnaire qu'après approbation des conditions générales. S'ils ne donnent pas cette approbation, le questionnaire est automatiquement clôturé. Les patients participant à l'étude reçoivent le formulaire de consentement éclairé par l'intermédiaire du médecin traitant. L'étude ne débutera qu'après la signature de ce document.

6. PLANIFICATION

Actuellement, le recrutement de médecins généralistes néerlandophones souhaitant participer à l'étude est en cours. Les données nécessaires à la randomisation sont également transmises à l'équipe de recherche par des médecins généralistes qui ont déjà décidé de participer. Le planning prévoit que la randomisation et la formation des médecins généralistes participants seront terminées fin décembre afin que les patients néerlandophones puissent être inclus à partir de janvier.

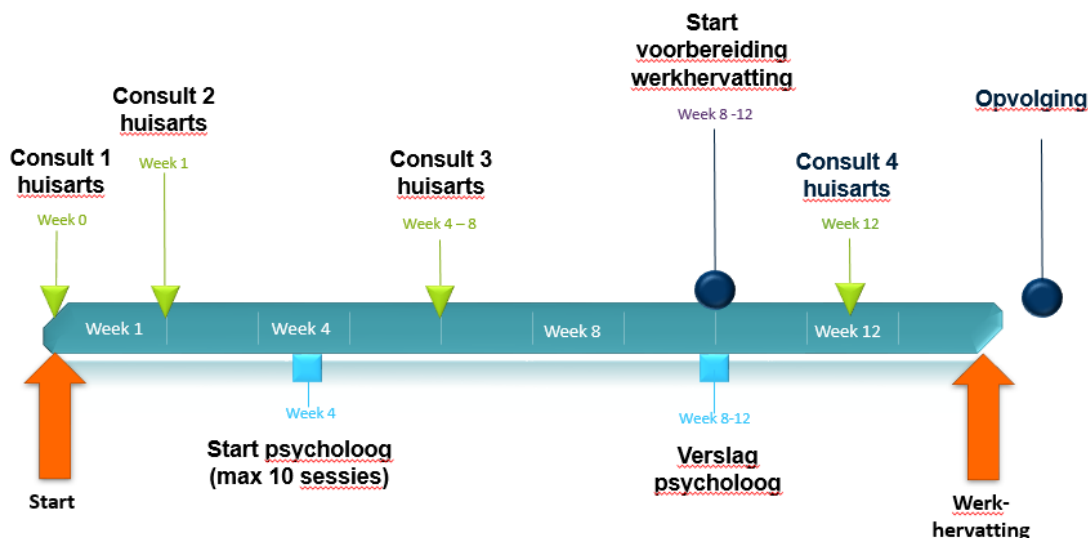
Les médecins généralistes participants pourront inclure des patients dans l'étude pendant 8 mois. Chaque patient inclus fera l'objet d'un suivi pendant 12 mois. Le schéma ci-dessous présente la ligne du temps pour les participants néerlandophones :



Le recrutement et l'inclusion des participants francophones débiteront plus tard (à déterminer).

7. ANNEXES

Annexe 1 : Trajet développé



- Consultation 1 (semaine 0) et consultation 2 (semaine 1) médecin traitant : Au début du trajet, deux consultations successives sont prévues chez le médecin généraliste. Dans le cadre de ces deux consultations, le médecin effectue une anamnèse et un examen clinique. Le médecin généraliste utilise des questionnaires (par ex. UBOS, 4DSQ) pour vérifier si le patient a éventuellement un burn-out. Si le médecin généraliste suspecte un burn-out, il ou elle fournit au patient des explications à ce sujet (apparition, approche ultérieure, perspective) et établit un certificat de maladie. Enfin, le médecin renvoie le patient vers un psychologue.
- Début du suivi du psychologue (semaine 4) : Au plus tard la quatrième semaine suivant le début de l'incapacité de travail, le patient a un premier contact avec le psychologue. Le psychologue vérifie s'il s'agit réellement d'un burn-out et si c'est le cas, un accompagnement de maximum 10 séances est entamé. Le psychologue transmet une brève note au médecin généraliste, au médecin-conseil et (si le patient est un travailleur) au médecin du travail pour les informer qu'un accompagnement a été entamé.
- Consultation 3 (semaines 4 – 8) médecin généraliste : Entre la semaine 4 et la semaine 8, le patient revient en consultation chez le médecin traitant. Le médecin traitant discute avec le patient de la bonne mise en place de l'accompagnement chez le psychologue, vérifie s'il faut éventuellement apporter des modifications (par exemple, prescrire temporairement des médicaments pour le sommeil) et rédige (si cela n'a pas encore été fait auparavant) un certificat de maladie s'étendant sur une durée suffisamment longue pour couvrir l'accompagnement complet chez le psychologue.
- Rapport psychologue (semaines 8 - 12) : Entre la semaine 8 et la semaine 12, le psychologue établit un rapport qui décrit l'évolution du patient et la planification ultérieure de la reprise du travail. Le psychologue remet ce rapport au médecin généraliste, au médecin-conseil et (si le patient est un travailleur) au médecin du travail.
- Début de la préparation de la reprise du travail (semaines 8 – 12) : La préparation de la reprise du travail débute entre la semaine 8 et la semaine 12. Pour les patients-travailleurs qui souhaitent reprendre le travail chez leur propre employeur, le médecin du travail se charge de la coordination de la préparation de la reprise du travail. Pour les patients-travailleurs qui souhaitent reprendre le travail chez un autre employeur ou pour les patients-indépendants, le médecin-conseil coordonne la préparation de la reprise du travail en concertation avec le VDAB, le Forem ou Actiris. Le psychologue veille à ce que les contacts nécessaires pour entamer la préparation de la reprise du travail (avec le médecin du travail, le VDAB...) soient effectivement établis et prépare ces entretiens avec le patient si nécessaire.
- Consultation 4 (semaine 12) médecin généraliste : Lors de cette consultation, le médecin discute de la reprise du travail avec le patient et vérifie s'il y a encore des problèmes qui empêchent une reprise du travail et comment ceux-ci peuvent être résolus.
- Suivi après reprise du travail : Après la reprise du travail, le patient a encore au moins une séance chez le psychologue. En fonction de la personne et de la manière dont la reprise du travail a été préparée, il y a encore des entretiens de suivi avec le médecin généraliste, le médecin du travail, le VDAB... À l'issue des 10 séances, le psychologue remet un rapport final au médecin généraliste, au médecin-conseil et au médecin du travail (si le patient est un travailleur).

Au cours du trajet, le patient dispose d'un carnet. Dans ce carnet, le patient trouvera des informations sur le rôle des différents prestataires de soins et organisations, sur la législation en matière de réintégration et sur le trajet. Ce carnet permet de consigner les coordonnées des prestataires de soins avec lesquels le patient entre en contact. Les objectifs et accords conclus avec les prestataires de soins peuvent également y être notés. Le but est que le patient ait toujours ce carnet avec lui lors d'un contact avec un prestataire de soins, afin que ce carnet puisse être utilisé comme moyen de communication entre les différents prestataires de soins et comme fil conducteur tout au long du trajet.

Annexe 2 : UBOS-A

Les affirmations suivantes portent sur la manière dont vous vivez votre travail et comment vous vous sentez à cet égard. Veuillez indiquer à quelle fréquence chaque affirmation s'applique à vous en complétant toujours le chiffre **le plus adapté** (de 0 à 6).

	Rarement	Occasionnellement	Régulièrement	Souvent	Très souvent	Toujours	
	0	1	2	3	4	5	
	Jamais	Quelques fois par an ou moins	Une fois par mois ou moins	Quelques fois par mois	Une fois semaine	Quelques fois par semaine	Tous les jours
1. _____	Je me sens mentalement épuisé(e) par mon travail.						
2. _____	Je doute de l'utilité de mon travail.						
3. _____	Travailler toute une journée est une lourde charge pour moi.						
4. _____	Je parviens à bien résoudre les problèmes à mon travail.						
5. _____	Je me sens « usé(e) » par mon travail.						
6. _____	J'ai le sentiment que mon travail contribue positivement au						
7. _____	fonctionnement de l'organisation.						
8. _____	Je remarque que je me suis trop distancié(e) par rapport à mon travail.						
9. _____	Je ne suis plus aussi enthousiaste que par le passé à propos de mon travail.						
10. _____	Je trouve que je fais bien mon travail.						
11. _____	Lorsque j'achève un travail, cela me procure un sentiment de bien-être.						
12. _____	Je me sens vidé(e) au terme d'une journée de travail.						
13. _____	J'ai accompli beaucoup de choses utiles dans ce travail.						
14. _____	Je me sens fatigué(e) lorsque je me lève le matin et qu'une nouvelle journée de travail m'attend.						
15. _____	Je suis devenu(e) plus cynique quant aux effets de mon travail.						
	Au travail, je déborde de confiance en moi.						

Annexe 3 : 4DSQ

Index des plaintes en 4 dimensions (IP4D)

Voici une liste de questions concernant des plaintes et des symptômes que vous ressentez peut-être. Chaque question concerne une plainte ou un symptôme que vous avez ressenti pendant la dernière semaine (c'est-à-dire les sept derniers jours, aujourd'hui compris). Les plaintes que vous avez ressenties auparavant mais que vous n'avez pas ressenties ces sept derniers jours ne comptent pas.

Pouvez-vous indiquer pour chaque plainte à quelle fréquence vous l'avez ressentie en cochant la case qui correspond le mieux à votre état.

	non	parfois	régulière- ment	sou- vent	très souvent ou en permanence
Pendant la semaine dernière, avez-vous présenté:					
1. des vertiges ou la tête qui tourne? -----	☐	☐	☐	☐	☐
2. des douleurs musculaires? -----	☐	☐	☐	☐	☐
3. des maux de tête? -----	☐	☐	☐	☐	☐
4. une douleur dans le cou? -----	☐	☐	☐	☐	☐
5. une douleur dans le dos? -----	☐	☐	☐	☐	☐
6. une transpiration excessive? -----	☐	☐	☐	☐	☐
7. des palpitations? -----	☐	☐	☐	☐	☐
8. des maux de tête? -----	☐	☐	☐	☐	☐
9. une sensation de ballonnement, de ventre gonflé?	☐	☐	☐	☐	☐
10. une vision floue ou des taches devant les yeux? --	☐	☐	☐	☐	☐
11. un manque d'air? -----	☐	☐	☐	☐	☐
12. des nausées ou du mal à digérer? -----	☐	☐	☐	☐	☐

Pendant la semaine dernière, avez-vous présenté:

13. une douleur dans le ventre ou autour de l'estomac?	☐	☐	☐	☐	☐
14. des fourmillements dans les doigts -----	☐	☐	☐	☐	☐
15. une oppression ou un striction dans la poitrine? --	☐	☐	☐	☐	☐
16. une douleur dans la poitrine? -----	☐	☐	☐	☐	☐
17. un abattement? -----	☐	☐	☐	☐	☐
18. comme ça, un saisissement soudain? -----	☐	☐	☐	☐	☐
19. des moments où vous ruminiez vos pensées? ---	☐	☐	☐	☐	☐
20. un sommeil agité? -----	☐	☐	☐	☐	☐
21. une sensation indéfinissable de peur? -----	☐	☐	☐	☐	☐
22. un manque d'allant? -----	☐	☐	☐	☐	☐
23. des tremblements en présence d'autres personnes?	☐	☐	☐	☐	☐
24. une soudaine panique ou forte anxiété? -----	☐	☐	☐	☐	☐

Pendant la semaine dernière, vous êtes-vous senti:

25. tendu? -----	☐	☐	☐	☐	☐
26. facilement irritable? -----	☐	☐	☐	☐	☐
27. angoissé? -----	☐	☐	☐	☐	☐

© Copyright 2008 B. Terluin; traduction: C. Berkhout, L. Baumann-Coblentz

	non	parfois	régulière- ment	sou- vent	très souvent ou en permanence
Pendant la semaine dernière, avez-vous ressenti:					
28. que plus rien n'avait de sens? -----	☐	☐	☐	☐	☐
29. que vous ne pouviez plus arriver à rien? -----	☐	☐	☐	☐	☐
30. que la vie ne valait pas la peine d'être vécue? ---	☐	☐	☐	☐	☐
31. que vous ne pouviez plus porter d'intérêt aux gens et aux choses qui vous entouraient? -----	☐	☐	☐	☐	☐
32. que vous ne pouviez plus faire face? -----	☐	☐	☐	☐	☐
33. qu'il vaudrait mieux que vous soyez mort? -----	☐	☐	☐	☐	☐
34. que plus rien ne pouvait vous réjouir? -----	☐	☐	☐	☐	☐
35. qu'il n'y avait pas d'issue à votre situation? -----	☐	☐	☐	☐	☐
36. que c'est au delà de vos forces? -----	☐	☐	☐	☐	☐
37. que vous n'aviez plus envie de rien? -----	☐	☐	☐	☐	☐
Pendant la semaine dernière, est-ce que vous avez eu:					
38. du mal à avoir les idées claires? -----	☐	☐	☐	☐	☐
39. du mal à vous endormir? -----	☐	☐	☐	☐	☐
40. peur de sortir seul de chez vous? -----	☐	☐	☐	☐	☐
Pendant la semaine dernière, étiez-vous:					
41. facilement émotif? -----	☐	☐	☐	☐	☐
42. angoissé(e) par quelque chose dont vous ne devriez absolument pas avoir peur? ----- (p.ex. des animaux, l'altitude, ou de petits espaces)	☐	☐	☐	☐	☐
43. effrayé(e) de voyager en bus, train ou tramway? --	☐	☐	☐	☐	☐
44. effrayé(e) de vous sentir intimidé(e) en présence d'autres personnes? -----	☐	☐	☐	☐	☐
45. Pendant la semaine dernière avez-vous eu l'impres- sion d'être menacé(e) par un danger inconnu?	☐	☐	☐	☐	☐
46. Pendant la semaine dernière avez-vous pensé «si seulement j'étais mort»? -----	☐	☐	☐	☐	☐
47. Pendant la semaine dernière avez-vous vu ressurgir des images d'événements bouleversants que vous aviez vécus? -----	☐	☐	☐	☐	☐
48. Pendant la semaine dernière avez-vous de temps en temps dû faire de votre mieux pour refouler des pensées ou des souvenirs d'événements bouleversants? -----	☐	☐	☐	☐	☐
49. Pendant la semaine dernière avez-vous dû éviter certains endroits parce qu'ils vous angoissaient?	☐	☐	☐	☐	☐
50. Pendant la semaine dernière avez-vous dû refaire des choses plusieurs de fois avant de pouvoir passer à autre chose? -----	☐	☐	☐	☐	☐

© Copyright 2008 B. Terluin; traduction: C. Berkhout, L. Baumann-Coblentz

Grille de cotation du IP4D

'non' = coter 0

'parfois' = coter 1

'régulièrement' ou plus souvent = coter 2

17		28		18		1	
19		30		21		2	
20		33		23		3	
22		34		24		4	
25		35		27		5	
26		46		40		6	
29				42		7	
31				43		8	
32				44		9	
36				45		10	
37				49		11	
38				50		12	
39						13	
41						14	
47						15	
48						16	

Mal être	Dépression	Anxiété	Somatisation

Interprétation:

modérément augmenté: > 10

> 2

> 3

> 10

nettement augmenté: > 20

> 5

> 9

> 20

The 4DSQ is copyright protected work. The copyright owner is Dr. B. Terluin. The 4DSQ is free for non-commercial use as in (mental) health care and scientific research. Commercial use of the 4DSQ requires a licence agreement. More information, translations and literature references can be found at www.emgo.nl/researchtools/4dsq.asp.

RÉINSERTION PROFESSIONNELLE DES PERSONNES EN BURN-out

1	Quel est votre état de santé d'un point de vue général ? (Mauvais) 0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 (Excellent)
2	Comment évalueriez-vous votre état de santé actuel général par rapport à votre état d'il y a deux mois ? (Bien pire qu'il y a deux mois) 0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 (Bien meilleur qu'il y a deux mois)
3	Quel a été votre niveau de douleur au cours de la semaine écoulée ? (Aucune douleur) 0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 (Douleur très intense)
4	Si vous pensez à tout ce que vous faites pour réduire votre douleur, dans quelle mesure pouvez-vous réduire la douleur en temps normal ? (Je peux fortement réduire la douleur) 0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 (Je ne peux absolument pas réduire la douleur)
5	Pendant le travail, avez-vous beaucoup de mal à soulever ou tirer des objets ? (Jamais) 0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 (Toujours)
6	Pendant le travail, avez-vous beaucoup de mal à vous baisser régulièrement ? (Jamais) 0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 (Toujours)
7	Pendant le travail, avez-vous beaucoup de mal à atteindre des objets situés en hauteur ? (Jamais) 0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 (Toujours)
8	Pendant le travail, avez-vous beaucoup de mal à accomplir le même mouvement pendant une période prolongée ? (Jamais) 0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 (Toujours)
9	Trouvez-vous votre travail physiquement fatigant ? (Jamais) 0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 (Toujours)
10	Avez-vous besoin de force physique pour votre travail ? (Jamais) 0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 (Toujours)
11	Travaillez-vous en adoptant des postures inconfortables ou fatigantes ? (Jamais) 0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 (Toujours)
12	Je me sens comme chez moi à mon travail. (Pas d'accord) 0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 (Tout à fait d'accord)
13	Mon supérieur comprend ma situation. (Pas d'accord) 0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 (Tout à fait d'accord)
14	Mon travail est très varié et me motive. (Pas d'accord) 0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 (Tout à fait d'accord)
15	Je me sens valorisé(e) par mon supérieur. (Pas d'accord) 0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 (Tout à fait d'accord)
16	Mon travail présente suffisamment de défis. (Pas d'accord) 0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 (Tout à fait d'accord)
17	Je reçois beaucoup de soutien de la part de mes collègues. (Pas d'accord) 0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 (Tout à fait d'accord)
18	Je suis content(e) de mes conditions de travail (par exemple : salaire, horaires, etc.). (Pas d'accord) 0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 (Tout à fait d'accord)
19	Je me sens valorisé(e) par mes collègues. (Pas d'accord) 0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 (Tout à fait d'accord)
20	Je ne pense pas à chercher un autre travail. (Pas d'accord) 0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 (Tout à fait d'accord)
21	Si je devais recommencer à travailler, je crains que mes douleurs ne s'aggravent. (Pas d'accord) 0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 (Tout à fait d'accord)
22	Pour pouvoir reprendre le travail, je pense qu'il est nécessaire que (plusieurs options possibles) : 1) mon lieu de travail change un peu ; 2) mes horaires changent un peu ; 3) ma fonction au sein de l'entreprise change un peu ; 4) je puisse suivre une formation pour un nouveau poste ; 5) autre option.

23	Si la douleur devient plus intense, je dois arrêter de faire ce que je suis en train de faire jusqu'à ce que ça se calme. (Pas d'accord) 0 – 1 – 2 – 3 – 4 – 5 (Tout à fait d'accord)
24	Quel niveau d'inquiétude ressentez-vous par rapport à votre maladie ? (Pas du tout inquiet(ète)) 0 – 1 – 2 – 3 – 4 – 5 (Très inquiet(ète))
25	Votre maladie a-t-elle une influence sur vos émotions (votre maladie vous angoisse, irrite, panique ou déprime) ? (Aucune influence) 0 – 1 – 2 – 3 – 4 – 5 (Très grande influence)
26	Au cours de la semaine passée, avez-vous peu dormi à cause de préoccupations ? (Jamais) 0 – 1 – 2 – 3 – 4 – 5 (Toujours)
27	Au cours de la semaine passée, avez-vous eu l'impression d'être sous pression ? (Jamais) 0 – 1 – 2 – 3 – 4 – 5 (Toujours)
28	Au cours de la semaine passée, avez-vous eu l'impression de ne pas pouvoir résoudre des difficultés ? (Jamais) 0 – 1 – 2 – 3 – 4 – 5 (Toujours)
29	Au cours de la semaine passée, vous êtes-vous senti(e) comme une personne sans valeur ? (Jamais) 0 – 1 – 2 – 3 – 4 – 5 (Toujours)
30	Au cours de la semaine passée, vous êtes-vous senti(e) assez malheureux(se) ? (Jamais) 0 – 1 – 2 – 3 – 4 – 5 (Toujours)
31	Travaillez-vous avec une pression horaire ? (Jamais) 0 – 1 – 2 – 3 – 4 – 5 (Toujours)
32	Avez-vous du retard dans vos tâches professionnelles ? (Jamais) 0 – 1 – 2 – 3 – 4 – 5 (Toujours)
33	Préféreriez-vous travailler de manière un peu plus calme ? (Jamais) 0 – 1 – 2 – 3 – 4 – 5 (Toujours)
34	Je dois accomplir trop de choses à mon travail. (Pas d'accord) 0 – 1 – 2 – 3 – 4 – 5 (Tout à fait d'accord)
35	À cause de mon travail, je n'ai pas beaucoup de temps pour mes amis ou ma famille. (Pas d'accord) 0 – 1 – 2 – 3 – 4 – 5 (Tout à fait d'accord)
36	Pour réussir à terminer mon travail chaque jour, je dois travailler très dur. (Pas d'accord) 0 – 1 – 2 – 3 – 4 – 5 (Tout à fait d'accord)
37	Mon travail exige beaucoup d'énergie de ma part. (Pas d'accord) 0 – 1 – 2 – 3 – 4 – 5 (Tout à fait d'accord)
38	Avant ma période de maladie, je pouvais demander et bénéficier d'adaptations au travail afin d'augmenter mon confort de travail. (Pas d'accord) 0 – 1 – 2 – 3 – 4 – 5 (Tout à fait d'accord)
39	Avant ma période de maladie, je pouvais ajuster moi-même mon travail (quantité et intensité des tâches). (Pas d'accord) 0 – 1 – 2 – 3 – 4 – 5 (Tout à fait d'accord)
40	Avant ma période de maladie, je pouvais travailler à mon propre rythme. (Pas d'accord) 0 – 1 – 2 – 3 – 4 – 5 (Tout à fait d'accord)
41	Avant ma période de maladie, je pouvais choisir comment accomplir mon travail. (Pas d'accord) 0 – 1 – 2 – 3 – 4 – 5 (Tout à fait d'accord)
42	Avant ma période de maladie, mon travail me permettait de prendre des décisions de manière indépendante. (Pas d'accord) 0 – 1 – 2 – 3 – 4 – 5 (Tout à fait d'accord)
43	Mon travail n'implique pas une charge émotionnelle (Pas d'accord) 0 – 1 – 2 – 3 – 4 – 5 (Tout à fait d'accord)
44	Au travail, avez-vous la possibilité d'évoluer et de développer vos compétences ? (Pas du tout) 0 – 1 – 2 – 3 – 4 – 5 (Tout à fait)
45	Votre travail vous donne-t-il l'impression de pouvoir atteindre quelque chose ? (Pas du tout) 0 – 1 – 2 – 3 – 4 – 5 (Tout à fait)
46	Je me fais du souci sur ce que mes collègues pensent de mon absence. (Pas d'accord) 0 – 1 – 2 – 3 – 4 – 5 (Tout à fait d'accord)

47	Quand je serai de retour, je devrai travailler dur ou faire plus d'heures pour rattraper mon retard. (Pas d'accord) 0 – 1 – 2 – 3 – 4 – 5 (Tout à fait d'accord)
48	Dans mon travail, je me donne à 200 %. (Pas d'accord) 0 – 1 – 2 – 3 – 4 – 5 (Tout à fait d'accord)
49	Je trouve que c'est très grave quand je fais une erreur. (Pas d'accord) 0 – 1 – 2 – 3 – 4 – 5 (Tout à fait d'accord)
50	J'ai du mal à travailler de manière moins intense. (Pas d'accord) 0 – 1 – 2 – 3 – 4 – 5 (Tout à fait d'accord)
51	Je peux difficilement dire non à des collègues quand je le veux. (Pas d'accord) 0 – 1 – 2 – 3 – 4 – 5 (Tout à fait d'accord)
52	Au cours de l'année passée, ma vie privée s'est beaucoup dégradée. (Pas d'accord) 0 – 1 – 2 – 3 – 4 – 5 (Tout à fait d'accord)
53	Au cours de l'année passée, j'ai eu beaucoup de malchance. (Pas d'accord) 0 – 1 – 2 – 3 – 4 – 5 (Tout à fait d'accord)
54	Dans ma vie, il s'est passé beaucoup de choses désagréables, auxquelles je pense beaucoup. (Pas d'accord) 0 – 1 – 2 – 3 – 4 – 5 (Tout à fait d'accord)
55	Je pense souvent à la situation à la maison. (Pas d'accord) 0 – 1 – 2 – 3 – 4 – 5 (Tout à fait d'accord)
56	Les problèmes à la maison me demandent beaucoup d'énergie. (Pas d'accord) 0 – 1 – 2 – 3 – 4 – 5 (Tout à fait d'accord)
57	J'ai l'impression que je sombre dans la routine à la maison, mais que je ne peux pas faire ce que j'aime faire. (Pas d'accord) 0 – 1 – 2 – 3 – 4 – 5 (Tout à fait d'accord)
58	Je suis déçu(e) par des gens de mon entourage. (Pas d'accord) 0 – 1 – 2 – 3 – 4 – 5 (Tout à fait d'accord)
59	Il m'est difficile de trouver de l'énergie pour mon travail, car ma situation sociale n'est pas bonne. (Pas d'accord) 0 – 1 – 2 – 3 – 4 – 5 (Tout à fait d'accord)
60	Pensez-vous que vous serez capable de reprendre votre travail normalement, sans éprouver de limitations à cause de votre maladie, dans un délai de quatre semaines ? (Pas du tout) 0 – 1 – 2 – 3 – 4 – 5 (Tout à fait)
61	Mon traitement va soigner ma ou mes blessure(s) et symptôme(s). (Pas d'accord) 0 – 1 – 2 – 3 – 4 – 5 (Tout à fait d'accord)

Annexe 5 : **BDI-II-NL**

Naam: _____ Burg.staat: _____ Datum: _____

Beroep: _____ Opleiding: _____ Leeftijd: _____ Geslacht: _____

Instructies: Deze vragenlijst bestaat uit 21 rijtjes uitspraken. Lees a.u.b. ieder rijtje aandachtig en kies uit elk rijtje één uitspraak, die het best beschrijft hoe u zich de afgelopen twee weken met vandaag erbij gevoeld heeft. Kruis het hokje aan met het cijfer vóór de door u gekozen uitspraak. Als meerdere uitspraken in een rijtje even goed van toepassing zijn, kruis dan het hokje aan met het hoogste cijfer van dat rijtje. Let er op dat u niet meer dan één uitspraak per rijtje kiest, ook bij vraag 16 (Veranderingen in Slaappatroon) en 18 (Veranderingen in Eetlust).

1. Sombereheid, verdriet

- ☐ 0 Ik voel me niet somber.
☐ 1 Ik voel me een groot deel van de tijd somber.
☐ 2 Ik ben de hele tijd somber.
☐ 3 Ik ben zó somber of ongelukkig dat ik het niet verdragen kan.

2. Pessimisme

- ☐ 0 Ik ben niet ontmoedigd over mijn toekomst.
☐ 1 Ik ben meer ontmoedigd over mijn toekomst dan vroeger.
☐ 2 Ik verwacht niet dat de dingen goed voor mij zullen uitpakken.
☐ 3 Ik heb het gevoel dat mijn toekomst hopeloos is en dat het alleen maar erger zal worden.

3. Mislukkingen

- ☐ 0 Ik voel me geen mislukking.
☐ 1 Ik heb te veel dingen laten mislukken.
☐ 2 Als ik terugkijk, zie ik een hoop mislukkingen.
☐ 3 Ik vind dat ik als persoon een totale mislukking ben.

4. Verlies van plezier

- ☐ 0 Ik beleef net zo veel plezier als altijd aan de dingen die ik leuk vind.
☐ 1 Ik geniet niet meer zoveel van dingen als vroeger.
☐ 2 Ik beleef heel weinig plezier aan de dingen die ik vroeger leuk vond.
☐ 3 Ik beleef geen enkel plezier aan de dingen die ik vroeger leuk vond.

5. Schuldgevoelens

- ☐ 0 Ik voel me niet bijzonder schuldig.
☐ 1 Ik voel me schuldig over veel dingen die ik heb gedaan of had moeten doen.
☐ 2 Ik voel me meestal erg schuldig.
☐ 3 Ik voel me de hele tijd schuldig.

6. Gevoel gestraft te worden

- ☐ 0 Ik heb niet het gevoel dat ik gestraft word.
☐ 1 Ik heb het gevoel dat ik misschien gestraft zal worden.
☐ 2 Ik verwacht gestraft te worden.
☐ 3 Ik heb het gevoel dat ik nu gestraft word.

7. Afkeer van zichzelf

- ☐ 0 Ik voel me over mezelf net als altijd.
☐ 1 Ik heb minder zelfvertrouwen.
☐ 2 Ik ben teleurgesteld in mezelf.
☐ 3 Ik heb een hekel aan mezelf.

8. Zelfkritiek

- ☐ 0 Ik bekritiseer of verwijt mijzelf niet meer dan gewoonlijk.
☐ 1 Ik ben meer kritisch op mezelf dan vroeger.
☐ 2 Ik bekritiseer mezelf voor al mijn tekortkomingen.
☐ 3 Ik verwijt mijzelf al het slechte wat gebeurt.

9. Suïcidale gedachten of wensen

- ☐ 0 Ik heb geen enkele gedachte aan zelfdoding.
☐ 1 Ik heb gedachten aan zelfdoding, maar ik zou ze niet ten uitvoer brengen.
☐ 2 Ik zou liever een eind aan mijn leven maken.
☐ 3 Ik zou een eind aan mijn leven maken als ik de kans kreeg.

10. Huilen

- ☐ 0 Ik huil niet meer dan vroeger.
☐ 1 Ik huil meer dan vroeger.
☐ 2 Ik huil om elk klein ding.
☐ 3 Ik wil graag huilen, maar ik kan het niet.

Ga verder op de achterkant.

Subtotaal pag. 1

11. Agitatie, onrust

- ☐ 0 Ik ben niet rusteloz of meer gespannen dan anders.
- ☐ 1 Ik ben rusteloz of meer gespannen dan anders.
- ☐ 2 Ik ben zo rusteloos of opgewonden dat ik moeilijk stil kan zitten.
- ☐ 3 Ik ben zo rusteloos of opgewonden dat ik moet blijven bewegen of iets doen.

12. Verlies van interesse

- ☐ 0 Mijn belangstelling voor andere mensen of activiteiten is niet verminderd
- ☐ 1 Ik heb nu minder belangstelling voor andere mensen of dingen dan vroeger.
- ☐ 2 Ik heb mijn belangstelling voor andere mensen of dingen grotendeels verloren.
- ☐ 3 Het is moeilijk om nog ergens belangstelling voor op te brengen.

13. Besluiteloosheid

- ☐ 0 Ik neem beslissingen ongeveer even makkelijk als altijd.
- ☐ 1 Ik vind het moeilijker om beslissingen te nemen dan gewoonlijk.
- ☐ 2 Ik heb veel meer moeite met het nemen van beslissingen dan vroeger.
- ☐ 3 Ik heb moeite met alle beslissingen.

14. Waardeloosheid

- ☐ 0 Ik heb niet het gevoel dat ik waardeloos ben.
- ☐ 1 Ik zie mezelf niet meer zo waardevol en nuttig als vroeger.
- ☐ 2 Vergeleken met anderen voel ik me meer waardeloos.
- ☐ 3 Ik voel me volstrekt waardeloos.

15. Energieverlies

- ☐ 0 Ik heb nog evenveel energie als altijd.
- ☐ 1 Ik heb minder energie dan vroeger.
- ☐ 2 Ik heb niet voldoende energie om veel te doen.
- ☐ 3 Ik heb niet genoeg energie om wat dan ook te doen.

16. Verandering van slaappatroon

- ☐ 0 Mijn slaappatroon is niet veranderd.
- ☐ 1a Ik slaap wat meer dan gewoonlijk.
- ☐ 1b Ik slaap wat minder dan gewoonlijk.
- ☐ 2a Ik slaap veel meer dan gewoonlijk.
- ☐ 2b Ik slaap veel minder dan gewoonlijk.
- ☐ 3a Ik slaap het grootste deel van de dag.
- ☐ 3b Ik word 1 – 2 uren te vroeg wakker en kan niet meer inslapen.

17. Prikkelbaarheid

- ☐ 0 Ik ben niet meer prikkelbaar dan anders.
- ☐ 1 Ik ben meer prikkelbaar dan anders.
- ☐ 2 Ik ben veel meer prikkelbaar dan anders.
- ☐ 3 Ik ben de hele tijd prikkelbaar.

18. Verandering van eetlust

- ☐ 0 Mijn eetlust is niet veranderd.
- ☐ 1a Mijn eetlust is wat kleiner dan gewoonlijk.
- ☐ 1b Mijn eetlust is wat groter dan gewoonlijk.
- ☐ 2a Mijn eetlust is veel kleiner dan vroeger.
- ☐ 2b Mijn eetlust is veel groter dan gewoonlijk.
- ☐ 3a Ik heb helemaal geen eetlust.
- ☐ 3b Ik verlang de hele tijd naar eten.

19. Concentratieproblemen

- ☐ 0 Ik kan me net zo goed concentreren als altijd.
- ☐ 1 Ik kan me niet zo goed concentreren als anders.
- ☐ 2 Het is lastig om mijn gedachten ergens lang bij te houden.
- ☐ 3 Ik kan me nergens op concentreren.

20. Moeheid

- ☐ 0 Ik ben niet meer moe of afgemat dan gewoonlijk.
- ☐ 1 Ik word sneller moe of afgemat dan gewoonlijk.
- ☐ 2 Ik ben te moe of afgemat voor veel dingen die ik vroeger wel deed.
- ☐ 3 Ik ben te moe of afgemat voor de meeste dingen die ik vroeger wel deed.

21. Verlies van interesse in sex

- ☐ 0 Ik heb de laatste tijd geen verandering gemerkt in mijn belangstelling voor sex.
- ☐ 1 Ik heb minder belangstelling voor sex dan vroeger.
- ☐ 2 Ik heb tegenwoordig veel minder belangstelling voor sex.
- ☐ 3 Ik heb alle belangstelling voor sex verloren.

Einde van de vragenlijst.
Controleer a.u.b. of alle vragen beantwoord zijn.

	Subtotaal pag. 1
	Subtotaal pag. 2
	TOTAAL SCORE

Annexe 6 : Questionnaire Caractéristiques de base

1. Êtes-vous
 - une femme
 - un homme
2. Quelle est votre année de naissance ?
...
3. Comment décririez-vous votre situation familiale ?
 - Célibataire sans enfant
 - Célibataire avec enfants, en coparentalité ou non
 - Cohabitant(e) avec partenaire sans enfants
 - Cohabitant(e) avec partenaire et enfants en coparentalité ou non (y compris famille recomposée)
 - Cohabitant(e) avec parents
4. Quel est votre diplôme le plus élevé ?
 - Enseignement primaire
 - Enseignement secondaire inférieur
 - Enseignement secondaire supérieur
 - Bachelier (Candidature universitaire ou haute école)
 - Master (Licence universitaire)
 - Doctorat
5. Dans quel secteur travaillez-vous ?
 - Industrie
 - Construction
 - Agriculture
 - Services
 - Enseignement
 - Pouvoirs publics
 - Commerce et vente
 - Horeca et alimentation
 - Logistique et transport
 - Soins de santé
 - Autre secteur :.....
6. Quelle est votre profession ?
 - Manager (p. ex. direction, cadre supérieur)
 - Professions intellectuelles, scientifiques et artistiques (ex. ingénieur, médecin, cadre infirmier, sage-femme, pharmacien, diététicien, enseignant, informaticien, juriste)
 - Techniciens et professions apparentées (p. ex. technicien, personnel de surveillance, pilote, contrôleur aérien, infirmier, opticien, courtier, fonctionnaire, photographe, chef cuisinier)
 - Personnel administratif
 - Personnel de service et vendeurs (p. ex. guide, cuisinier, coiffeur, vendeur, personnel soignant, policier, pompier)
 - Agriculteurs, sylviculteurs et pêcheurs qualifiés
 - Artisans (p. ex. constructeur, plombier, peintre, monteur, boulanger)
 - Employés de machines et d'installations, assembleurs
 - Professions élémentaires (p. ex. aide-ménagère, laveur de voitures, ouvrier non qualifié, éboueur)
 - Professions dans les forces armées

7. Êtes-vous dirigeant(e) ?

- Non
- Oui, de personnel exécutif
- Oui, d'autres cadres + direction

8. Quelle est la taille de l'organisation dans laquelle vous travaillez ? (Nous entendons par là l'organisation dans sa totalité et pas seulement le site)

- Très petite entreprise (< 20 employés)
- Petite entreprise (20-49 employés)
- Moyenne entreprise (50-249 employés)
- Grande entreprise ($\geq$ 250 employés)

9. Quel est votre régime de travail ?

- Temps plein
- Entre temps plein et mi-temps
- Mi-temps
- Moins d'un mi-temps

10. Dans quel système travaillez-vous ?

- Travail de jour (même si travail le week-end en journée)
- Autre régime (équipes, continu, nuit...)

11. Quelle est votre situation ?

- Indépendant(e)
- Employé(e) dans le privé
- Employé(e)/contractuel(le) dans les pouvoirs publics/administration locale

Annexe 7 : Questionnaire : Reprise du travail

1. Êtes-vous à nouveau au travail ?
 - Non => passez à la question 8
 - Oui
2. À quelle date avez-vous repris le travail ?

Jj/mm/aaaa
3. Comment avez-vous repris le travail ?
 - Reprise complète du travail dans la même fonction auprès du même employeur
 - Reprise complète du travail dans une autre fonction auprès du même employeur
 - Reprise partielle du travail dans la même fonction chez le même employeur
 - Reprise partielle du travail dans une autre fonction auprès du même employeur
 - Reprise du travail à temps plein chez un autre employeur
 - Reprise du travail à temps partiel chez un autre employeur
 - J'étais salarié(e) mais j'ai repris le travail en tant qu'indépendant(e)
 - J'étais indépendant(e) et j'ai repris le travail en tant que salarié(e)
4. Si vous avez une nouvelle fonction, un nouvel employeur ou avez commencé en tant qu'indépendant(e), quelle est votre profession ?
 - Manager (p. ex. direction, cadre supérieur)
 - Professions intellectuelles, scientifiques et artistiques (ex. ingénieur, médecin, cadre infirmier, sage-femme, pharmacien, diététicien, enseignant, informaticien, juriste)
 - Techniciens et professions apparentées (p. ex. technicien, personnel de surveillance, pilote, contrôleur aérien, infirmier, opticien, courtier, fonctionnaire, photographe, chef cuisinier)
 - Personnel administratif
 - Personnel de service et vendeurs (p. ex. guide, cuisinier, coiffeur, vendeur, personnel soignant, policier, pompier)
 - Agriculteurs, sylviculteurs et pêcheurs qualifiés
 - Artisans (p. ex. constructeur, plombier, peintre, monteur, boulanger)
 - Employés de machines et d'installations, assembleurs
 - Professions élémentaires (p. ex. aide-ménagère, laveur de voitures, ouvrier non qualifié, éboueur)
 - Professions dans les forces armées
5. Si vous avez une nouvelle fonction, un nouvel employeur ou avez commencé en tant qu'indépendant(e), êtes-vous dirigeant(e) ?
 - Non
 - Oui, de personnel exécutif
 - Oui, d'autres cadres + direction
6. Si vous travaillez chez un nouvel employeur ou avez commencé comme indépendant(e) : Dans quel secteur travaillez-vous ?
 - Industrie
 - Construction
 - Agriculture
 - Services
 - Enseignement
 - Pouvoirs publics
 - Commerce et vente

- Horeca et alimentation
 - Logistique et transport
 - Soins de santé
 - Autre :
7. Si vous travaillez chez un nouvel employeur. Quelle est la taille de cette organisation ? Nous entendons par là l'organisation dans sa totalité et pas seulement le site.
- Très petite entreprise (< 20 employés)
 - Petite entreprise (20-49 employés)
 - Moyenne entreprise (50-249 employés)
 - Grande entreprise (≥ 250 employés)
8. Pourquoi n'avez-vous pas encore recommencé le travail ? (plusieurs options possibles)
- Pour des raisons financières (par ex. plus avantageux financièrement de ne pas travailler)
 - Pas (encore) en mesure de travailler d'un point de vue médical
 - Licenciement pour force majeure médicale
 - Licenciement par l'employeur
 - Démission par l'employé(e) (d'un commun accord ou moyennant prestation d'un préavis)
 - Pas (ou plus) d'autorisation par l'employeur pour un travail adapté (p. ex. reprise progressive)
 - Recyclage en cours - formation sur le lieu de travail
 - Pension imminente (plus de volonté d'investir dans une reprise du travail)
 - Actif/Active dans le bénévolat
 - Autres raisons :

Annexe 8 : Évaluation par le médecin généraliste : fil conducteur

Données administratives

- Le patient a-t-il entre 18 et 65 ans ? NON => stop
- Le patient effectue-t-il un travail rémunéré ? (indépendant, salarié, fonctionnaire permanent) NON => stop
- Au cours des 12 derniers mois, le patient a-t-il reçu un ou plusieurs certificats de maladie en raison de problèmes de burn-out pour une période totale > 4 semaines ? OUI => stop

Anamnèse

- Le patient présente des symptômes d'épuisement mental et/ou physique (p. ex. vertiges, maux de tête, troubles du sommeil, palpitations, douleurs musculaires), troubles du fonctionnement cognitif (p. ex. troubles de la concentration), troubles du fonctionnement émotionnel (p. ex. instabilité émotionnelle), diminution de l'implication vis-à-vis du travail ou des collaborateurs ? NON => stop
- Selon vous, les plaintes sont-elles dues principalement au travail ? NON => stop
- Selon vous, les plaintes sont-elles dues à un harcèlement au travail ? OUI => stop
- Le patient est-il connu pour une dépendance à l'alcool ou à la drogue, une maladie psychiatrique majeure (p. ex. schizophrénie, trouble bipolaire) ? OUI => stop
- Le patient est-il actuellement traité chez un psychologue ? OUI => stop

Certificat de maladie

Les plaintes du patient relatives à un burn-out constituent-elles la raison pour laquelle vous établissez actuellement un certificat médical ? NON => stop

Informations physiques

Des affections physiques sont-elles la cause des problèmes de fatigue (par exemple hypothyroïdie, diabète) ? OUI => stop

Questionnaire

- 4DSQ : score de détresse < 11 => stop

Consentement éclairé

- Le patient est-il prêt à participer à l'étude ? NON => stop
- Le patient est-il prêt à signer le consentement éclairé ? NON => stop

Retour au travail en cas de burn-out

Un projet de recherche mené par la KU Leuven en
collaboration avec l'INAMI



Personnes de contact :

- Prof. Dr Lode Godderis, Groupe de recherche Environnement et Santé ; Kapucijnenvoer 35 blok d - bus 7001 3000 Louvain ; tél. +32 16 37 32 91 ou +32 16 33 70 80 ; fax +32 16 32 69 97 ; e-mail : lode.godderis@kuleuven.be
- Dr Lotje Lambreghts, Groupe de recherche Environnement et Santé ; Kapucijnenvoer 35 blok d - bus 7001 3000 Louvain ; tél. +32 (0)16 39 05 13 ; e-mail : lotje.lambreghts@kuleuven.be

Formulaire d'information et de consentement du participant à l'étude « Retour au travail en cas de burn-out »

Chère Madame,
Cher Monsieur,

Vous êtes invité(e) à participer à une étude visant à déterminer comment aider au mieux les personnes en burn-out dans leur retour au travail. Cette étude est réalisée par la KU Leuven en collaboration avec le Centre d'expertise en matière d'incapacité de travail du service indemnités de l'INAMI.

L'étude sera réalisée conformément à la législation belge en matière de recherche scientifique. La participation est gratuite. Vous pouvez à tout moment vous retirer de cette étude. Nous vous demandons de bien vouloir lire cette lettre d'information avant de décider d'y participer. Vous pouvez toujours poser des questions en cas d'imprécisions ou si vous souhaitez de plus amples informations. Vous trouverez les coordonnées des chercheurs au bas de cette brochure d'information.

Pourquoi cette étude ?

Il ressort des chiffres de l'INAMI que chez plus d'un tiers des personnes en incapacité de travail pendant plus d'un an (pour cause de maladie ou d'accident), des maladies psychiques sont à l'origine de cette incapacité. L'une des affections psychiques pouvant conduire à une longue absence au travail est le burn-out. Les personnes en burn-out sont plus souvent et plus longtemps absentes du travail que les autres et ont plus de risques à long terme de disparaître définitivement du marché du travail. Un accompagnement adéquat des personnes en burn-out dans le cadre de leur retour au travail est donc nécessaire. Mais comment pouvons-nous aider les personnes en burn-out dès le début de leur absence afin qu'elles puissent reprendre ensuite le travail dans les meilleures conditions possibles ? Pour le moment, nous ne savons pas encore quelle est la meilleure approche. La recherche scientifique à ce sujet est limitée et les professionnels de la santé sur le terrain ont parfois des avis divergents. C'est pourquoi cette étude a été lancée fin 2015.

Comment l'étude se déroule-t-elle ?

Afin de savoir quelle est la meilleure approche pour soutenir les personnes en burn-out dans leur retour au travail, nous souhaitons, au cours de cette étude, recueillir des données auprès des personnes en congé de maladie en raison d'un burn-out. Nous collecterons des données relatives à l'accompagnement qu'elles reçoivent pendant leur congé de maladie et à leur retour au travail (lorsqu'elles retournent au travail, chez leur propre employeur ou chez un autre employeur, à temps plein ou à temps partiel). Sur la base de ces données, nous souhaitons voir quels éléments peuvent aider les personnes en burn-out à se remettre au travail.

Pourquoi ai-je été choisi(e) ?

Votre médecin généraliste demandera aux candidats potentiels à l'étude d'y participer. Les conditions de participation sont les suivantes : 1) être âgé(e) de 18 à 65 ans 2) effectuer un travail rémunéré 3) recevoir pour la première fois en 12 mois un certificat médical pour incapacité de travail en raison d'un burn-out. Tant les indépendants que les travailleurs sur le marché privé du travail et les contractuels dans les institutions publiques (= administrations publiques, administrations provinciales, flamandes ou fédérales) peuvent participer. Les fonctionnaires nommés et les statutaires sont exclus de l'étude.

Qu'attend-on de moi ?

Si vous consentez à participer à l'étude, vous devez suivre l'accompagnement proposé par votre médecin traitant. Si vous avez été classé(e) dans le groupe de contrôle, le médecin généraliste vous accompagnera

comme il le ferait si vous ne participiez pas à cette étude. Si vous avez été classé(e) dans le groupe d'intervention, le médecin généraliste vous accompagnera pendant le déroulement d'un trajet de soins (établi pour cette étude) et vous orientera vers un psychologue qui participera également à l'étude. Durant cet accompagnement, il est possible que des informations relatives à l'accompagnement que vous suivez soient échangées entre les prestataires de soins suivants : médecin généraliste, médecin du travail, médecin-conseil de la mutualité, psychologue. Tous ces prestataires de soins sont tenus au secret professionnel et ne transmettent jamais d'informations médicales à des tiers (employeur, par exemple). Par ailleurs, l'équipe de recherche vous enverra un questionnaire par e-mail après 6 semaines, 4, 8 et 12 mois. Dans ce questionnaire, les points suivants seront abordés : caractéristiques de base (âge, sexe, niveau de formation, profession, etc.), facteurs ayant une influence sur la reprise du travail, plaintes psychiques (p. ex. symptômes de burn-out, symptômes dépressifs...), données relatives à la reprise du travail (p. ex. date de reprise du travail, reprise du travail à temps partiel ou à temps plein...). Le questionnaire à remplir au bout de 6 semaines vous prendra environ 25 minutes. Les questionnaires à 4, 8 et 12 mois prendront environ 10 minutes.

Enfin, nous vous demandons de noter un certain nombre de choses, lors de votre accompagnement, dans un carnet qui sera mis à votre disposition : dates auxquelles vous avez rendez-vous avec les prestataires de soins, pourquoi un rendez-vous déterminé n'a pas été suivi, par qui vous avez été renvoyé vers un prestataire de soins déterminé, etc. À la fin de l'étude, l'équipe de recherche vous contactera pour vous demander de vous interviewer concernant l'accompagnement que vous avez reçu (ce qui a bien fonctionné, ce qui a moins bien fonctionné...). Vous êtes alors libre de participer ou non à l'interview.

Suis-je obligé(e) de participer ?

La participation à cette étude est totalement volontaire. En aucun cas, vous ne devez considérer l'approbation de la commission d'éthique Recherche UZ/KU Leuven comme une incitation à participer à l'étude.

Quels sont les inconvénients et les risques potentiels de ma participation ?

La participation ne présente aucun inconvénient. Ne pas participer à cette étude n'aura aucune influence sur le soutien que vous recevrez pendant ou après votre congé de maladie. Si vous participez, les réponses que vous apportez n'auront aucune influence sur le soutien que vous recevez.

Quels sont les avantages potentiels de la participation à l'étude ?

Votre participation ne vous apportera aucun avantage immédiat et vous ne recevrez aucune indemnité pour votre participation (ni frais supplémentaires). Nous espérons toutefois que votre participation à cette étude nous permettra de mieux comprendre comment aider les personnes en burn-out à retrouver un emploi. Vous contribuerez ainsi à améliorer le soutien des patients en burn-out à la reprise du travail.

Qu'en est-il des résultats de l'enquête ?

Les résultats de l'enquête seront rapportés à l'INAMI et dans des publications scientifiques. Votre identité ne sera divulguée dans aucun de ces cas.

Ma participation est-elle confidentielle ?

Votre participation à l'étude signifie que vous acceptez que le médecin généraliste, le psychologue (si vous avez été classé dans le bras d'intervention de l'étude) et le chercheur collectent des données vous concernant et que le donneur d'ordre de l'étude les utilise pour la recherche et dans le cadre de publications scientifiques.

Vous avez le droit de demander au chercheur quelles données il a recueillies à votre sujet et à quel effet elles sont utilisées dans le cadre de l'étude. Ces données concernent votre santé actuelle et votre situation professionnelle. Vous avez le droit de consulter ces données et de les corriger si elles sont erronées².

Le médecin généraliste et (si vous faites partie du groupe d'intervention) le psychologue rassemblent une partie des informations. Ils sont tenus de traiter ces données collectées de manière confidentielle. Cela signifie qu'ils s'engagent à ne jamais divulguer votre nom dans le cadre d'une publication ou d'une conférence et qu'ils encoderont vos données (votre identité sera remplacée par un code d'identification dans l'étude) avant de les transmettre au gestionnaire de la base de données (Dr Sofie Vandenbroeck, Département Environnement et Santé, KU Leuven, donneur d'ordre : KU Leuven).

La base de données ne contiendra jamais une combinaison d'éléments permettant de vous identifier³. Le gestionnaire des données de l'étude désigné par le donneur d'ordre ne pourra pas vous identifier sur la base des données transmises. Cette personne est responsable de la collecte des données recueillies par tous les médecins généralistes et psychologues participant à l'étude et du traitement et de la protection de ces données conformément à la loi belge relative à la protection de la vie privée.

Le médecin généraliste (ou le psychologue si vous faites partie du groupe d'intervention) transmettra vos coordonnées (nom, adresse, adresse e-mail) au Prof. Lode Godderis ou au Dr Lotje Lambreghts du Département Environnement et Santé (KU Leuven). Ils associeront un code à vos coordonnées. Ainsi, le médecin généraliste (et, si vous faites partie du groupe d'intervention, le psychologue) peut transmettre vos données relatives à votre santé et à votre situation professionnelle de façon codée avant que ces données ne soient traitées et enregistrées dans la base de données. Vos coordonnées seront utilisées pour vous fournir les questionnaires en ligne et pour vous inviter à une interview dans une phase ultérieure du projet (vous serez alors libre d'y participer ou non). Le lien entre vos coordonnées et votre code est conservé dans un coffre-fort numérique sécurisé de la KU Leuven⁴. Seuls le Prof. Lode Godderis et le Dr Lotje Lambreghts ont accès à ce coffre-fort numérique. Les réponses que vous introduisez via les questionnaires en ligne ne pourront jamais être liées à vos données personnelles (nom, adresse, adresse e-mail). Un code d'identification est prévu dans ce questionnaire afin que l'enquêteur puisse le relier aux données recueillies par le médecin traitant concernant votre santé et votre situation professionnelle.

Afin de contrôler la qualité de l'étude, vos données peuvent être consultées par des personnes liées au secret professionnel telles que des représentants des comités d'éthique ou du donneur d'ordre de l'étude. Cela ne peut se faire que sous des conditions strictes, sous la responsabilité du chercheur et sous sa surveillance (ou celle de l'un de ses collaborateurs de recherche). Les données de l'étude (codées) peuvent être transmises à des instances de réglementation belges ou autres.

Votre consentement à participer à cette étude signifie donc également que vous acceptez que vos données médicales codées soient utilisées à des fins décrites dans ce formulaire d'information et qu'elles soient transmises aux personnes et/ou institutions susmentionnées.

Le donneur d'ordre s'engage à utiliser les données recueillies uniquement dans le cadre de cette étude.

Si vous retirez votre consentement à participer à l'étude, les données codées déjà collectées avant votre retrait seront conservées. La validité de l'étude est ainsi garantie. Aucune nouvelle donnée ne sera transmise au donneur d'ordre.

Vous trouverez de plus amples informations sur le Règlement général sur la protection des données (RGPD) à l'adresse suivante : gdpr.research@uzleuven.be.

² Ces droits sont déterminés par le Règlement UE 2016/679 (Règlement général sur la protection des données) ou RGPD, la législation belge relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et par la loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient.

³ La base de données reprenant les résultats de l'étude ne contiendra donc pas d'éléments tels que vos initiales, votre sexe et votre date de naissance complète (jj/mm/aaaa).

⁴ La loi impose de conserver ce lien avec votre dossier pendant 20 ans pour les études cliniques.

Vous avez **le droit d'introduire une plainte** sur la manière dont vos informations sont traitées, auprès de l'autorité belge de contrôle responsable du respect de la législation en matière de protection des données :

Autorité de protection des données (APD)

Rue de la Presse 35

1000 Bruxelles

Tél. +32 2 274 48 00

E-mail : contact@apd-gba.be

Site Internet www.autoriteprotectiondonnees.be/

Qui a contrôlé cette étude ?

Cette étude a été approuvée par un comité d'éthique indépendant (Commission d'éthique de Recherche UZ/KU Leuven). En aucun cas, vous ne devez considérer l'approbation par la Commission d'éthique de Recherche UZ/KU Leuven comme une incitation à participer à cette étude.

Suis-je assuré(e) pendant ma participation à cette étude ?

Toute participation à une étude comporte un risque, aussi minime soit-il. Même en l'absence d'erreur, le donneur d'ordre est responsable du dommage subi par le participant ou, en cas de décès, par ses ayants droit, et qui est directement ou indirectement lié à sa participation à l'étude. Vous ne devez pas démontrer d'erreur à cet effet. Le donneur d'ordre a souscrit une assurance pour cette responsabilité (Amlin Insurance SE ; 299.053.700 ; Vanbreda Risk & Benefits SA, Plantin Moretuslei 297, 2140 Anvers).

Merci de lire ces informations. Nous vous remercions d'avance de votre collaboration et de votre soutien dans le cadre de ce projet.

Consentement éclairé « Retour au travail en cas de burn-out »

Je déclare être informé(e) de la nature, de l'objectif, de la durée, des éventuels avantages et risques de l'étude et savoir ce que l'on attend de moi. J'ai pris connaissance du document d'information.

J'ai disposé de suffisamment de temps pour réfléchir et discuter avec une personne que j'ai choisie, comme mon médecin traitant ou un membre de ma famille.

J'ai pu poser toutes les questions souhaitées et j'ai reçu une réponse claire à celles-ci.

Je comprends que ma participation à cette étude est volontaire et que je suis libre de mettre un terme à ma participation à cette étude sans que cela ne nuise à ma relation avec l'équipe thérapeutique responsable de ma santé.

Je comprends que, lors de ma participation à cette étude, des données me concernant seront collectées et que les chercheurs veilleront à la confidentialité de ces données conformément à la législation européenne et belge en la matière.

Je consens au traitement de mes données personnelles selon les modalités décrites dans la rubrique relative à la garantie de la confidentialité. J'autorise également le transfert et le traitement de mes données codées dans d'autres pays que la Belgique.

Je suis d'accord que les chercheurs me contactent à la fin de l'étude pour m'inviter à une interview. Je pourrai alors décider si je souhaite participer à l'interview.

J'ai reçu un exemplaire des informations au participant et du consentement éclairé.

Date :

Nom, prénom et signature du participant :

Adresse e-mail du participant :

Pour toute autre question, vous pouvez vous adresser à :

- Prof. Dr Lode Godderis, Groupe de recherche Environnement et Santé ; Kapucijnenvoer 35 blok d - bus 7001 3000 Louvain ; tél. +32 16 37 32 91 ou +32 16 33 70 80 ; fax +32 16 32 69 97 ; e-mail : lode.godderis@kuleuven.be
- Dr Lotje Lambreghts, Groupe de recherche Environnement et Santé ; Kapucijnenvoer 35 blok d - bus 7001 3000 Louvain ; tél. +32 (0)16 39 05 13 ; e-mail : lotje.lambreghts@kuleuven.be

Annexe 10 : Document à compléter : données cabinet des généralistes

1. Adresse

Nom cabinet :

Rue + n° :

Localité :

Tél. :

Adresse e-mail :

2. Médecins généralistes

Nombre de médecins généralistes (non-MGFP) actifs dans le cabinet (temps plein ou temps partiel) :

Nombre de MGFP actifs dans le cabinet (temps plein ou temps partiel) :

3. Population de patients

Laquelle des 2 catégories ci-dessous constitue-t-elle la majeure partie de la population de patients du cabinet (indiquer la bonne catégorie) :

- patients âgés de 18 à 65 ans (« actifs professionnels »)
- patients âgés de moins de 18 ans et de plus de 65 ans (hors âge « actif »)

4. Références à The Human Link of Huis voor Veerkracht/Reboarding

Dans votre cabinet de médecins généralistes, les patients en (suspçon de) burn-out sont-ils renvoyés aux psychologues de The Human Link ou Huis voor veerkracht/Reboarding ? (indiquer une seule possibilité de réponse) :

- non, cela n'a jamais été fait
- oui, une minorité des patients en (suspçon de) burn-out sont renvoyés par notre cabinet à ces psychologues
- oui, une majorité des patients en (suspçon de) burn-out sont renvoyés par notre cabinet à ces psychologues
- oui, les patients en (suspçon de) burn-out sont (presque) toujours renvoyés par notre cabinet à ces psychologues

Annexe 11 : **Note psychologue si aucun accompagnement n'est entamé**

Objet : *(nom + date de naissance client)*

À l'attention de :

médecin généraliste : *(nom + lieu d'établissement du médecin traitant)*

Cher Docteur,

Le *(date)*, j'ai vu en entretien *(nom client)*. Vous m'avez envoyé cette personne dans le cadre du projet de recherche « Réinsertion professionnelle des personnes en burn-out », un projet de recherche de la KU Leuven en collaboration avec l'INAMI.

Par la présente, je tiens à vous informer que la personne susmentionnée (après évaluation minutieuse) n'entre pas en ligne de compte pour le projet de recherche, pour la raison suivante :

(pas de burn-out mais autre problématique présente, le client a repris le travail entre-temps...)

Les accords suivants ont été pris avec votre patient : *(suivi ultérieur ou non chez le psychologue, consultation d'un psychiatre conseillée...)*

Je reste à votre disposition pour toute concertation à propos de cette personne.

Meilleures salutations,

(nom et coordonnées du psychologue)

Pour toute question relative au projet de recherche « Réinsertion professionnelle des personnes en burn-out » : <https://www.werkenburnout.be/fr>, personne de contact : Lotje Lambreghts

Annexe 12 : **Note psychologue (travailleur)**

Objet : (nom + date de naissance client)

À l'attention de :

- 1) médecin généraliste : (nom + lieu d'établissement du médecin traitant)
- 2) médecin du travail : (nom du service interne/externe pour la prévention et la protection au travail)
- 3) médecin conseil : (nom mutualité)

Cher Docteur,

Le (date), j'ai vu en entretien (nom client). Cette personne m'a été envoyée par le médecin généraliste dans le cadre du projet de recherche « Réinsertion professionnelle des personnes en burn-out », un projet de recherche de la KU Leuven en collaboration avec l'INAMI. Vous trouverez de plus amples informations sur ce projet sur <https://www.werkenburnout.be/fr>.

Par la présente, je tiens à vous informer qu'un burn-out a été constaté chez la personne susmentionnée et qu'un trajet de soins est lancé (avec l'accord de l'intéressé) dans le cadre du projet de recherche. Dans ce trajet de soins, les personnes en burn-out (en plus du suivi par le médecin généraliste) seront accompagnées par un psychologue et soutenues dans le cadre de la préparation de leur reprise du travail. Dans quelque temps, je vous enverrai un rapport sur l'évolution de la personne susmentionnée afin de préparer, en concertation avec vous, la reprise du travail de l'intéressé.

Je reste à votre disposition pour toute concertation à propos de cette personne.

Meilleures salutations,

(nom et coordonnées du psychologue)

Pour toute question relative au projet de recherche « Réinsertion professionnelle des personnes en burn-out » : werkenburn-out@kuleuven.be, personne de contact : Lotje Lambreghts

Annexe 13 : **Note psychologue (indépendant)**

Objet : *(nom + date de naissance client)*

À l'attention de :

- 1) médecin généraliste : *(nom + lieu d'établissement du médecin traitant)*
- 2) médecin conseil : *(nom mutualité)*

Cher Docteur,

Le (*date*), j'ai vu en entretien (*nom client*). Cette personne m'a été envoyée par le médecin généraliste dans le cadre du projet de recherche « Réinsertion professionnelle des personnes en burn-out », un projet de recherche de la KU Leuven en collaboration avec l'INAMI. Vous trouverez de plus amples informations sur ce projet sur <https://www.werkenburnout.be/fr>.

Par la présente, je tiens à vous informer qu'un burn-out a été constaté chez la personne susmentionnée et qu'un trajet de soins est lancé (avec l'accord de l'intéressé) dans le cadre du projet de recherche. Dans ce trajet de soins, les personnes en burn-out (en plus du suivi par le médecin généraliste) seront accompagnées par un psychologue et soutenues dans le cadre de la préparation de leur reprise du travail. Dans quelque temps, je vous enverrai un rapport sur l'évolution de la personne susmentionnée afin de préparer, en concertation avec vous, la reprise du travail de l'intéressé.

Je reste à votre disposition pour toute concertation à propos de cette personne.

Meilleures salutations,

(nom et coordonnées du psychologue)

Pour toute question relative au projet de recherche « Réinsertion professionnelle des personnes en burn-out » : werkenburn-out@kuleuven.be, personne de contact : Lotje Lambreghts

Annexe 14 : Rapport psychologue (travailleur)

Objet : (nom + date de naissance client)

À l'attention de :

- 1) médecin généraliste : (nom + lieu d'établissement du médecin traitant)
- 2) médecin du travail : (nom du service interne/externe pour la prévention et la protection au travail)
- 3) médecin conseil : (nom mutualité)

Cher Docteur,

Le (date), j'ai vu pour la première fois (nom client) pour un entretien dans le cadre du projet de recherche « Réinsertion professionnelle des personnes en burn-out », un projet de recherche de la KU Leuven en collaboration avec l'INAMI. (Vous trouverez de plus amples informations sur ce projet sur <https://www.werkenburnout.be/fr>.)

Par la présente, je souhaite vous informer (avec l'accord de la personne concernée) qu'un trajet de soins a été mis en place chez la personne susmentionnée dans le cadre du projet de recherche. L'accompagnement psychologique pendant ce trajet de soins s'est jusqu'à présent déroulé comme suit :

(brève description du déroulement de l'accompagnement psychologique : nombre de séances jusqu'à présent, points sur lesquels on a travaillé, évolution...)

Pour préparer la reprise du travail, les points suivants ont été discutés/planifiés :

(brève description de la piste actuellement explorée : une idée quant à la reprise du travail chez son propre employeur ou non, des accords déjà planifiés ou non (par ex. chez le médecin du travail, le supérieur, les RH, le centre de carrière/l'accompagnement de carrière...), des accords complémentaires planifiés dans le secteur curatif : psychiatre, médecin généraliste, etc. avant que la préparation de la reprise du travail ne commence)

Je suis disposé(e) à poursuivre la concertation concernant la reprise du travail de la personne susmentionnée.

Meilleures salutations,

(nom et coordonnées du psychologue)

Pour toute question relative au projet de recherche « Réinsertion professionnelle des personnes en burn-out » : werkenburn-out@kuleuven.be, personne de contact : Lotje Lambreghts

Annexe 15 : **Rapport psychologue (indépendant)**

Objet : (nom + date de naissance client)

À l'attention de :

- 1) médecin généraliste : (nom + lieu d'établissement du médecin traitant)
- 2) médecin conseil : (nom mutualité)

Cher Docteur,

Le (date), j'ai vu pour la première fois (nom client) pour un entretien dans le cadre du projet de recherche « Réinsertion professionnelle des personnes en burn-out », un projet de recherche de la KU Leuven en collaboration avec l'INAMI. (Vous trouverez de plus amples informations sur ce projet sur <https://www.werkenburnout.be/fr>.)

Par la présente, je souhaite vous informer (avec l'accord de la personne concernée) qu'un trajet de soins a été mis en place chez la personne susmentionnée dans le cadre du projet de recherche. L'accompagnement psychologique pendant ce trajet de soins s'est jusqu'à présent déroulé comme suit :

(brève description du déroulement de l'accompagnement psychologique : nombre de séances jusqu'à présent, points sur lesquels on a travaillé, évolution...)

Pour préparer la reprise du travail, les points suivants ont été discutés/planifiés :

(brève description de la piste actuellement explorée : une idée quant à la reprise du travail sur le lieu de travail d'origine ou non, des accords déjà planifiés ou non (p. ex. en cas de centre de carrière/accompagnement de carrière, etc.), des accords complémentaires planifiés dans le secteur curatif : psychiatre, médecin généraliste, etc. avant de commencer la préparation de la reprise du travail)

Je suis disposé(e) à poursuivre la concertation concernant la reprise du travail de la personne susmentionnée.

Meilleures salutations,

(nom et coordonnées du psychologue)

Pour toute question relative au projet de recherche « Réinsertion professionnelle des personnes en burn-out » : werkenburn-out@kuleuven.be, personne de contact : Lotje Lambreghts

Annexe 16 : **Rapport final psychologue (travailleur)**

Objet : (nom + date de naissance client)

À l'attention de :

- 4) médecin généraliste : (nom + lieu d'établissement du médecin traitant)
- 5) médecin du travail : (nom du service interne/externe pour la prévention et la protection au travail)
- 6) médecin conseil : (nom mutualité)

Cher Docteur,

Le (date), j'ai vu pour la première fois (nom client) pour un entretien dans le cadre du projet de recherche « Réinsertion professionnelle des personnes en burn-out », un projet de recherche de la KU Leuven en collaboration avec l'INAMI. (Vous trouverez de plus amples informations sur ce projet sur <https://www.werkenburnout.be/fr>.)

Par la présente, je souhaite vous informer (avec l'accord de la personne concernée) que la personne susmentionnée a entre-temps clôturé 10 séances d'accompagnement psychologique chez moi. La situation actuelle est la suivante :

- L'accompagnement psychologique dans le cadre du projet de recherche est terminé. En dehors du cadre du projet de recherche, la personne susmentionnée poursuivra/ne poursuivra pas un accompagnement psychologique chez moi (*biffer la mention inutile*).
- (brève description du déroulement de l'accompagnement psychologique : points sur lesquels on a travaillé, évolution...)
- (brève description des démarches/actions entreprises en vue de la reprise du travail, qui a été contacté pour préparer la reprise du travail...)
- (brève description de la reprise du travail : reprise ou non du travail, sur le lieu de travail d'origine ou non, reprise du travail à temps partiel ou non, étapes ultérieures qui doivent encore être entreprises, accords conclus avec le client concernant l'avenir...)

Je suis disposé(e) à poursuivre la concertation concernant la reprise du travail de la personne susmentionnée.

Meilleures salutations,

(nom et coordonnées du psychologue)

Pour toute question relative au projet de recherche « Réinsertion professionnelle des personnes en burn-out » : werkenburn-out@kuleuven.be , personne de contact : Lotje Lambreghts

Annexe 17 : **Rapport final psychologue (indépendant)**

Objet : (nom + date de naissance client)

À l'attention de :

- 7) médecin généraliste : (nom + lieu d'établissement du médecin traitant)
- 8) médecin conseil : (nom mutualité)

Cher Docteur,

Le (date), j'ai vu pour la première fois (nom client) pour un entretien dans le cadre du projet de recherche « Réinsertion professionnelle des personnes en burn-out », un projet de recherche de la KU Leuven en collaboration avec l'INAMI. (Vous trouverez de plus amples informations sur ce projet sur <https://www.werkenburnout.be/fr>.)

Par la présente, je souhaite vous informer (avec l'accord de la personne concernée) que la personne susmentionnée a entre-temps clôturé 10 séances d'accompagnement psychologique chez moi. La situation actuelle est la suivante :

- L'accompagnement psychologique dans le cadre du projet de recherche est terminé. En dehors du cadre du projet de recherche, la personne susmentionnée poursuivra/ne poursuivra pas un accompagnement psychologique chez moi (*biffer la mention inutile*).
- (brève description du déroulement de l'accompagnement psychologique : points sur lesquels on a travaillé, évolution...)
- (brève description des démarches/actions entreprises en vue de la reprise du travail, qui a été contacté pour préparer la reprise du travail...)
- (brève description de la reprise du travail : reprise ou non du travail, sur le lieu de travail d'origine ou non, reprise du travail à temps partiel ou non, étapes ultérieures qui doivent encore être entreprises, accords conclus avec le client concernant l'avenir...)

Je suis disposé(e) à poursuivre la concertation concernant la reprise du travail de la personne susmentionnée.

Meilleures salutations,

(nom et coordonnées du psychologue)

Pour toute question relative au projet de recherche « Réinsertion professionnelle des personnes en burn-out » : werkenburn-out@kuleuven.be, personne de contact : Lotje Lambreghts

Annexe 18 : **Document à compléter consultations médecin généraliste (bras d'intervention)**

Si la participation à l'étude est arrêtée, veuillez compléter les données suivantes :

- date à laquelle la participation à l'étude a pris fin :
- personne à l'initiative de laquelle la participation a pris fin :
- motif d'arrêt de la participation à l'étude :

Consultation

Date : ...

Durée de la séance : ...

Contact avec un autre prestataire de soins/l'intéressé :

- Psychologue OUI/NON
- Psychiatre OUI/NON
- Médecin du travail OUI/NON
- Médecin-conseil mutualité OUI/NON
- Accompagnateur de carrière OUI/NON
- Supérieur OUI/NON
- Employeur OUI/NON
- HRM OUI/NON
- Autre, à savoir : ...

À l'initiative de qui ce contact a-t-il eu lieu ? J'ai pris contact avec l'autre prestataire de soins/la personne concernée OU l'autre prestataire de soins/la personne concernée m'a contacté

De quelle manière ce contact a-t-il eu lieu :

- Par téléphone
- Par e-mail
- Par courrier
- Autre, à savoir : ...

Questions prioritaires/remarques/suggestions (positives ou négatives) pour l'avenir/concernant la mise en œuvre du trajet de soins dans la pratique : ...

Annexe 19 : **Document à compléter séances psychologiques (bras d'intervention)**

Si la participation à l'étude est arrêtée avant 10 séances (et après au moins une séance), veuillez compléter les données suivantes :

- date à laquelle la participation à l'étude a pris fin :
- personne à l'initiative de laquelle la participation a pris fin :
- motif d'arrêt de la participation à l'étude :

Séance

Date : ...

Durée de la séance : ...

Contact avec un autre prestataire de soins/l'intéressé :

- Médecin généraliste OUI/NON
- Psychiatre OUI/NON
- Médecin du travail OUI/NON
- Médecin-conseil mutualité OUI/NON
- Accompagnateur de carrière OUI/NON
- Supérieur OUI/NON
- Employeur OUI/NON
- HRM OUI/NON
- Autre, à savoir : ...

À l'initiative de qui ce contact a-t-il eu lieu ? J'ai pris contact avec l'autre prestataire de soins/la personne concernée OU l'autre prestataire de soins/la personne concernée m'a contacté

De quelle manière ce contact a-t-il eu lieu :

- Par téléphone
- Par e-mail
- Par courrier
- Autre, à savoir : ...

Questions prioritaires/remarques/suggestions (positives ou négatives) pour l'avenir/concernant la mise en œuvre du trajet de soins dans la pratique : ...

Annexe 20 : **Document à compléter consultations médecin généraliste (bras de contrôle)**

Si la participation à l'étude est arrêtée, veuillez compléter les données suivantes :

- date à laquelle la participation à l'étude a pris fin :
- personne à l'initiative de laquelle la participation a pris fin :
- motif d'arrêt de la participation à l'étude :

Consultation

Date : ...

Durée de la séance : ...

Contact avec un autre prestataire de soins/l'intéressé :

- Psychologue OUI/NON
- Psychiatre OUI/NON
- Médecin du travail OUI/NON
- Médecin-conseil mutualité OUI/NON
- Accompagnateur de carrière OUI/NON
- Supérieur OUI/NON
- Employeur OUI/NON
- HRM OUI/NON
- Autre, à savoir : ...

À l'initiative de qui ce contact a-t-il eu lieu ? J'ai pris contact avec l'autre prestataire de soins/la personne concernée OU l'autre prestataire de soins/la personne concernée m'a contacté

De quelle manière ce contact a-t-il eu lieu :

- Par téléphone
- Par e-mail
- Par courrier
- Autre, à savoir : ...

8. REFERENCES

1. OECD. (2010), *Sickness, Disability and Work: Breaking the Barriers: A Synthesis of Findings across OECD Countries*, OECD Publishing, Paris.
2. European Foundation for Improving of Living and Working Conditions (2004). 'Illness, disability and social inclusion', Employment and disability: Back to work strategies.
3. Taris, T. (2013). Burnout: De stand van zaken. *Tijdschrift Voor Arbeidsvraagstukken*, 29(3), 241-257.
4. Ahola K., Kivimäki M., Honkonen T., Virtanen M., Koskinen S., Vahtera J., & Lönnqvist J. (2008). Occupational burnout and medically certified sickness absence: A population-based study of Finnish employees. *Journal of Psychosomatic Research*, 64(2), 185-193.
5. Ahola K., Toppinen-Tanner S., Huuhtanen P., Koskinen A., & Väänänen A. (2009). Occupational burnout and chronic work disability: An eight-year cohort study on pensioning among Finnish forest industry workers. *Journal of Affective Disorders*, 115(1-2), 150-159.
6. Blonk R., Brenninkmeijer V., Lagerveld S., Houtman I. (2006). Return to work: a comparison of two cognitive behavioural interventions in cases of work-related psychological complaints among the self-employed. *Work Stress*, 20(2), 129-144.
7. de Vente W., Kamphuis J.H., Emmelkamp P.M., Blonk R.W. (2008). Individual and group cognitive-behavioral treatment for work-related stress complaints and sickness absence: a randomized controlled trial. *Journal of Occupational Health Psychology*, 13(3), 214-231.
8. Stenlund T., Ahlgren C., Lindahl B., Burell G., Steinholtz K., Edlund C., Nilsson L., Knutsson A., Slunga B.L. (2009). Cognitively oriented behavioral rehabilitation in combination with Qigong for patients on long-term sick leave because of burnout: REST-a randomized clinical trial. *International Journal of Behavioral Medicine*, 16, 294-303.
9. Grossi G., Santell B. (2009). Quasi-experimental evaluation of a stress management programme for female county and municipal employees on long-term sick leave due to work-related psychological complaints. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 41(8), 632-638.
10. Karlson B., Jönsson P., Pålsson B., Åbjörnsson G., Malmberg B., Larsson B., Österberg K. (2010). Return to work after a workplace-oriented intervention for patients on sick-leave for burnout—a prospective controlled study. *BMC Public Health*, 10, 301.
11. Netterstrøm B., Bech P. (2010). Effect of a multidisciplinary stress treatment programme on the return to work rate for persons with work-related stress. A non-randomized controlled study from a stress clinic. *BMC Public Health*, 10, 658.
12. Sandahl C., Lundberg U., Lindgren A., Rylander G., Herlofson J., Nygren Å., Åsberg M. (2011). Two forms of group therapy and individual treatment of work-related depression: a one-year follow-up study. *International Journal of Group Psychotherapy*, 61(4), 538-555.
13. Willert M., Thulstrup A., Bonde J. (2011). Effects of a stress management intervention on absenteeism and return to work - results from a randomized wait-list controlled trial. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, 37(3), 186-195.
14. Houtman L., Schaufeli W., Taris T. (2000). Psychische vermoeidheid en werk. Alphen aan den Rijn: Samsom.
15. Anema J.R., Jettinghoff K., Houtman I.L.D., Schoemaker C.G., Buijs P.C., Van den Berg R. (2006). Medical care of employees long-term sick listed due to mental health problems: a cohort study to describe and compare the care of the occupational physician and the general practitioner. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 16, 41-52.
16. Vanmeerbeek M., Govers P., Schippers N., Rieppi S., Mortelmans K., Mairiaux P. (2016) Searching for consensus among physicians involved in the management of sick-listed workers in the Belgian health care sector: a qualitative study among practitioners and stakeholders. *BMC Public Health* 16, 164.
17. Vanhaecht K., Van Gerven E., Deneckere S., Lodewijckx C., Panella M., Vleugels A., Sermeus W. (2011). 7-fasenmodel voor de ontwikkeling, implementatie, evaluatie en continue opvolging van zorgpaden. *Tijdschrift Voor Geneeskunde*, 67(10), 473-481.
18. Goderis G., Van Casteren V., Declercq E., Bossuyt N., Van Den Broeke C., Vanthomme K., Moreels S., Nobels F., Mathieu C., Buntinx F. (2015). Care trajectories are associated with quality improvement in the treatment of patients with uncontrolled type 2 diabetes: A registry based cohort study. *Primary Care Diabetes*, 9(5), 354-361.
19. Vandenbroeck S., Vanbelle E., De Witte H., Moerenhout E., Sercu M., De Man H., Vanhaecht K., Van Gerven E., Sermeus W., Godderis L. (2012). Onderzoek naar de arbeidsbeleving bij artsen en verpleegkundigen in België In opdracht van de FOD volksgezondheid en de FOD werkgelegenheid – KU Leuven en IDEWE
20. Tiedtke C., Donceel P., Knops L., Désiron H., Dierckx de Casterlé B., de Rijk A. (2012). Supporting return-to-work in the face of legislation: Stakeholders' experiences with return-to-work after breast cancer in Belgium. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 22(2), 241-251.
21. Désiron H., Donceel P., de Rijk A., Van Hoof E. (2013). A conceptual-practice model for occupational therapy to facilitate return to work in breast cancer patients. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 23(4), 516-26.
22. Willert, M., Thulstrup, A., & Bonde, J. (2011). Effects of a stress management intervention on absenteeism and return to work - results from a randomized wait-list controlled trial. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, 37(3), 186-95.
23. Hozo S., Djulbegovic B., and Hozo I. (2005). Estimating the mean and variance from the median, range, and the size of a sample. *BMC Med Res Methodol*, 20(5),13.
24. Schaufeli W., van Dierendonck D. (2001). Utrechtse Burnout Schaal (UBOS). *De Psycholoog*, 36,9-12.

25. Maslach C. & Jackson S.E. (1986). Maslach Burnout Inventory: Manual (2nd ed.). Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
26. Terluin B. (1996). De Vierdimensionale Klachtenlijst (4DKL) - Een vragenlijst voor het meten van distress, depressie, angst en somatisatie. *Huisarts Wet*, 39(12),538-547.
27. Mairiaux PD, A. Duchesnes, D. Vandenbroeck, S. Godderis, L. (2015). Ontwikkeling van een instrument voor identificatie van de personen met een verhoogde kans op een geslaagde socio-professionele re-integratie. Brussel: Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering, RIZIV.
28. Does A.J.W.vd. (2002) Handleiding bij de Nederlandse versie van Beck Depression Inventory - second edition (BDI - II - NL). Amsterdam, Pearson.