

# BURNOUT ET DÉPRESSION, ENTRE NORMAL ET PATHOLOGIQUE ? HISTOIRE D'UNE DIFFÉRENCIATION HASARDEUSE

## RÉSUMÉ

Initialement décrit en psychologie dans les années 1970, le « syndrome du burnout » est demeuré difficile à caractériser. En particulier, la possibilité de distinguer le burnout des syndromes dépressifs, sous leurs formes cliniques et subcliniques, est restée controversée. Dans ce chapitre, nous présentons une analyse logique de la distinction burnout-dépression, une synthèse des études empiriques les plus récentes portant sur cette distinction, et une réflexion sur la genèse du concept de burnout. L'état actuel de l'art suggère que burnout et dépression ne sont distincts ni sur le plan de leur étiologie ni sur le plan de leurs symptômes. Il s'avère en outre que l'idée selon laquelle le burnout serait singularisé par son caractère « lié au travail » est infondée et nosologiquement inopérante. Notre examen de la genèse du burnout révèle des failles méthodologiques profondes dans l'élaboration initiale du concept. Le burnout pourrait ainsi ne renvoyer à aucun phénomène unifié ou différencié. Nous étayons ici l'hypothèse que la persistance dans le temps de la distinction burnout-dépression a partie liée avec un défaut d'articulation, dans le champ d'étude du burnout, des approches dimensionnelle et catégorielle de la psychopathologie.

Mots-clés : *burnout, dépression, épistémologie, méthodologie, psychopathologie*

« La connaissance ne peut laisser subsister de mobiles que le plaisir et le déplaisir, l'utilité et le détri-  
ment (...). »

Friedrich Nietzsche (1988 [1878], p. 58)

« Quand il n'existe pas d'échappement possible à l'agression psychosociale, un état dépressif est souvent constaté. On a décrit de multiples formes étiologiques à la dépression. On peut considérer qu'elle résulte avant tout de l'impossibilité de satisfaire, par l'action gratifiante, la recherche du plaisir. »

Henri Laborit (1974, pp. 84-85)

« The loss of gratification is such a pervasive process among depressives that many patients regard it as the central feature of their illness. »

Aaron T. Beck et Brad A. Alford (2009, p. 19)

« Common to most evolutionary theories of depression is the view that loss of control over aversive events and/or major resources/rewards exerts downward pressure on positive affect. Social theories, however, suggest that it is loss of control over the social environment that is particularly depressogenic. »

Paul Gilbert (2006, p. 287)

« (...) although severe stressors have been generally linked to increased risk of depression, chronic stressors and events characterized by perceived (a) lack of control, (b) inability to escape or resolve the aversive situation (e.g., entrapment), or (c) loss of status (e.g., humiliation) appear to be particularly depressogenic (...). »

Diego A. Pizzagalli (2014, p. 406)

« It is impossible to understand either the biology or psychology of major depressions without recognizing the critical role played in the disease by stress. »

Robert M. Sapolsky (2004, p. 271)

## 1. INTRODUCTION

Le syndrome d'épuisement professionnel, ou burnout, a été initialement décrit en psychologie il y a une quarantaine d'années (Freudenberger, 1974 ; Maslach, 1976 ; Maslach, Schaufeli, & Leiter, 2001 ; Schaufeli & Enzmann, 1998)<sup>1</sup>. Si le burnout a suscité un intérêt scientifique et médical – mais aussi public et médiatique – croissant au fil des décennies (Michel, 2016 ; Schaufeli, Leiter, & Maslach, 2009), la caractérisation du syndrome est demeurée problématique (Bianchi, Schonfeld, & Laurent, 2015a, 2015b, 2015c ; Cox, Tisserand, & Taris, 2005 ; Leone, Wessely, Huibers, Knottnerus, & Kant, 2010 ; Weber & Jaekel-Reinhard, 2000). En particulier, la singularité du burnout vis-à-vis des syndromes dépressifs, cliniques et subcliniques, est restée controversée (Bianchi et al., 2015b, 2015c ; Meier, 1984 ; Schonfeld, 1991 ; Shirom, 2005 ; Taris, 2006). L'objectif du présent chapitre est d'examiner la validité du concept de burnout par le prisme de la distinction entre burnout et dépression. Cet examen spécifique participe d'un questionnaire plus large (a) du respect du principe de parcimonie conceptuelle en psychologie (Cole, Walter, Bedeian, & O'Boyle, 2012 ; Le, Schmidt, Harter, & Lauver, 2010 ; Taris, 2006) et (b) du lien, teinté de tension, unissant normal et pathologique dans cette même discipline.

La possibilité de distinguer le burnout de la dépression sera ici questionnée sur un double plan, logique et empirique. Notre but n'est pas de proposer une revue exhaustive de la littérature dédiée au recouvrement burnout-dépression, ce travail ayant déjà été réalisé ailleurs (Bianchi et al., 2015b), mais d'aborder quelques-uns des problèmes nodaux associés à ce chevauchement conceptuel. Une attention particulière sera portée à la genèse du burnout, les conditions de production du concept éclairant l'état actuel de l'art sur la distinction burnout-dépression. Nous étudierons l'hypothèse que la tendance persistante à considérer le burnout comme distinct de la dépression a partie liée avec un défaut d'articulation, dans le champ d'étude du burnout, des approches dimensionnelle et catégorielle de la psychopathologie, approches traditionnellement associées à la psychologie et à la psychiatrie, respectivement (Pickles & Angold, 2003). Nous débutons ce chapitre par une présentation de la dépression et du burnout.

<sup>1</sup> Près d'une quinzaine d'années plus tôt en France, Veil (1959) décrivait des états d'épuisement professionnel dans un cadre psychiatrique.

## 2. QU'EST-CE QUE LA DÉPRESSION ?

La dépression est une pathologie vraisemblablement aussi ancienne que l'humanité elle-même, dont on trouve déjà des descriptions, par exemple, dans les récits bibliques (Kapusta & Frank, 1977). La dépression a été appréhendée sur des modes variés à travers les âges, en fonction des contextes socio-historiques et des bains culturels (Lawlor, 2012). L'acception moderne du terme « dépression » est liée à l'essor de la psychiatrie au XIX<sup>e</sup> siècle (Paykel, 2008). Le *manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* s'est progressivement imposé au cours de la seconde partie du XX<sup>e</sup> siècle comme le système de classification de référence pour définir la dépression au plan clinique et dans la recherche (American Psychiatric Association [APA], 2013 ; Ingram & Siegle, 2009). L'épisode dépressif caractérisé y est défini par les neuf symptômes suivants : anhédonie (i.e., perte d'intérêt et de plaisir), humeur dépressive, perturbation de l'appétit et/ou du poids, insomnie ou hypersomnie, agitation ou ralentissement psychomoteur, fatigue ou perte d'énergie, sentiment d'inutilité et/ou de culpabilité, difficultés de concentration et/ou de prise de décision, et idéation suicidaire. Pour qu'un épisode dépressif caractérisé soit diagnostiqué, au moins cinq de ces neuf symptômes doivent avoir été présents durant deux semaines consécutives ; l'un des cinq symptômes doit être l'anhédonie ou l'humeur dépressive. Les symptômes et troubles dépressifs peuvent varier grandement en intensité, fréquence et durée. De plus, différents sous-types de dépression ont été répertoriés à ce jour, sur la base de profils neurobiologiques et de réponses aux antidépresseurs spécifiques. Par exemple, la dépression mélancolique a été décrite comme un trouble hypercortisolémique, répondant aux antidépresseurs tricycliques (ATC), tandis que la dépression atypique<sup>2</sup> a été décrite comme un trouble hypocortisolémique, ne répondant pas aux ATC (APA, 2013 ; Beck & Alford, 2009 ; Cristancho et al., 2011 ; Gold & Chrousos, 2002). Au-delà de l'épisode dépressif caractérisé, différents troubles dépressifs de moindre sévérité ont été décrits, comme le trouble dépressif persistant (dysthymie), perdurant sur un minimum de deux ans et impliquant, en sus de l'humeur dépressive, des cri-

<sup>2</sup> Le terme « atypique » ne fait pas référence à une présentation clinique inhabituelle (APA, 2013). La dépression atypique est une forme de dépression fréquemment rencontrée (Blanco et al., 2012 ; Matza, Revicki, Davidson, & Stewart, 2003). Cette forme de dépression est dite atypique par rapport à la dépression mélancolique, décrite plus tôt en psychiatrie (Cristancho, O'Reardon, & Thase, 2011).

tères diagnostiques tels qu'une faible estime de soi et des sentiments de désespoir chroniques (APA, 2013). Le spectre des troubles dépressifs est ainsi marqué par une grande hétérogénéité (voir aussi Klein & Kotov, in press, et Rush, 2007).

La méthode privilégiée pour identifier les cas de dépression est l'entretien clinique structuré, lequel mobilise l'expertise du clinicien-investigateur (e.g., *Structured Clinical Interview for DSM-IV-TR Axis I Disorders, Research Version, Patient Edition* ; First, Spitzer, Gibbon M., & Williams, 2002). Le questionnaire auto-administré est couramment utilisé pour étudier les formes subcliniques de dépression dans lesquelles les symptômes dépressifs peuvent s'exprimer à plus bas bruit ou ne pas être réunis en assez grand nombre pour justifier un diagnostic formel malgré la présence des caractéristiques dépressives cardinales que sont l'anhédonie et l'humeur dépressive (Ingram & Siegle, 2009 ; Nezu, Nezu, Friedman, & Lee, 2009). Les formes subcliniques de dépression sont l'objet d'une grande attention en raison de leur impact négatif significatif sur la santé (e.g., Cuijpers et al., 2013 ; Gotlib, Lewinsohn, & Seeley, 1995). Les échelles de dépression requièrent généralement que le répondant rapporte les symptômes éprouvés sur la ou les deux semaine(s) ayant précédé la passation (Nezu et al., 2009).

Si l'étiologie de la dépression a souvent été qualifiée de multifactorielle, le stress insoluble, aigu comme chronique, joue un rôle clé dans celle-ci (Allen & Badcock, 2006 ; Chrousos, 2009 ; Cohen, Janicki-Deverts, & Miller, 2007 ; Colman et al., 2014 ; Hill, Hellems, Verma, Gorzalka, & Weinberg, 2012 ; Kendler, Gardner, & Prescott, 2002, 2006 ; Nesse, 2000) et apparaît comme le facteur unificateur de cette diversité étiologique apparente (Ilardi, 2013 ; Laborit, 1974, 1986 ; Pizzagalli, 2014 ; Sapolsky, 2004, 2015).<sup>3</sup> Il est probable que les variations observées dans les formes prises par les syndromes dépressifs soient liées à la durée et l'intensité des expériences de stress insoluble faites par l'individu, ainsi qu'au(x) stade(s) du développement (e.g., phases pré et périnatales, enfance, adolescence, âge adulte, grand âge) au(x)quel(s) ces expériences interviennent. Si le stress s'avère dépressogène d'une manière générale, il est à noter que le stress professionnel a été spécifiquement lié à l'occurrence de symptômes et de troubles dépressifs (e.g., Niedhammer, Malard, & Chastang, 2015 ; Rydmark et al., 2006 ; Wang, 2005 ; pour des

<sup>3</sup> Comme le note Sapolsky (2004, p. 305), « genes that predispose to depression only do so in a stressful environment » (voir aussi Caspi et al., 2003, et Gotlib, Joormann, Minor, & Hallmayer, 2008).

revues de la littérature : Netterstrøm et al., 2008 ; Stansfeld & Candy, 2006 ; Tennant, 2001).

Le lien entre l'altération de la réponse de stress<sup>4</sup> de l'organisme en cas de stress insoluble et l'émergence de symptômes dépressifs est robustement établi (Gold, Machado-Vieira, & Pavlatou, 2015 ; Nestler, Barrot, DiLeone, Eisch, Gold, & Monteggia, 2002 ; Sapolsky, 2004 ; Strohle & Holsboer, 2003 ; Thase, 2009 ; Willner, Scheel-Krüger, & Belzung, 2013). Les troubles dépressifs ont été associés à une charge allostatique<sup>5</sup> élevée, la charge allostatique constituant un indicateur synthétique du coût biologique cumulé, à l'échelle de la vie, de l'adaptation de l'organisme à l'adversité de son environnement (Ganzel, Morris, & Wethington, 2010 ; McEwen, 2003 ; Schulkin, 2004 ; Sterling & Eyer, 1988). L'anhédonie et l'humeur dépressive, symptômes les plus fréquemment rapportés dans la dépression (Beck & Alford, 2009 ; Sapolsky, 2004), apparaissent comme le reflet d'une impossibilité pour l'individu d'agir de manière gratifiante (i.e., neurobiologiquement, d'activer sa circuiterie de la récompense ; Bewernick et al., 2010 ; Haber & Knutson, 2009 ; Nestler & Carlezon, 2006 ; Schlaepfer, Bewernick, Kayser, Hurlmann, & Coenen, 2014), une action gratifiante en situation de stress étant une action permettant la neutralisation du stresser (voir aussi Pryce et al., 2011).<sup>6</sup>

La dépression est aujourd'hui considérée comme un problème de santé publique majeur (Kessler

<sup>4</sup> La réponse de stress chez homo sapiens implique l'activation conjointe de l'axe hypothalamo-hypophysocorticosurrénalien (HHS ; système neuroendocrinien) et de l'axe sympatho-médullasurrénalien (système nerveux autonome). L'axe HHS produit en bout de chaîne le cortisol, hormone dont l'une des fonctions clés est de mobiliser l'organisme au plan énergétique pour relever le défi adaptatif qui se présente à lui.

<sup>5</sup> La charge allostatique se traduit par une altération systémique de l'organisme : athérosclérose, atrophie de l'hippocampe et du cortex préfrontal, déminéralisation osseuse, ou encore inhibition sélective du système immunitaire (McEwen, 2003 ; Schulkin, 2004).

<sup>6</sup> Si l'accent a été généralement mis sur les affects dans l'étude des troubles dépressifs – cette emphase est explicite dans la dénomination de troubles de l'humeur (APA, 2013 ; Davidson, Pizzagalli, Nitschke, & Putnam, 2002) –, soulignons que ces troubles peuvent tout autant être considérés comme des pathologies de l'action, ou, plus précisément, des pathologies liées à l'impossibilité d'une action efficace/gratifiante de l'individu dans la relation à son environnement. Cette idée rejoint le constat que le stress devient pathogène lorsqu'il se révèle insoluble (e.g., Laborit, 1986 ; Sapolsky, 2004), c'est-à-dire lorsque l'action est impuissante à assurer la neutralisation des stresser.

et al., 2003 ; Kessler et al., 2005). Une enquête récente de l'Institut National de la Prévention et de l'Éducation pour la Santé (INPES) a montré que (a) près de 18 % des Français avaient connu un épisode dépressif caractérisé au cours de leur vie et (b) environ 5 % des Français avaient connu un épisode dépressif caractérisé au cours des 12 derniers mois (Chan Chee, Beck, Sapinho, & Guilbert, 2009 ; voir aussi Alonso et al., 2004 ; Lépine et al., 2005). Au plan international, une méta-analyse d'envergure, incluant 293 études prospectives de 35 pays différents et près de deux millions de participants, a confirmé que la dépression est associée à une réduction significative de l'espérance de vie (Cuijpers et al., 2014), observation attendue au vu des effets pathogènes systémiques du stress insupportable (Sapolsky, 2004, 2015).

### 3. QU'EST-CE QUE LE BURNOUT ?

Le concept de burnout a émergé dans la littérature de psychologie dans les années 1970 (Freudenberger, 1974, 1975 ; Maslach, 1976 ; Maslach & Pines, 1977). Freudenberger (1974), psychologue clinicien de la côte Est des États-Unis, est le premier à fournir une présentation détaillée du « syndrome du burnout », sur la base d'observations occasionnelles faites sur lui-même et sur les bénévoles d'un dispensaire new-yorkais où il travaillait (voir Schaufeli & Enzmann, 1998, pp. 2-4). La caractérisation du phénomène qu'il propose contient les germes des controverses à venir : l'auteur indique en effet que la personne en burnout a l'apparence d'une personne dépressive et se comporte comme telle (p. 161). À la même époque, Maslach (1976), chercheuse en psychologie sociale en Californie, parle de burnout alors qu'elle étudie les stratégies de faire face (*coping*) de travailleurs aux emplois supposés stressants, des professionnels de santé en particulier (Schaufeli & Enzmann, 1998). Lors des entretiens qu'elle mène auprès de ces travailleurs, elle note que certains se disent « émotionnellement vidés », développent des attitudes négatives à l'égard de leur activité (e.g., vis-à-vis de leurs patients), et ne se sentent plus capables de mener à bien les tâches qui leur sont assignées, autant de symptômes que la notion de burnout viendra solidariser. Le burnout est ainsi né d'une pratique de terrain, empirique et inductive (Maslach et al., 2001 ; Schaufeli, 2003). De plus, l'introduction du concept de burnout s'est faite en marge de la recherche (e.g., médicale) sur les troubles liés au stress, au premier rang desquels les troubles anxio-dépressifs. En effet, les publications

initiales traitant du burnout (e.g., Freudenberger, 1974, 1975 ; Maslach, 1976 ; Maslach & Pines, 1977) n'incluent pas de revue systématique de la littérature consacrée aux troubles liés au stress.

Si Freudenberger (1974) est passé à la postérité en tant qu'inventeur du concept de burnout (*Concise Oxford English Dictionary*, 12<sup>e</sup> éd. ; Stevenson & Waite, 2011), ce sont Maslach et Jackson (1981) qui ont proposé le premier instrument standardisé pour mesurer le burnout : le *Maslach Burnout Inventory* (MBI). Ce questionnaire auto-administré définit le burnout comme un syndrome tridimensionnel combinant *épuisement émotionnel*, *dépersonnalisation* et *réduction de l'accomplissement personnel*. L'épuisement émotionnel caractérise un état d'éreintement tant psychologique que somatique et a été décrit comme le symptôme central du burnout (Maslach et al., 2001). La dépersonnalisation désigne une attitude de distanciation vis-à-vis d'un travail qui n'apporte pas la gratification escomptée : l'individu, estimant s'investir à perte, voit sa frustration grandir et sa motivation s'éroder. La réduction de l'accomplissement personnel, enfin, correspond à un sentiment d'échec dans le travail, en termes de productivité et de compétence. Le MBI repose sur une échelle de réponse en 7 points (de « jamais » à « chaque jour ») proposant au répondant de rapporter la fréquence de ses symptômes sur l'année écoulée (Maslach & Jackson, 1981).

Le MBI s'est vu décliné en trois versions à ce jour (Maslach & Jackson, 1981, 1986 ; Schaufeli, Leiter, Maslach, & Jackson, 1996), les trois dimensions du burnout ayant été rebaptisées *épuisement*, *cynisme*, et *sentiment d'inefficacité professionnelle* dans la version la plus récente, le *MBI-General Survey*. Le MBI, par son antériorité et son succès rapide dans le champ, a joué un rôle clé dans le façonnement de la recherche sur le burnout (Schaufeli et al., 2009). Même si d'autres échelles de mesure sont venues le concurrencer au fil du temps (e.g., Shirom, 2003), le MBI reste de loin l'instrument le plus utilisé (Schaufeli & Enzmann, 1998 ; Schaufeli et al., 2009) et a servi de point de référence aux développeurs des échelles de mesure alternatives qui lui ont succédé (e.g., Shirom & Melamed, 2006). Il est important de noter que le MBI reflète une conception du burnout circonscrivant *a priori* le syndrome au domaine professionnel (Hallsten, Josephson, & Torgén, 2005). Dans cette perspective, le burnout est considéré comme une affection « liée au travail » et « spécifique de la situation de travail » (Maslach & Schaufeli, 1993 ; Maslach et al., 2001 ; Schaufeli & Taris, 2005). Il n'existe pas à l'heure actuelle d'autre outil que le questionnaire auto-administré pour mesurer le burnout.

À l'instar de la dépression (et, potentiellement, de n'importe quelle psychopathologie), le burnout peut être appréhendé sur un mode dimensionnel (i.e., quantitatif) – l'individu est *plus ou moins* affecté – ou catégoriel (i.e., qualitatif) – l'individu est ou n'est pas affecté (Ingram & Siegle, 2009 ; Paine, 1982 ; Pickles & Angold, 2003 ; Schaufeli, 2003 ; Figure 1). Dans le champ d'étude du burnout, on retrouve cette dichotomie entre approches dimensionnelle et catégorielle à travers la distinction entre le burnout comme *processus* et le burnout comme *état*, c'est-à-dire étape finale du processus susmentionné (Schaufeli & Enzmann, 1998). L'état de burnout renvoie à la forme « clinique » du syndrome (Schaufeli & Enzmann, 1998, p. 57), décrite comme étant d'une très grande sévérité (Paine, 1982 ; Schaufeli, 2003). Schaufeli et Buunk (2004) caractérisent ainsi l'état de burnout comme *le stade final d'une rupture adaptative* (p. 389) ; Leiter et Maslach (2005) insistent sur le fait que l'individu en burnout se sent *constamment* abattu, stressé et épuisé (p. 2). Pour autant, il n'existe pas à l'heure actuelle de critères diagnostiques consensuels du burnout (Weber & Jaekel-Reinhard, 2000), et le syndrome n'est pas reconnu en tant que catégorie nosologique dans les classifications de référence de l'Organisation Mondiale de la Santé ou de l'Association Américaine de Psychiatrie. Cet état de fait semble lié à un double phénomène. D'une part, à une difficulté persistante à identifier la singularité du burnout, difficulté dont l'analyse est au cœur du présent chapitre. D'autre part, à une défiance, parmi certains des pionniers de la recherche sur le burnout, à l'égard de la « pathologisation » du syndrome. Cette défiance trouve probablement son expression la plus explicite dans l'affirmation par Maslach et Leiter (1997) que le burnout n'est pas un syndrome *clinique* mais un problème organisationnel (p. 34).<sup>7</sup>

Dans ce contexte de flou diagnostique, les chercheurs intéressés par l'examen du burnout en tant qu'état ont eu recours à une pluralité de notes seuils (*cut-off scores*) pour catégoriser les « cas » de burnout dans leurs échantillons d'étude (e.g., Ahola et al., 2005 ; Bianchi, Schonfeld, & Laurent, 2014 ;

7 Cette affirmation peut surprendre venant d'auteurs ayant eux-mêmes défini le burnout sur la base de symptômes individuels (épuisement émotionnel, dépersonnalisation et réduction de l'accomplissement personnel) plutôt que de facteurs organisationnels (e.g., conditions de travail), et ayant souvent souligné la très grande sévérité du burnout pour le travailleur affecté. Par ailleurs, comme l'ont indiqué Schaufeli et Enzmann (1998), le burnout peut, sans contradiction aucune, être considéré à la fois comme un syndrome clinique et un problème organisationnel (p. 187).

Schonfeld & Bianchi, 2016).<sup>8</sup> Afin d'homogénéiser les pratiques en la matière et de favoriser la comparaison des résultats obtenus d'une étude à l'autre, il a été suggéré que des notes seuils correspondant à des fréquences de symptômes élevées soient systématiquement préférées (voir Bianchi et al., 2015b, p. 32 ; voir aussi Schaufeli & Enzmann, 1998, p. 58). En effet, l'utilisation de notes seuils correspondant à des fréquences de symptômes élevées présente l'avantage d'être en adéquation avec les définitions et descriptions disponibles de l'état de burnout, définitions et descriptions qui mettent l'accent sur le caractère *constant* et la sévérité des altérations décelées (Leiter & Maslach, 2005 ; Schaufeli & Buunk, 2004). Ces recommandations restent toutefois peu observées à l'heure actuelle (voir Bianchi, Lavaux, & Brisson, 2015).

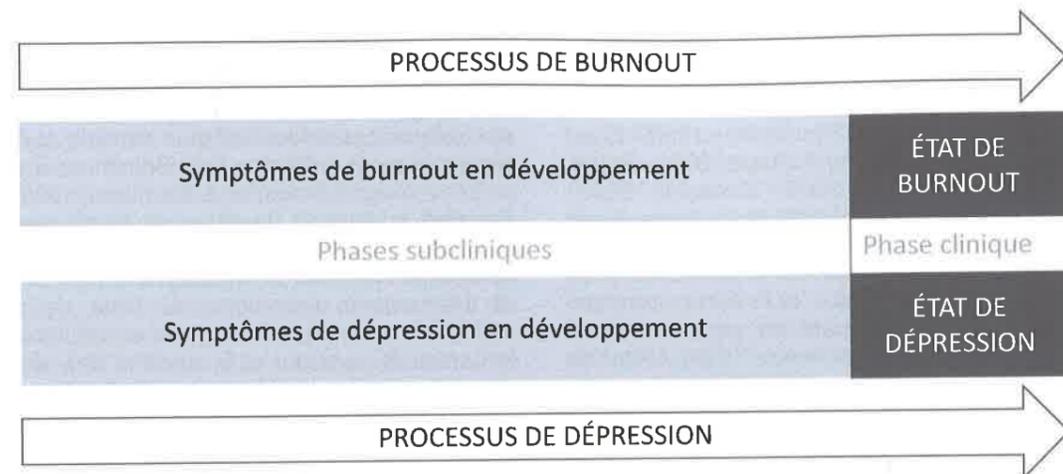
Conséquence de l'absence de critères diagnostiques consensuels, la prévalence du burnout est, à proprement parler, inconnue (Bianchi et al., 2015a). Le burnout est cependant considéré comme un problème sérieux en matière de performance et de santé au travail. Le burnout a notamment été lié à la prise d'arrêt de travail pour maladie (Ahola et al., 2008 ; Toppinen-Tanner, Ojajarvi, Väänänen, Kalimo, & Jäppinen, 2005), au présentisme<sup>9</sup> (Demerouti, Le Blanc, Bakker, Schaufeli, & Hox, 2009) et au *turn-over* des postes (Bakker & Costa, 2014 ; Leiter & Maslach, 2009 ; Swider & Zimmerman, 2010)<sup>10</sup>. Sur un plan plus général, le burnout a été associé à un vieillissement biologique accéléré (Ahola et al., 2012), de l'idéation suicidaire (Bianchi et al., 2014) et une mortalité précoce (Ahola, Väänänen, Koskinen, Kouvonen, & Shirom, 2010).<sup>11</sup>

8 Rappelons que la catégorisation est inhérente à la démarche diagnostique. Identifier un individu comme étant en burnout implique par définition un acte de catégorisation. Il en découle que refuser de faire du burnout une catégorie diagnostique, c'est à proprement parler s'interdire de déterminer qui souffre de burnout et requiert d'être pris en charge. Par extension, c'est aussi s'interdire d'identifier les conditions de travail sous lesquelles les individus tendent majoritairement à développer le syndrome (i.e., les environnements organisationnels ou modes d'organisation du travail caractérisables comme pathogènes).

9 Le présentisme renvoie au fait d'être présent au travail alors qu'on est malade (Johns, 2010).

10 Pour des liens similaires avec la dépression, voir : Bültmann et al., 2006 ; Lerner et al., 2004 ; Lexis, Jansen, van Amelsvoort, van den Brandt et Kant, 2009.

11 Pour des découvertes similaires concernant la dépression, voir : Cuijpers et Smit, 2002 ; Moylan et al., 2014 ; Tsigos et Chrousos, 2002 ; Verhoeven et al., 2014 ; Wikgren et al., 2011 ; Zivin et al., 2012.



**Figure 1** : Burnout et dépression comme processus (approche dimensionnelle) et états (approche catégorielle). L'état de burnout correspond à l'étape finale du processus de burnout. Il constitue le stade auquel l'individu peut être défini comme un cas clinique de burnout (il est à noter que la phase clinique du burnout reste à caractériser à travers l'établissement de critères diagnostiques valides et consensuels). Comme indiqué, un raisonnement identique peut s'appliquer à la dépression.

Au plan étiologique, le burnout est conçu comme résultant d'un stress professionnel chronique ou, pour le dire autrement, d'un décalage prolongé entre les attentes et ressources du travailleur d'une part, et les réalités et exigences de son travail d'autre part (Maslach et al., 2001 ; Schaufeli & Enzmann, 1998). Selon cette conception, l'individu s'épuise dans la confrontation à des stressseurs (e.g., surcharge de travail, ambiguïté de rôle, manque d'autonomie) qu'il ne parvient pas à neutraliser et dont il est de fait voué à subir les effets passivement (Shirom, 2003) : en somme, l'individu fait l'expérience d'un stress professionnel insoluble. L'étiologie du burnout évoque ainsi d'emblée celle de la dépression. En particulier, le syndrome du burnout rappelle les syndromes d'impuissance acquise (Peterson, Maier, & Seligman, 1993 ; Seligman, 1972, 1975) et d'inhibition de l'action (Laborit, 1986, 1993) qui se trouvent au cœur des processus et des états dépressifs, et ont précisément pour cause l'impossibilité persistante de contrôler, d'agir efficacement sur les stressseurs rencontrés. Le lien entre burnout et impuissance acquise a d'ailleurs été explicitement établi par Peterson, Maier et Seligman (1993) : ces auteurs ont conclu que le burnout constituait « un excellent exemple d'impuissance acquise » (p. 257).<sup>12</sup> Cette réflexion a toutefois eu peu d'écho chez les spécialistes du burnout (Schaufeli & Enzmann, 1998,

p. 104). Il est à noter que l'idée selon laquelle le burnout est spécifiquement prédit par le stress professionnel a été peu mise à l'épreuve empiriquement. Si des études longitudinales ont suggéré que le stress professionnel prédisait effectivement le burnout (e.g., Norlund, Reuterwall, Höög, Janlert, & Järholm, 2015 ; Schaufeli, Bakker, & Van Rhenen, 2009), ces études n'ont pas incorporé de mesures permettant d'examiner si le burnout était plus fortement prédit par le stress professionnel que par le stress non-professionnel ou le stress générique.

Nous allons à présent nous intéresser à la distinction burnout-dépression sur un plan logique, avant de l'aborder sur un plan empirique à travers un examen des travaux les plus récents en la matière. Nous opérerons pour terminer un retour sur la genèse du burnout, en interrogeant les conditions initiales de production du concept.

#### 4. EXAMEN LOGIQUE DE LA DISTINCTION BURNOUT-DÉPRESSION

Différents arguments ont été avancés pour souligner la singularité du burnout et, ce faisant, justifier la distinction entre burnout et dépression. Dans cette section, nous examinons la validité logique de trois de ces arguments, sélectionnés en raison de leur récurrence dans la littérature.

<sup>12</sup> Traduit par nos soins.

#### 4.1. L'argument de la spécificité étiologique

Un argument fréquemment avancé pour singulariser le burnout est celui de l'ancrage étiologique du syndrome dans la sphère professionnelle. Alors que les causes de la dépression seraient indépendantes d'un domaine spécifique, celles du burnout seraient liées au travail (e.g., Maslach et al., 2001 ; Shirom, 2005). Malgré sa grande popularité auprès des chercheurs, cet argument a été évalué comme problématique à plusieurs égards (Bianchi et al., 2015b ; Bianchi & Schonfeld, 2015 ; Bianchi, Truchot, Laurent, Brisson, & Schonfeld, 2014).

Premièrement, l'argument de la spécificité étiologique ignore le fait que la dépression peut elle-même être liée au travail (e.g., Rydmark et al., 2006). Le stress étant dépressogène d'une façon générale, et le stress général incluant par définition le stress professionnel, il peut être logiquement déduit que le stress professionnel est dépressogène. De nombreuses études ont apporté une confirmation empirique à cette déduction logique (e.g., McTernan, Dollard, & LaMontagne, 2013 ; Niedhammer et al., 2015 ; Schonfeld, 2001 ; Wang, 2005 ; Wang et al., 2012). Un processus de dépression peut trouver son origine dans des difficultés professionnelles au même titre qu'un processus de burnout.

Deuxièmement, dans une approche catégorielle de la psychopathologie, il faut noter que le caractère « lié au travail » d'une affection donnée n'est pas nosologiquement discriminant en soi. Par exemple, une dépression liée au travail reste une dépression. Une catégorie nosologique nouvelle n'est pas nécessaire pour saisir le phénomène au prétexte que son développement s'est inscrit dans un contexte spécifique.

Troisièmement, si l'on admet que l'ensemble des expériences de l'individu contribue à définir à la fois les ressources dont il dispose pour neutraliser les stressseurs rencontrés (professionnels ou non) et la manière même dont il vivra ses expériences ultérieures comme stressantes ou neutres, on peut prédire que la construction par l'individu de sa réalité professionnelle et le développement éventuel de symptômes de burnout seront d'emblée dépendants de facteurs extra-professionnels. Un individu peut par exemple se sentir stressé et dépassé dans son travail pour des raisons qui ne concernent pas à proprement parler son activité professionnelle (e.g., une rupture sentimentale, un conflit familial) mais qui altéreront sa façon de l'exercer et l'expérience qu'il en aura. Ainsi, une approche « compartimentiste » de l'étiologie du burnout ne prenant en compte que la sphère professionnelle tend à offrir une vision tronquée du phénomène et à réduire sa complexité

causale. Notons ici que, si la plupart des items du MBI inscrivent l'expérience des symptômes du burnout dans la sphère professionnelle,<sup>13</sup> très peu d'entre eux spécifient le contexte étiologique de ces symptômes (voir Maslach & Jackson, 1981). Le MBI ne renseigne ainsi que très partiellement sur les causes des symptômes qu'il vise à mesurer.

#### 4.2. L'argument du confinement des symptômes

Un deuxième argument invoqué de longue date pour justifier la distinction burnout-dépression a consisté à affirmer que les symptômes du burnout sont, dans leurs stades précoces, circonscrits à la sphère professionnelle, tandis que les symptômes dépressifs imprègnent l'ensemble de la vie de l'individu (e.g., Farber, 1983 ; Freudenberger & Richelson, 1980 ; Maslach et al., 2001 ; Schaufeli & Enzmann, 1998). Au-delà du fait qu'il ne dit rien sur ce qui est supposé distinguer les stades avancés du burnout de la dépression, laissant un problème central irrésolu, cet argument néglige le caractère unifié de l'état (affectif) de l'individu et la porosité de la frontière établie entre sphères professionnelle et extra-professionnelle<sup>14</sup> (Bakker, Demerouti, & Dollard, 2008 ; Huang, Hammer, Neal, & Perrin, 2004 ; Sanz-Vergel, Rodriguez-Muñoz, & Nielsen, 2015). Il est par exemple peu probable qu'un individu s'étant senti « émotionnellement épuisé » une journée de travail durant ne présente pas des symptômes de fatigue (psychologique et somatique) une fois son lieu de travail quitté – nous n'évoquons même pas ici le fait qu'une séparation spatio-temporelle entre sphères professionnelle et extra-professionnelle n'existe pas pour tous les travailleurs. En outre, même en admettant l'idée que les symptômes du burnout puissent être confinés à la sphère professionnelle dans leurs stades précoces, rien ne s'oppose à l'application d'un raisonnement identique aux manifestations dépressives saisies dans les stades précoces d'un processus de dépression, rendant de fait l'argument avancé inopérant. Une comparaison cohérente entre burnout et dépression suppose que (a) le burnout comme

<sup>13</sup> Cette inscription de l'expérience des symptômes du burnout dans la sphère professionnelle, dans le MBI comme dans la plupart des instruments de mesure du burnout, contribue probablement à expliquer que burnout et dépression aient généralement été discriminés dans le cadre d'analyses factorielles confirmatoires (e.g., Leiter & Durup, 1994 ; Toker & Biron, 2012).

<sup>14</sup> Cette frontière est sans doute d'autant plus brouillée dans le contexte contemporain de « subjectivation du travail » (Pérelleux, 2003).

processus soit comparé à la dépression comme processus et (b) le burnout comme état soit comparé à la dépression comme état. Tout se passe ici comme si l'argument invoqué reposait sur un emploi à géométrie variable des approches dimensionnelle et catégorielle de la psychopathologie, où les stades subcliniques du burnout sont comparés aux stades cliniques de la dépression.

#### 4.3. L'argument de la focale sociale

Un troisième argument utilisé pour distinguer le burnout de la dépression met en avant la « focale sociale » du concept de burnout, supposé situer l'expérience de stress de l'individu dans un contexte plus large, en l'occurrence organisationnel (Maslach & Leiter, 1997, p. 34 ; Maslach et al., 2001, p. 397 ; Pines & Aronson, 1988, p. 53). Un tel argument est problématique pour au moins deux raisons.

En premier lieu, cet argument repose sur un présupposé inexact, à savoir qu'il n'y aurait pas de focale sociale sur la dépression. La dépression a été étudiée sous un angle social à d'innombrables reprises, comme en témoigne, pour ne citer qu'elle, l'étude classique de Brown et Harris (1978). De plus, le lien causal entre stress et dépression place d'emblée l'environnement social (e.g., organisationnel) au cœur des processus et des états dépressifs (e.g., Champion, Bhugra, Bailey, & Marmot, 2013 ; Gilbert, 2001 ; Nesse, 2000 ; Sapolsky, 2004 ; World Health Organization and Calouste Gulbenkian Foundation, 2014). Gilbert (2006), par exemple, souligne que la perte de contrôle sur l'environnement social est particulièrement dépressogène (p. 287).

En second lieu, et plus fondamentalement encore, l'argument avancé implique une confusion entre *objet* et *point de vue sur l'objet*. En effet, en adoptant une focale sociale, individuelle ou infra-individuelle sur un syndrome, on ne change pas la nature de ce syndrome, on fait seulement varier le niveau auquel on l'observe.

#### 4.4. Conclusion de l'examen logique

Les trois arguments en faveur de la distinction burnout-dépression discutés ici ne résistent pas à un examen serré. Les arguments de la spécificité étiologique et du confinement des symptômes impliquent des incohérences dans l'articulation des approches dimensionnelle et catégorielle du burnout et de la dépression, tandis que l'argument de la focale sociale trouve à son fondement une confusion épistémologique entre objet et point de vue sur l'objet. Ainsi, en l'état, la distinction burnout-dépression ne semble pas logiquement fondée.

Dans la section suivante, nous abordons la question du recouvrement entre burnout et dépression sur un plan empirique, avec une focalisation sur les études les plus récentes.

### 5. EXAMEN EMPIRIQUE DE LA DISTINCTION BURNOUT-DÉPRESSION

La distinction burnout-dépression a été questionnée empiriquement depuis des décennies (e.g., Bakker et al., 2000 ; Leiter & Durup, 1994 ; Meier, 1984 ; Schonfeld, 1991, Ahola et al., 2005), des similitudes majeures semblant lier les deux entités, y compris *par définition*. En première approche en effet, l'épuisement (émotionnel) évoque une combinaison de fatigue et d'humeur dépressive (APA, 2013). De même, la dépersonnalisation et le cynisme rappellent le désinvestissement défensif qui caractérise l'individu dépressif (Beck & Alford, 2009 ; Nesse, 2000). La réduction de l'accomplissement personnel et le sentiment d'inefficacité professionnelle, enfin, s'apparentent aux sentiments d'inutilité et d'impuissance associés à la dépression (APA, 2013 ; Beck & Alford, 2009). De plus, au-delà de ses trois dimensions définitives, le burnout a souvent été décrit d'une manière suggérant un syndrome dépressif. Ainsi, pour Maslach et Leiter (1997, p. 28), le burnout n'implique pas seulement la présence d'émotions négatives, mais aussi l'absence d'émotions positives, description évoquant l'humeur dépressive et l'anhédonie (APA, 2013). Dans une veine similaire, Schaufeli et Buunk (2004) indiquent que les individus en burnout se sentent *avant tout* impuissants et désespérés, deux caractéristiques centrales des individus en dépression (p. 399).

Il a été suggéré dès le début des années 1990 que les symptômes du burnout gagneraient à être considérés comme des manifestations dépressives (Schonfeld, 1991). Cependant, cette vision est longtemps restée marginale, la plupart des chercheurs faisant l'hypothèse d'un recouvrement seulement partiel entre syndromes du burnout et de la dépression (e.g., Brennkemeyer, van Yperen, & Buunk, 2001 ; Iacovides, Fountoulakis, Kaprinis, & Kaprinis, 2003). Le débat s'est vu éclairé d'une lumière nouvelle sous l'impulsion des travaux les plus récents, travaux ayant mis en doute de manière grandissante la pertinence d'une distinction entre burnout et dépression (Bianchi et al., 2015b, 2015c). Nous en présentons ici une synthèse.

Une étude de Bianchi, Boffy, Hingray, Truchot et Laurent (2013) a montré que les individus présen-

tant des symptômes de burnout à haute fréquence rapportaient autant de symptômes dépressifs que des patients diagnostiqués pour un épisode dépressif caractérisé. Bianchi et al. (2014) ont observé, dans une étude incluant 5575 enseignants français et testant différentes modalités d'identification du burnout, que jusqu'à 90 % des individus catégorisés comme étant en burnout remplissaient les critères diagnostiques provisionnels d'un épisode dépressif caractérisé, tel qu'établi par le module « dépression » en neuf items du *Patient Health Questionnaire* (PHQ-9 ; Kroenke & Spitzer, 2002).<sup>15</sup> Une majorité des individus identifiés comme dépressifs dans cette étude rapportaient des symptômes de la dépression atypique – réactivité de l'humeur, prise de poids ou augmentation de l'appétit significative, hypersomnie, membres « en plomb » et sensibilité au rejet dans les relations induisant une altération significative du fonctionnement social ou professionnel (APA, 2013). De manière intéressante, dépression atypique et burnout ont tous deux été associés par le passé à une fatigue envahissante, une tendance à la chronicité et un hypocortisolisme au plan endocrinien (Bianchi et al., 2015b ; Fries, Hesse, Hellhammer, & Hellhammer, 2005 ; Quitkin, 2002).

Schonfeld et Bianchi (2016), s'appuyant sur un échantillon de 1386 enseignants américains, ont observé que 86 % des individus catégorisés comme étant en burnout remplissaient les critères diagnostiques provisionnels d'un épisode dépressif caractérisé (là encore, tel que l'établit le PHQ-9) lorsque des notes seuils conservatrices étaient utilisées pour identifier les cas de burnout. À la différence de Bianchi et al. (2014), qui avaient utilisé le MBI pour mesurer le burnout, Schonfeld et Bianchi (2016) ont mobilisé le *Shirom-Melamed Burnout Measure* (SMBM ; Shirom & Melamed, 2006). Cette dernière étude suggère donc un recouvrement problématique entre burnout et dépression, y compris lorsque le burnout est mesuré avec un questionnaire alternatif au MBI. L'étude de Schonfeld et Bianchi (2016) suggère en outre que des associations de même magnitude unissent le burnout et la dépression à l'adversité professionnelle, au soutien social au travail, et aux événements de vie (normalement) stressants (e.g., décès d'un proche).

<sup>15</sup> Des niveaux de chevauchement inférieurs entre burnout et dépression ont été rapportés dans d'autres études (e.g., 53 % dans l'étude de Ahola et al., 2005). Cependant, les critères d'identification du burnout dans ces études ont été évalués comme problématiques en raison de leur libéralisme excessif (voir Bianchi et al., 2014, et Bianchi et al., 2015b).

Le recouvrement catégoriel du burnout et de la dépression a été confirmé dans une étude de Wurm et al. (2016) incluant 5897 médecins autrichiens. La probabilité de remplir les critères diagnostiques provisionnels d'une dépression majeure (tel qu'établi par le *Major Depression Inventory*) augmentait graduellement avec le degré de sévérité du burnout. Par comparaison avec les professionnels sans symptômes notables de burnout, le risque de remplir les critères diagnostiques provisionnels d'une dépression majeure était 3 fois plus élevé chez les professionnels en burnout dit léger, 10 fois plus élevé chez les professionnels en burnout dit modéré, et 47 fois plus élevé chez les professionnels en burnout dit sévère. Les 3 % de professionnels présentant les niveaux les plus hauts de burnout avaient un risque 93 fois plus élevé de remplir les critères diagnostiques provisionnels d'une dépression majeure.<sup>16</sup>

Dans une étude portant sur un échantillon nationalement représentatif de 3283 employés finlandais, Hintsala et al. (in press) ont examiné les associations entre burnout, détresse psychologique, dépression et charge allostatique (McEwen, 2003 ; Schulkin, 2004). Les auteurs ont trouvé que burnout et charge allostatique étaient positivement associés indépendamment de la détresse psychologique, mais non de la dépression, suggérant un recouvrement biologique entre burnout et dépression. Ces résultats ont été obtenus en tenant compte de l'âge, du sexe, du niveau d'étude et de la profession des participants.

Dans une étude de Bianchi et Laurent (2015) s'appuyant sur l'enregistrement de l'activité oculaire des participants, le burnout et la dépression se sont révélés associés à des patrons attentionnels similaires consistant en une sur-focalisation (en termes de durée d'exploration visuelle) sur les stimuli « dysphoriques » et une sous-focalisation sur les stimuli « positifs ». Burnout et dépression sont apparus interchangeables dans leur capacité à prédire ces altérations attentionnelles. Cette étude, en portant l'examen de la distinction burnout-dépression sur un plan comportemental (i.e., au niveau de ce que *font* les individus, au-delà de ce qu'ils déclarent), suggère que des similarités structurelles existent entre

<sup>16</sup> Wurm et al. (2016) ont examiné de manière spécifique les 3 % de professionnels présentant les niveaux de burnout les plus sévères en référence aux résultats obtenus par Bianchi et al. (2013). Dans l'étude de Bianchi et al. (2013), les participants catégorisés comme étant en burnout – sur la base de critères plus conservateurs que dans la recherche passée – représentaient 3 % de l'échantillon de départ. Le détail des critères utilisés pour catégoriser les cas de burnout est accessible dans l'article rapportant l'étude.

burnout et dépression. Les résultats de cette étude ont trouvé récemment un écho dans des travaux liant le burnout à un style cognitif dépressif (e.g., réponses ruminatives et attributions pessimistes) sur la base de mesures auto-rapportées (Bianchi et Schonfeld, in press).

Mis en évidence transversalement, le chevauchement entre burnout et dépression a été confirmé longitudinalement. Dans une étude se déroulant sur sept ans et incluant trois vagues de mesures et 3 255 participants, Ahola, Hakanen, Perhoniemi et Mutanen (2014) ont observé que les symptômes du burnout et de la dépression coexistaient chez les individus et augmentaient ou diminuaient de concert à travers le temps. Sur cette base, ces auteurs ont conclu que le concept de burnout pourrait être utilisé pour caractériser les symptômes dépressifs dans la vie professionnelle (p. 35). Des résultats similaires ont été obtenus par Bianchi, Schonfeld et Laurent (2015d) sur un échantillon d'enseignants français. Les auteurs ont suggéré que burnout et dépression reflétaient probablement des traditions scientifiques différentes plutôt que des phénomènes pathologiques distincts. Bianchi, Schonfeld et Laurent (2015e), enfin, ont observé que les symptômes de burnout au temps 1 (T1) ne prédisaient pas les symptômes dépressifs au temps 2 (T2) lorsque les symptômes dépressifs au T1 étaient pris en compte. Les symptômes dépressifs au T1 expliquaient 88 % de l'association entre symptômes de burnout au T1 et symptômes dépressifs au T2. Bien que de tels résultats n'aient pas été universellement rapportés (e.g., Hakanen & Schaufeli, 2012), ils suggèrent là encore un chevauchement massif entre burnout et dépression.

La structure même du burnout comme syndrome tridimensionnel combinant épuisement émotionnel, dépersonnalisation et réduction de l'accomplissement personnel a été fortement questionnée. Dans de nombreuses études (e.g., Bianchi et al., 2013 ; Brenninkmeyer et al., 2001 ; Hakanen & Schaufeli, 2012), l'épuisement émotionnel, considéré comme le cœur du burnout (Maslach et al., 2001), est apparu plus fortement associé aux symptômes dépressifs qu'aux deux autres dimensions du burnout – la dépersonnalisation et la réduction de l'accomplissement personnel (voir aussi Wurm et al., 2016). Sur la base de ces résultats, il est pour le moins difficile de comprendre que la dépersonnalisation et la réduction de l'accomplissement personnel soient considérées comme des composantes du burnout alors que les symptômes dépressifs « classiques » ne le sont pas (Bianchi et al., 2015d ; Hallsten et al., 2005). À notre connaissance, ce point crucial n'a jamais été clarifié par les chercheurs privilégiant l'hypothèse que le burnout est une entité distincte.

Des problèmes similaires sont manifestes lorsque le burnout est mesuré avec le SMBM. Le SMBM opérationnalise le burnout comme une combinaison d'épuisement émotionnel, de lassitude cognitive et de fatigue physique (Shirom & Melamed, 2006). Dans une étude incluant 1046 enseignants français, Bianchi, Verkuilen, Brisson, Schonfeld et Laurent (under review) ont mesuré les symptômes de burnout (au moyen du SMBM) et de dépression (au moyen du PHQ-9) de leurs participants sur une même échelle de temps – les deux semaines précédant la passation.<sup>17</sup> Les auteurs ont observé que les trois dimensions du burnout étaient moins fortement corrélées entre elles qu'elles ne l'étaient aux symptômes dépressifs. Un patron de corrélations similaire a été mis en évidence par les auteurs dans une analyse factorielle confirmatoire où les variables latentes liées au PHQ-9 et au SMBM étaient examinées. L'étude a en outre révélé une corrélation désatténuée<sup>18</sup> de .91 entre burnout et dépression, suggérant une redondance empirique des deux concepts (Cole, Walter, Bedeian, & O'Boyle, 2012 ; Le, Schmidt, Harter, & Lauver, 2010).<sup>19</sup> Sur cette base, les auteurs ont conclu que les symptômes dépressifs occupaient une place centrale dans le syndrome du burnout.

Pour terminer, soulignons que la distinction burnout-dépression est souvent absconse pour les cliniciens confrontés dans leur pratique quotidienne à des individus en souffrance au travail, comme l'illustre le commentaire suivant.

*« La distinction entre burnout et épisode dépressif ne semble donc ni nette, ni claire, ni même opérante en termes de thérapeutique ou d'actions en milieu de travail. De notre point de vue, le terme de burnout relève davantage de l'élément de langage. (...) L'usage du mot burnout vient signaler une souffrance*

<sup>17</sup> Il est important de rappeler que le burnout est généralement mesuré sur une échelle annuelle (avec le MBI) ou mensuelle (avec le SMBM) tandis que la dépression est généralement mesurée sur un laps de temps d'une ou deux semaine(s) (Nezu et al., 2009). Il est probable que ce décalage temporel amoindrisse « artificiellement » les corrélations observées entre symptômes du burnout et de la dépression dans la plupart des études incluant des mesures de ces symptômes.

<sup>18</sup> Une corrélation désatténuée tient compte de l'erreur de mesure (i.e., de la différence entre la valeur mesurée et la valeur effective d'une variable donnée ; Cohen, Cohen, West, & Aiken, 2003).

<sup>19</sup> Des corrélations d'une magnitude aussi élevée sont typiquement observées lorsque deux mesures d'un même concept sont soumises à l'analyse (e.g., Kung et al., 2013 ; Shirom & Melamed, 2006 ; Thurber, Snow, & Honts, 2002).

*au travail, mais n'en dit pas grand-chose. C'est alors (...) que commence le travail du clinicien. Il est possible de faire avec la nosographie psychiatrique déjà existante et éprouvée.* »

Durand-Moreau et Dewitte (2015, p. 1216)

En résumé, les études empiriques les plus récentes dédiées à la distinction burnout-dépression suggèrent de manière consistante qu'exclure les symptômes dépressifs « classiques » du syndrome du burnout ou, à l'inverse, isoler le burnout du spectre des syndromes dépressifs est problématique. Le recouvrement burnout-dépression a été mis en évidence transversalement et longitudinalement, et dans des approches à la fois dimensionnelles et catégorielles. L'accumulation de résultats questionnant de façon majeure la singularité du burnout vis-à-vis de la dépression invite l'ensemble des acteurs du champ à reconsidérer le statut du syndrome. Dans la dernière section de ce chapitre, nous nous penchons sur certains aspects clés de la genèse du concept de burnout, susceptibles d'éclairer les problèmes de validité précédemment évoqués.

## 6. BURNOUT : DÉSORDONNÉ À L'ORIGINE ?

En dépit de son statut hégémonique, la définition du burnout associée au MBI n'a été ni déduite théoriquement ni élaborée à partir d'observations cliniques systématiques (Schaufeli, 2003 ; Shirom & Melamed, 2006). Schaufeli et Enzmann (1998, p. 188) nous en rapportent les conditions de production.

*« (...) le burnout est ce que le MBI mesure. Cette tautologie est un problème sérieux étant donné que (...) le MBI a été développé par induction via l'analyse factorielle d'un jeu d'items sélectionnés plutôt arbitrairement. Que se serait-il produit si d'autres items avaient été inclus ? En toute probabilité, d'autres dimensions seraient apparues ! »<sup>20</sup>*

Ces aspects de la genèse du burnout n'ont été que rarement relevés et discutés dans la littérature (pour quelques exceptions : Bianchi et al., 2015a, 2015b ; Schaufeli, 2003 ; Shirom, 2005 ; Taris, Le Blanc, Schaufeli, & Schreurs, 2005). Leurs implications potentielles sont pourtant très lourdes, notamment en raison de la centralité du MBI dans le développement de la recherche sur le burnout. L'arbitraire entourant l'élaboration du MBI instille un

<sup>20</sup> Traduit par nos soins.

doute sérieux sur la définition initiale – et aujourd'hui encore dominante – du burnout en suggérant que celle-ci pourrait ne renvoyer à aucun phénomène unifié et différencié (voir Bianchi et al., 2015b, p. 35). Combinée au déficit théorique et à l'absence d'observation clinique systématique précédemment évoqués, cette sorte de *péché méthodologique originel* pourrait expliquer les difficultés persistantes à caractériser le burnout sur un plan diagnostique et, corrélativement, à distinguer le burnout de la dépression. Plusieurs des études empiriques présentées dans ces pages montrent que les symptômes du burnout, loin d'être épuisés par les trois dimensions retenues pour définir le syndrome, incluent en fait toute la gamme des symptômes « classiques » de la dépression.

Bien que ses bases aient été scientifiquement fragiles, le concept de burnout s'est imposé auprès des chercheurs et du public avec un succès remarquable. Cet état de fait conduit à questionner le contexte socio-culturel de son émergence. À cet égard, l'analyse sociologique de Friberg (2009) est d'intérêt. L'auteur soulève la question de savoir si la notion de burnout ne s'est pas trouvée correspondre à un *Zeitgeist* et répondre à une « demande sociale » plutôt qu'à un besoin scientifique (e.g., besoin de décrire un phénomène non encore décrit ou de dépasser une limite théorique).<sup>21</sup> Peu stigmatisant car socialement perçu comme détaché de la psychiatrie (Schaufeli et al., 2009), le label « burnout » pourrait ainsi devoir pour partie son succès à un effet légitimateur et normalisateur de plaintes jusqu'alors réprimées chez des individus en souffrance au travail (Bianchi et al., under review). Des recherches plus poussées sur les conditions de production socio-culturelles du concept de burnout restent à mener afin de tester plus avant ces hypothèses.

<sup>21</sup> Cette question se pose avec d'autant plus d'acuité dans le contexte nord-américain des années 1960 et 1970 où le courant des « ingénieurs sociaux » était particulièrement influent en sciences sociales (Simon, 2002). Dans la perspective de l'ingénierie sociale, l'objectif du chercheur en sciences sociales n'est pas seulement de décrire et d'expliquer les faits sociaux mais également d'agir sur eux en vue d'opérer un changement social jugé désirable. Il résulte de ce positionnement que le chercheur a toujours, en dernière instance, une visée explicitement politique. La vision de l'ingénierie sociale peut être opposée à la vision bourdieusienne selon laquelle « la sociologie doit prendre pour objet, au lieu de s'y laisser prendre, la lutte pour le monopole de la représentation légitime du monde » (Bourdieu, 1982, pp. 13-14) ainsi qu'au principe *weberien* de *Wertfreiheit* (voir Bourdieu, Chamboredon, & Passeron, 2005).

## 7. CONCLUSION

La distinction burnout-dépression s'avère problématique tant d'un point de vue logique que d'un point de vue empirique. Plus de 40 ans après l'émergence du concept de burnout dans la littérature de psychologie, la mesure dans laquelle (a) le burnout comme processus est censé différer d'un processus dépressif – approche dimensionnelle – et (b) le burnout comme état est supposé différer d'un état dépressif – approche catégorielle – demeure obscure. L'argument souvent invoqué selon lequel le burnout serait singularisé par son caractère lié au travail se révèle invalide et nosologiquement inopérant. Les études les plus récentes indiquent que burnout et dépression présentent une étiologie et des symptômes similaires, suggérant ainsi que la pathogenèse du burnout est une pathogenèse de nature dépressive.

L'examen des conditions de production du burnout révèle par ailleurs des failles méthodologiques profondes à l'origine du concept, qui pourraient rendre compte du recouvrement observé *a posteriori* entre burnout et dépression. Le concept de burnout a en effet été introduit en psychologie (a) sans revue ni intégration de la littérature dédiée aux troubles liés au stress déjà décrits (en particulier, les troubles dépressifs) (b) en l'absence d'observation clinique systématique, et (c) dans une approche dépourvue d'ancrage théorique rigoureux, c'est-à-dire largement aveugle à ses redondances potentielles. En outre, l'élaboration de l'instrument de mesure de référence du burnout, le MBI, avec lequel la définition du concept tend à se confondre, a été marquée par des choix arbitraires (Schaufeli & Enzmann, 1998) questionnant la pertinence des trois dimensions retenues (Maslach & Jackson, 1981) pour caractériser le syndrome.

Nombre d'aporées décelables dans le champ d'étude du burnout paraissent liées à un défaut d'articulation théorique entre approches dimensionnelle et catégo-

rielle, défaut d'articulation résultant probablement pour partie d'une défiance disciplinairement marquée à l'égard d'une caractérisation du burnout comme (psycho)pathologie. Comme le notent Pickles et Angold (2003), de même que la lumière peut être décrite sous forme corpusculaire ou ondulatoire, les phénomènes psychopathologiques peuvent être saisis sous forme catégorielle ou dimensionnelle, en fonction des objectifs du chercheur ou du praticien. Dans le prolongement de cette réflexion, nous suggérons que les approches catégorielle et dimensionnelle gagneraient à être conjuguées, plutôt qu'opposées, en vue d'une connaissance plus intégrée des troubles thymiques. Là comme ailleurs en effet (Bourdieu, 1984 ; Watzlawick, 1988), l'alimentation de fausses antinomies tend à inhiber, plutôt qu'à favoriser, les avancées de la recherche. De même que n'importe quel continuum psychopathologique peut être découpé en catégories (par l'introduction de notes seuils),<sup>22</sup> un continuum peut être reconstitué à l'intérieur de n'importe quelle catégorie psychopathologique (e.g., pour quantifier la sévérité de symptômes donnés). Et s'il ne s'agit pas de naturaliser les catégories formées, il ne s'agit pas davantage de croire qu'une approche par dimensions nous préserverait de ce risque d'essentialisation, les dimensions étant construites par l'investigateur au même titre que les catégories.

Nous recommandons pour terminer que soit approfondie dans le futur l'investigation des liens entre stress insoluble et symptômes/troubles dépressifs dans une approche intégrative et multi-échelle (Laurent, 2014 ; Laurent & Bianchi, 2016), saisissant ces phénomènes tant à des niveaux microscopiques (e.g., moléculaire, cellulaire) que macroscopiques (e.g., organisationnel, social), et combinant les approches méthodologiques, quantitatives et qualitatives.

<sup>22</sup> Le continuum lui-même, contenu entre ses bornes inférieure et supérieure, forme d'ailleurs déjà une catégorie.

## RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Ahola, K., Hakanen, J., Perhoniemi, R., & Mutanen, P. (2014). Relationship between burnout and depressive symptoms: A study using the person-centred approach. *Burnout Research*, 1, 29-37.
- Ahola, K., Honkonen, T., Isometsä, E., Kalimo, R., Nykyri, E., Aromaa, A., & Lönnqvist, J. (2005). The relationship between job-related burnout and depressive disorders – results from the Finnish Health 2000 Study. *Journal of Affective Disorders*, 88, 55-62.
- 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, 185-193.
- Ahola, K., Sirén, I., Kivimäki, M., Ripatti, S., Aromaa, A., Lönnqvist, J., & Hovatta, I. (2012). Work-related exhaustion and telomere length: A population-based study. *PLoS ONE*, 7, e40186.
- Ahola, K., Väänänen, A., Koskinen, A., Kouvonen, A., & Shirom, A. (2010). Burnout as a predictor of all-cause mortality among industrial employees: A 10-year prospective register-linkage study. *Journal of Psychosomatic Research*, 69, 51-57.
- Allen, N. B., & Badcock, P. B. T. (2006). Darwinian models of depression: A review of evolutionary accounts of mood and mood disorders. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*, 30, 815-826.
- Alonso, J., Angermeyer, M. C., Bernert, S., Bruffaerts, R., Brugha, T. S., Bryson, H.,... Vollebergh, W. A. M. (2004). 12-month comorbidity patterns and associated factors in Europe: Results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 109(Suppl. 420), 28-37.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Washington, DC: Author.
- Bakker, A. B., & Costa, P. L. (2014). Chronic job burnout and daily functioning: A theoretical analysis. *Burnout Research*, 1, 112-119.
- Bakker, A. B., Demerouti, E., & Dollard, M. F. (2008). How job demands affect partners' experience of exhaustion: Integrating work-family conflict and crossover theory. *Journal of Applied Psychology*, 93, 901-911.
- Bakker, A.B., Schaufeli, W.B., Demerouti, E., Janssen, P.P.M., Van Der Hulst, R., & Brouwer, J. (2000). Using equity theory to examine the difference between burnout and depression. *Anxiety, Stress & Coping*, 13, 247-268.
- Beck, A. T., & Alford, B. A. (2009). *Depression: Causes and treatment* (2nd ed.). Philadelphia, PA: University of Pennsylvania Press.
- Bewernick, B. H., Hurlmann, R., Matusch, A., Kayser, S., Grubert, C., Hadrysiewicz, B.,... Schlaepfer, T. E. (2010). Nucleus accumbens deep brain stimulation decreases ratings of depression and anxiety in treatment-resistant depression. *Biological Psychiatry*, 67, 110-116.
- Bianchi, R., Boffy, C., Hingray, C., Truchot, D., & Laurent, E. (2013). Comparative symptomatology of burnout and depression. *Journal of Health Psychology*, 18, 782-787.
- Bianchi, R., & Laurent, E. (2015). Emotional information processing in depression and burnout: An eye-tracking study. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 265, 27-34.
- Bianchi, R., Lavaux, M., & Brisson, R. (2015). Using liberal criteria to identify burnout poses the risk of pathologizing normal adaptive states. *Academic Medicine*, 90, 1584.
- Bianchi, R., & Schonfeld, I. S. (2015, May 6-9). *Is the burnout-depression distinction valid? A critical analysis*. Paper presented at the 11th International Conference on Occupational Stress and Health (Work, Stress and Health 2015: Sustainable Work, Sustainable Health, Sustainable Organizations) of the APA, the NIOSH, and the SOHP.
- Bianchi, R., & Schonfeld, I. S. (in press). Burnout is associated with a depressive cognitive style. *Personality and Individual Differences*.
- Bianchi, R., Schonfeld, I. S., & Laurent, E. (2014). Is burnout a depressive disorder? A re-examination with special focus on atypical depression. *International Journal of Stress Management*, 21, 307-324.
- Bianchi, R., Schonfeld, I. S., & Laurent, E. (2015a). Burnout: Absence of binding diagnostic criteria hampers prevalence estimates. *International Journal of Nursing Studies*, 52, 789-790.
- Bianchi, R., Schonfeld, I. S., & Laurent, E. (2015b). Burnout-depression overlap: A review. *Clinical Psychology Review*, 36, 28-41.
- Bianchi, R., Schonfeld, I. S., & Laurent, E. (2015c). Is it time to consider the "burnout syndrome" a distinct illness? *Frontiers in Public Health*, 3, 158.
- Bianchi, R., Schonfeld, I. S., & Laurent, E. (2015d). Is burnout separable from depression in cluster analysis? A longitudinal study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 50, 1005-1011.
- Bianchi, R., Schonfeld, I. S., & Laurent, E. (2015e). Burnout does not help predict depression among French school teachers. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, 41, 565-568.
- Bianchi, R., Truchot, D., Laurent, E., Brisson, R., & Schonfeld, I. S. (2014). Is burnout solely job-related? A critical comment. *Scandinavian Journal of Psychology*, 55, 357-361.
- Bianchi, R., Verkuilen, J., Brisson, R., Schonfeld, I. S., & Laurent, E. (under review). Burnout and depression: Label-related stigma, help-seeking, and syndrome overlap. *Psychiatry Research*.
- Blanco, C., Vesga-Lopez, O., Stewart, J. W., Liu, S. M., Grant, B. F., & Hasin, D. S. (2012).

- Epidemiology of major depression with atypical features: Results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions (NESARC). *Journal of Clinical Psychiatry*, 73, 224-232.
- Blom, V., Bergström, G., Hallsten, L., Bodin, L., & Svedberg, P. (2012). Genetic susceptibility to burnout in a Swedish twin cohort. *European Journal of Epidemiology*, 27, 225-231.
- Bourdieu, P. (1982). *Leçon sur la leçon*. Paris, France: Les Éditions de Minuit.
- Bourdieu, P. (1984). *Questions de sociologie*. Paris, France: Les Éditions de Minuit.
- Bourdieu, P., Chamboredon, J.-C., & Passeron, J.-C. (2005). *Le métier de sociologue* (5th ed.). Berlin, Germany: Mouton de Gruyter.
- Brenninkmeyer, V., Van Yperen, N. W., & Buunk, B. P. (2001). Burnout and depression are not identical twins: Is decline of superiority a distinguishing feature? *Personality and Individual Differences*, 30, 873-880.
- Brown, G. W., & Harris, T. (1978). *Social origins of depression: A study of psychiatric disorder in women*. New York, NY: Free Press.
- Bültmann, U., Rugulies, R., Lund, T., Christensen, K., Labriola, M., & Burr, H. (2006). Depressive symptoms and the risk of long-term sickness absence. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 41, 875-880.
- Campion, J., Bhugra, D., Bailey, S., & Marmot, M. (2013). Inequality and mental disorders: opportunities for action. *The Lancet*, 382, 183-184.
- Caspi, A., Sugden, K., Moffitt, T. E., Taylor, A., Craig, I. W., Harrington, H.,... Poulton, R. (2003). Influence of life stress on depression: Moderation by a polymorphism in the 5-HTT gene. *Science*, 301, 386-389.
- Chan Chee, C., Beck, F., Sapinho, D., & Guilbert, P. (2009). *La dépression en France. Enquête Anadep 2005*. Saint-Denis, France: INPES.
- Chrousos, G. P. (2009). Stress and disorders of the stress system. *Nature Reviews Endocrinology*, 5, 374-381.
- Cohen, J., Cohen, P., West, S. G., & Aiken, L. S. (2003). *Applied multiple regression/correlation analysis for the behavioral sciences* (3rd ed.). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Cohen, S., Janicki-Deverts, D., & Miller, G. E. (2007). Psychological stress and disease. *JAMA: The Journal of the American Medical Association*, 298, 1685-1687.
- Cole, M. S., Walter, F., Bedeian, A. G., & O'Boyle, E. H. (2012). Job burnout and employee engagement: A meta-analytic examination of construct proliferation. *Journal of Management*, 38, 1550-1581.
- Colman, I., Jones, P. B., Kuh, D., Weeks, M., Naicker, K., Richards, M., & Croudace, T. J. (2014). Early development, stress and depression across the life course: Pathways to depression in a national British birth cohort. *Psychological Medicine*, 44, 2845-2854.
- Cox, T., Tisserand, M., & Taris, T. (2005). The conceptualization and measurement of burnout: Questions and directions. *Work & Stress*, 19, 187-191.
- Cristancho, M. A., O'Reardon, J. P., & Thase, M. E. (2011). Atypical depression in the 21st century: Diagnostic and treatment issues. *Psychiatric Times*, 28, 42-47.
- Cuijpers, P., & Smit, F. (2002). Excess mortality in depression: A meta-analysis of community studies. *Journal of Affective Disorders*, 72, 227-236.
- Cuijpers, P., Vogelzangs, N., Twisk, J., Kleiboer, A., Li, J., & Penninx, B. W. (2013). Differential mortality rates in major and subthreshold depression: meta-analysis of studies that measured both. *British Journal of Psychiatry*, 202, 22-27.
- Cuijpers, P., Vogelzangs, N., Twisk, J., Kleiboer, A., Li, J., & Penninx, B. W. (2014). Comprehensive meta-analysis of excess mortality in depression in the general community versus patients with specific illnesses. *American Journal of Psychiatry*, 171, 453-462.
- Davidson, R. J., Pizzagalli, D., Nitschke, J. B., & Putnam, K. (2002). Depression: Perspectives from affective neuroscience. *Annual Review of Psychology*, 53, 545-574.
- Demerouti, E., Le Blanc, P. M., Bakker, A. B., Schaufeli, W. B., & Hox, J. (2009). Present but sick: A three-wave study on job demands, presenteeism and burnout. *Career Development International*, 14, 50-68.
- Durand-Moreau, Q., & Dewitte, J.-D. (2015). La création d'un tableau de maladie professionnelle pour le syndrome d'épuisement professionnel (burnout) n'est pas une bonne réponse pour sa prévention. *La Presse Médicale*, 44, 1215-1218.
- Farber, B.A. (1983). *Stress and burnout in the human service professions*. New York, NY: Pergamon Press.
- First, M. B., Spitzer, R. L., Gibbon M., and Williams, J. B. W. (2002). *Structured Clinical Interview for DSM-IV-TR Axis I Disorders, Research Version, Patient Edition (SCID-I/P)*. New York, NY: Biometrics Research, New York State Psychiatric Institute.
- Freudenberger, H. J. (1974). Staff burnout. *Journal of Social Issues*, 30, 159-165.
- Freudenberger, H. J. (1975). The staff burnout syndrome in alternative institutions. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice*, 12, 72-83.
- Freudenberger, H.J., & Richelson, G. (1980). *Burnout: How to beat the high cost of success*. New York, NY: Bantam Books.
- Friberg, T. (2009). Burnout: From popular culture to psychiatric diagnosis in Sweden. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 33, 538-558.
- Fries, E., Hesse, J., Hellhammer, J., & Hellhammer, D. H. (2005). A new view on hypocortisolism. *Psychoneuroendocrinology*, 30, 1010-1016.
- Ganzel, B. L., Morris, P. A., & Wethington, E. (2010). Allostasis and the human brain: Integrating models of stress from the social and life sciences. *Psychological Review*, 117, 134-174.
- Gilbert, P. (2001). Depression and stress: A biopsychosocial exploration of evolved functions and mechanisms. *Stress*, 4, 121-135.
- Gilbert, P. (2006). Evolution and depression: Issues and implications. *Psychological Medicine*, 36, 287-297.
- Gold, P. W., & Chrousos, G. P. (2002). Organization of the stress system and its dysregulation in melancholic and atypical depression: High vs low CRH/NE states. *Molecular Psychiatry*, 7, 254-275.
- Gold, P. W., Machado-Vieira, R., & Pavlatou, M. G. (2015). Clinical and biochemical manifestations of depression: Relation to the neurobiology of stress. *Neural Plasticity*, 2015, 581976.
- Gotlib, I. H., Joormann, J., Minor, K. L., & Hallmayer, J. (2008). HPA-axis reactivity: A mechanism underlying the associations among 5-HTTLPR, stress, and depression. *Biological Psychiatry*, 63, 847-851.
- Gotlib, I. H., Lewinsohn, P. M., & Seeley, J. R. (1995). Symptoms versus a diagnosis of depression: Differences in psychosocial functioning. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63, 90-100.
- Haber, S. N., & Knutson, B. (2009). The reward circuit: Linking primate anatomy and human imaging. *Neuropsychopharmacology*, 35, 4-26.
- Hakanen, J. J., & Schaufeli, W. B. (2012). Do burnout and work engagement predict depressive symptoms and life satisfaction? A three-wave seven-year prospective study. *Journal of Affective Disorders*, 141, 415-424.
- Hallsten, L., Josephson, M., & Torgén, M. (2005). *Performance-based self-esteem: A driving force in burnout processes and its assessment* (Report No. 2005:4). Stockholm, Sweden: National Institute for Working Life.
- Hill, M. N., Hellemans, K. G., Verma, P., Gorzalka, B. B., & Weinberg, J. (2012). Neurobiology of chronic mild stress: Parallels to major depression. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 36, 2085-2117.
- Hintsala, T., Elovainio, M., Jokela, M., Ahola, K., Virtanen, M., & Pirkola, S. (in press). Is there an independent association between burnout and increased allostatic load? Testing the contribution of psychological distress and depression. *Journal of Health Psychology*.
- Huang, Y.-H., Hammer, L., Neal, M., & Perrin, N. (2004). The relationship between work-to-family conflict and family-to-work conflict: A longitudinal study. *Journal of Family and Economic Issues*, 25, 79-100.
- Iacovides, A., Fountoulakis, K. N., Kaprinis, S., & Kaprinis, G. (2003). The relationship between job stress, burnout and clinical depression. *Journal of Affective Disorders*, 75, 209-221.
- Ilardi, S. (2013, May 24). Depression is a disease of civilization [Video file]. Retrieved from <http://tedxtalks.ted.com/>
- Ingram, R. E., & Siegle, G. J. (2009). Methodological issues in the study of depression. In I. H. Gotlib & C. L. Hammen (Eds.), *Handbook of depression* (2nd ed., pp. 69-92). New York, NY: Guilford Press.
- Johns, G. (2010). Presenteeism in the workplace: A review and research agenda. *Journal of Organizational Behavior*, 31, 519-542.
- Kapusta, M. A., & Frank, S. (1977). The Book of Job and the modern view of depression. *Annals of Internal Medicine*, 86, 667-672.
- Kendler, K. S., Gardner, C. O., & Prescott, C. A. (2002). Toward a comprehensive developmental model for major depression in women. *American Journal of Psychiatry*, 159, 1133-1145.
- Kendler, K. S., Gardner, C. O., & Prescott, C. A. (2006). Toward a comprehensive developmental model for major depression in men. *American Journal of Psychiatry*, 163, 115-124.
- Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Koretz, D., Merikangas, K. R.,... Wang, P. S.

- (2003). The epidemiology of major depressive disorder: Results from the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R). *JAMA: The Journal of the American Medical Association*, 289, 3095-3105.
- Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K. R., & Walters, E. E. (2005). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*, 62, 593-602.
- Klein, D. N., & Kotov, R. (in press). Course of depression in a 10-year prospective study: Evidence for qualitatively distinct subgroups. *Journal of Abnormal Psychology*.
- Kroenke, K., & Spitzer, R. L. (2002). The PHQ-9: A new depression diagnostic and severity measure. *Psychiatric Annals*, 32, 509-515.
- Kung, S., Alarcon, R. D., Williams, M. D., Poppe, K. A., Jo Moore, M., & Frye, M. A. (2013). Comparing the Beck Depression Inventory-II (BDI-II) and Patient Health Questionnaire (PHQ-9) depression measures in an integrated mood disorders practice. *Journal of Affective Disorders*, 145, 341-343.
- Laborit, H. (1974). *La nouvelle grille*. Paris, France: Gallimard.
- Laborit, H. (1986). *L'inhibition de l'action* (2nd ed.). Paris, France: Masson.
- Laborit, H. (1993). Inhibition of action: An interdisciplinary approach to its mechanism and psychopathology. In H. C. Traue & J. W. Pennebaker (Eds.), *Emotion inhibition and health* (pp. 57-79). Kirkland, WA: Hogrefe & Huber Publishers.
- Laurent, E. (2014). Multiscale Enaction Model (MEM): The case of complexity and "context-sensitivity" in vision. *Frontiers in Psychology*, 5, 1425.
- Laurent, E., & Bianchi, R. (2016). Macrocognition through the Multiscale Enaction Model (MEM) lens: Identification of a blind spot of macrocognition research. *Frontiers in Psychology*, 7, 1123.
- Lawlor, C. (2012). *From melancholia to Prozac: A history of depression*. Oxford, UK: Oxford University Press.
- Le, H., Schmidt, F. L., Harter, J. K., & Lauver, K. J. (2010). The problem of empirical redundancy of constructs in organizational research: An empirical investigation. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 112, 112-125.
- Leiter, M. P., & Durup, J. (1994). The discriminant validity of burnout and depression: A confirmatory factor analytic study. *Anxiety, Stress & Coping: An International Journal*, 7, 357-373.
- Leiter, M. P., & Maslach, C. (2005). *Banishing burnout: Six strategies for improving your relationship with work*. San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- Leiter, M. P., & Maslach, C. (2009). Nurse turnover: The mediating role of burnout. *Journal of Nursing Management*, 17, 331-339.
- Leone, S. S., Wessely, S., Huibers, M. J. H., Knottnerus, J. A., & Kant, I. (2010). Two sides of the same coin? On the history and phenomenology of chronic fatigue and burnout. *Psychology & Health*, 26, 449-464.
- Lépine, J. P., Gasquet, I., Kovess, V., Arbabzadeh-Bouchez, S., Nègre-Pagès, L., Nachbaur, G., & Gaudin, A. F. (2005). Prévalence et comorbidité des troubles psychiatriques dans la population générale française : résultats de l'étude épidémiologique ESEMeD/MHEDEA 2000/(ESEMeD). *L'Encéphale*, 31, 182-194.
- Lerner, D., Adler, D. A., Chang, H., Lapitsky, L., Hood, M. Y., Perissinotto, C.,... Rogers, W. H. (2004). Unemployment, job retention, and productivity loss among employees with depression. *Psychiatric Services*, 55, 1371-1378.
- Lexis, M. A. S., Jansen, N. W. H., van Amelsvoort, L. G. P. M., van den Brandt, P. A., & Kant, I. (2009). Depressive complaints as a predictor of sickness absence among the working population. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 51, 887-895.
- Maslach, C. (1976). Burned-out. *Human Behavior*, 5, 16-22.
- Maslach, C., & Jackson, S. E. (1981). The measurement of experienced burnout. *Journal of Organizational Behavior*, 2, 99-113.
- Maslach, C., & Jackson, S. E. (1986). *Maslach Burnout Inventory manual* (2nd ed.). Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- Maslach, C., & Leiter, M. P. (1997). *The truth about burnout*. San Francisco, CA: Jossey Bass.
- Maslach, C., & Pines, A. (1977). The burn-out syndrome in the day care setting. *Child and Youth Care Forum*, 6, 100-113.
- Maslach, C., & Schaufeli, W. B. (1993). Historical and conceptual development of burnout. In W. B. Schaufeli, C. Maslach & T. Marek (Eds.), *Professional burnout: Recent developments in theory and research* (pp. 1-16). New York, NY: Taylor & Francis.
- Maslach, C., Schaufeli, W. B., & Leiter, M. P. (2001). Job burnout. *Annual Review of Psychology*, 52, 397-422.
- Matza, L. S., Revicki, D. A., Davidson, J. R., & Stewart, J. W. (2003). Depression with atypical features in the national comorbidity survey: Classification, description, and consequences. *Archives of General Psychiatry*, 60, 817-826.
- McTernan, W. P., Dollard, M. F., & LaMontagne, A. D. (2013). Depression in the workplace: An economic cost analysis of depression-related productivity loss attributable to job strain and bullying. *Work & Stress*, 27, 321-338.
- Meier, S. T. (1984). The construct validity of burnout. *Journal of Occupational Psychology*, 57, 211-219.
- Michel, A. (2016). Burnout and the brain. *Observer*, 29, 27-31.
- Moylan, S., Berk, M., Dean, O. M., Samuni, Y., Williams, L. J., O'Neil, A.,... Maes, M. (2014). Oxidative & nitrosative stress in depression: Why so much stress? *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 45, 46-62.
- Nesse, R. M. (2000). Is depression an adaptation? *Archives of General Psychiatry*, 57, 14-20.
- Nestler, E. J., Barrot, M., DiLeone, R. J., Eisch, A. J., Gold, S. J., & Monteggia, L. M. (2002). Neurobiology of depression. *Neuron*, 34, 13-25.
- Nestler, E. J., & Carlezon, W. A. (2006). The mesolimbic dopamine reward circuit in depression. *Biological Psychiatry*, 59, 1151-1159.
- Netterstrøm, B., Conrad, N., Bech, P., Fink, P., Olsen, O., Rugulies, R., et al. (2008). The relation between work-related psychosocial factors and the development of depression. *Epidemiologic Reviews*, 30, 118-132.
- Nezu, A. M., Nezu, C. M., Friedman, J., & Lee, M. (2009). Assessment of depression. In I. H. Gotlib & C. L. Hammen (Eds.), *Handbook of depression* (2nd ed., pp. 44-68). New York, NY: Guilford Press.
- Niedhammer, I., Malard, L., & Chastang, J. F. (2015). Occupational factors and subsequent major depressive and generalized anxiety disorders in the prospective French national SIP study. *BMC Public Health*, 15, 200.
- Nietzsche, F. (1988). *Humain, trop humain*. Paris, France: Gallimard.
- Norlund, S., Reuterwall, C., Höög, J., Janlert, U., & Slunga Järholm, L. (2015). Work situation and self-perceived economic situation as predictors of change in burnout – a prospective general population-based cohort study. *BMC Public Health*, 15, 329.
- Paine, W. S. (1982). The burnout syndrome in context. In J. W. Jones (Ed.), *The burnout syndrome* (pp. 1-29). Park Ridge, IL: London House.
- Paykel, E. S. (2008). Basic concepts of depression. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 10, 279-289.
- Périlleux, T. (2003). La subjectivation du travail. *Déviance et Société*, 27, 243-255.
- Peterson, C., Maier, S. F., & Seligman, M. E. P. (1993). *Learned helplessness: A theory for the age of personal control*. New York, NY: Oxford University Press.
- Pickles, A., & Angold, A. (2003). Natural categories or fundamental dimensions: On carving nature at the joints and the rearticulation of psychopathology. *Development and Psychopathology*, 15, 529-551.
- Pines, A., & Aronson, E. (1988). *Career burnout: Causes and cures*. New York, NY: Free Press.
- Pizzagalli, D. A. (2014). Depression, stress, and anhedonia: Toward a synthesis and integrated model. *Annual Review of Clinical Psychology*, 10, 393-423.
- Pryce, C. R., Azzinnari, D., Spinelli, S., Seifritz, E., Tegethoff, M., & Meinschmidt, G. (2011). Helplessness: A systematic translational review of theory and evidence for its relevance to understanding and treating depression. *Pharmacology & Therapeutics*, 132, 242-267.
- Quitkin, F. M. (2002). Depression with atypical features: Diagnostic validity, prevalence, and treatment. *The Primary Care Companion to the Journal of Clinical Psychiatry*, 4, 94-99.
- Rush, A. J. (2007). The varied clinical presentations of major depressive disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 68(Suppl. 8), 4-10.
- Rydmark, I., Wahlberg, K., Ghatan, P. H., Modell, S., Nygren, A., Ingvar, M.,... Heilig, M. (2006). Neuroendocrine, cognitive and structural imaging characteristics of women on longterm sickleave with job stress-induced depression. *Biological Psychiatry*, 60, 867-873.
- Sanz-Vergel, A. I., Rodríguez-Muñoz, A., & Nielsen, K. (2015). The thin line between work and home: The spillover and crossover of daily conflicts. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 88, 1-18.
- Sapolsky, R. M. (2004). *Why zebras don't get ulcers* (3rd ed.). New York, NY: Holt Paperbacks.

- Sapolsky, R. M. (2015). Stress and the brain: Individual variability and the inverted-U. *Nature Neuroscience*, 18, 1344-1346.
- Schaufeli, W. B. (2003). Past performance and future perspectives of burnout research. *South African Journal of Industrial Psychology*, 29, 1-15.
- Schaufeli, W. B., Bakker, A. B., & Van Rhenen, W. (2009). How changes in job demands and resources predict burnout, work engagement, and sickness absenteeism. *Journal of Organizational Behavior*, 30, 893-917.
- Schaufeli, W. B., & Buunk, B. P. (2004). Burnout: An overview of 25 years of research and theorizing. In M. J. Schabracq, J. A. M. Winnubst, & C. L. Cooper (Eds.), *The handbook of work and health psychology* (2nd ed., pp. 383-425). Chichester, UK: Wiley.
- Schaufeli, W. B., & Enzmann, D. (1998). *The burnout companion to study and practice: A critical analysis*. London, UK: Taylor & Francis.
- Schaufeli, W. B., Leiter, M. P., & Maslach, C. (2009). Burnout: 35 years of research and practice. *Career Development International*, 14, 204-220.
- Schaufeli, W. B., Leiter, M. P., Maslach, C., & Jackson, S. E. (1996). The MBI-General Survey. In C. Maslach, S. E. Jackson, & M. P. Leiter (Eds.), *Maslach Burnout Inventory manual* (3rd ed., pp. 19-26). Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- Schaufeli, W. B., & Taris, T. W. (2005). The conceptualization and measurement of burnout: Common ground and worlds apart. *Work & Stress*, 19, 256-262.
- Schlaepfer, T. E., Bewernick, B. H., Kayser, S., Hurlmann, R., & Coenen, V. A. (2014). Deep brain stimulation of the human reward system for major depression – rationale, outcomes and outlook. *Neuropsychopharmacology*, 39, 1303-1314.
- Schonfeld, I. S. (1991). *Burnout in teachers: Is it burnout or is it depression?* (Report No. 335329). Washington, DC: Education Resources Information Center.
- Schonfeld, I. S. (2001). Stress in 1st-year women teachers: The context of social support and coping. *Genetic, Social, and General Psychology Monographs*, 127, 133-168.
- Schonfeld, I. S., & Bianchi, R. (2016). Burnout and depression: Two entities or one? *Journal of Clinical Psychology*, 72, 22-37.
- Schulkin, J. (2004). *Allostasis, homeostasis, and the costs of physiological adaptation*. Cambridge, United Kingdom: Cambridge University Press.
- Seligman, M. E. P. (1972). Learned helplessness. *Annual Review of Medicine*, 23, 407-412.
- Seligman, M. E. P. (1975). *Helplessness: On depression, development, and death*. San Francisco, CA: W. H. Freeman.
- Shirom, A. (2003). Job-related burnout: A review. In J. C. Quick & L. E. Tetrick (Eds.), *Handbook of occupational health psychology* (pp. 245-264). Washington, DC: American Psychological Association.
- Shirom, A. (2005). Reflections on the study of burnout. *Work & Stress*, 19, 263-270.
- Shirom, A., & Melamed, S. (2006). A comparison of the construct validity of two burnout measures in two groups of professionals. *International Journal of Stress Management*, 13, 176-200.
- Simon, P.-J. (2002). *Histoire de la sociologie*. Paris, France: Presses Universitaires de France.
- Stansfeld, S., & Candy, B. (2006). Psychosocial work environment and mental health – a meta-analytic review. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, 32, 443-462.
- Sterling, P., & Eyer, J. (1988). Allostasis: A new paradigm to explain arousal pathology. In S. Fisher & J. Reason (Eds.), *Handbook of life stress, cognition and health* (pp. 629-649). New York, NY: Wiley.
- Stevenson, A., & Waite, M. (2011). *Concise Oxford English Dictionary* (12th ed.). Oxford, UK: Oxford University Press.
- Strohle, A., & Holsboer, F. (2003). Stress responsive neurohormones in depression and anxiety. *Pharmacopsychiatry*, 36(Suppl. 3), S207-S214.
- Swider, B. W., & Zimmerman, R. D. (2010). Born to burnout: A meta-analytic path model of personality, job burnout, and work outcomes. *Journal of Vocational Behavior*, 76, 487-506.
- Taris, T. W. (2006). Bricks without clay: On urban myths in occupational health psychology. *Work & Stress*, 20, 99-104.
- Taris, T. W., Le Blanc, P. M., Schaufeli, W. B., & Schreurs, P. J. G. (2005). Are there causal relationships between the dimensions of the Maslach Burnout Inventory? A review and two longitudinal tests. *Work & Stress*, 19, 238-255.

- Tennant, C. (2001). Work-related stress and depressive disorders. *Journal of Psychosomatic Research*, 51, 697-704.
- Thase, M. E. (2009). Neurobiological Aspects of Depression. In I. H. Gotlib & C. L. Hammen (Eds.), *Handbook of depression* (2nd ed., pp. 187-217). New York, NY: Guilford Press.
- Thurber, S., Snow, M., & Honts, C. R. (2002). The Zung Self-Rating Depression Scale: Convergent validity and diagnostic discrimination. *Assessment*, 9, 401-405.
- Toker, S., & Biron, M. (2012). Job burnout and depression: Unraveling their temporal relationship and considering the role of physical activity. *Journal of Applied Psychology*, 97, 699-710.
- Toppinen-Tanner, S., Ojajarvi, A., Väänänen, A., Kalimo, R., & Jäppinen, P. (2005). Burnout as a predictor of medically certified sick-leave absences and their diagnosed causes. *Behavioral Medicine*, 31, 18-32.
- Tsigos, C., & Chrousos, G. P. (2002). Hypothalamic-pituitary-adrenal axis, neuroendocrine factors and stress. *Journal of Psychosomatic Research*, 53, 865-871.
- Veil, C. (1959). Les états d'épuisement. « *Primum non nocere* ». *Le concours médical*, 23, 2675-2681.
- Verhoeven, J. E., Revesz, D., Epel, E. S., Lin, J., Wolkowitz, O. M., & Penninx, B. W. (2014). Major depressive disorder and accelerated cellular aging: Results from a large psychiatric cohort study. *Molecular Psychiatry*, 19, 895-901.
- Wang, J. (2005). Work stress as a risk factor for major depressive episode(s). *Psychological Medicine*, 35, 865-871.
- Wang, J., Smalles, E., Sareen, J., Schmitz, N., Fick, G., & Patten, S. (2012). Three job-related stress models and depression: A population-based study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 47, 185-193.
- Watzlawick, P. (1988). *L'invention de la réalité*. Paris, France: Seuil.
- Weber, A., & Jaekel-Reinhard, A. (2000). Burnout syndrome: A disease of modern societies? *Occupational Medicine*, 50, 512-517.
- Wikgren, M., Maripuu, M., Karlsson, T., Nordfjäll, K., Bergdahl, J., Hultdin, J.,... Norrback, K.-F. (2011). Short telomeres in depression and the general population are associated with a hypocortisolemic state. *Biological Psychiatry*, 71, 294-300.
- Willner, P., Scheel-Kruger, J., & Belzung, C. (2013). The neurobiology of depression and antidepressant action. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 37(10 Pt. 1), 2331-2371.
- World Health Organization, & Calouste Gulbenkian Foundation (2014). *Social determinants of mental health*. Geneva, Switzerland: World Health Organization.
- Wurm, W., Vogel, K., Holl, A., Ebner, C., Bayer, D., Morkl, S.,... Hofmann, P. (2016). Depression-burnout overlap in physicians. *PLoS ONE*, 11, e0149913.
- Zivin, K., Ilgen, M. A., Pfeiffer, P. N., Welsh, D. E., McCarthy, J., Valenstein, M.,... Kales, H. C. (2012). Early mortality and years of potential life lost among Veterans Affairs patients with depression. *Psychiatric Services*, 63, 823-826.

## LECTURES RECOMMANDÉES

- Bianchi, R., Schonfeld, I. S., & Laurent, E. (2015). Burnout-depression overlap: A review. *Clinical Psychology Review*, 36, 28-41.
- Insel, T., Cuthbert, B., Garvey, M., Heinssen, R., Pine, D. S., Quinn, K., et al. (2010). Research Domain Criteria (RDoC): Toward a new classification framework for research on mental disorders. *American Journal of Psychiatry*, 167, 748-751.
- Nesse, R. M. (2000). Is depression an adaptation? *Archives of General Psychiatry*, 57, 14-20.
- Pickles, A., & Angold, A. (2003). Natural categories or fundamental dimensions: On carving nature at the joints and the rearticulation of psychopathology. *Development and Psychopathology*, 15, 529-551.
- Sapolsky, R. M. (2004). *Why zebras don't get ulcers* (3rd ed.). New York, NY: Holt Paperbacks.