



# Repérage du risque de burnout et équilibre occupationnel

Mémoire d'initiation à la recherche

BEBIN, Marie-Claire  
Promotion 2016-2019

CAIRE, Jean-Michel  
Maître de mémoire





## Charte anti-plagiat de la Direction régionale et départementale de la Jeunesse, des sports et de la Cohésion sociale de Normandie

La Direction Régionale et Départementale de la Jeunesse, des Sports et de la Cohésion sociale délivre sous l'autorité du Préfet de région les diplômes de travail social et professions de santé non médicales et sous l'autorité du Ministre chargé des sports les diplômes du champ du sport et de l'animation.

Elle est également garante de la qualité des enseignements délivrés dans les dispositifs de formation préparant à l'obtention des diplômes des champs du travail social, de l'animation et du sport.

C'est dans le but de garantir la valeur des diplômes qu'elle délivre et la qualité des dispositifs de formation qu'elle évalue que les directives suivantes sont formulées à l'endroit des étudiants et stagiaires en formation.

### Article 1 :

« Le plagiat consiste à insérer dans tout travail, écrit ou oral, des formulations, phrases, passages, images, en les faisant passer pour siens. Le plagiat est réalisé de la part de l'auteur du travail (devenu le plagiaire) par l'omission de la référence correcte aux textes ou aux idées d'autrui et à leur source »<sup>i</sup>.

### Article 2 :

Tout étudiant, tout stagiaire s'engage à encadrer par des guillemets tout texte ou partie de texte emprunté(e) ; et à faire figurer explicitement dans l'ensemble de ses travaux les références des sources de cet emprunt. Ce référencement doit permettre au lecteur et correcteur de vérifier l'exactitude des informations rapportées par consultation des sources utilisées.

### Article 3 :

Le plagiaire s'expose aux procédures disciplinaires prévues au règlement de fonctionnement de l'établissement de formation. En application du Code de l'éducation<sup>ii</sup> et du Code pénal<sup>iii</sup>, il s'expose également aux poursuites et peines pénales que la DRDJSCS est en droit d'engager. Cette exposition vaut également pour tout complice du délit.

### Article 4 :

Tout étudiant et stagiaire s'engage à faire figurer et à signer sur chacun de ses travaux, deuxième de couverture, cette charte dûment signée qui vaut engagement :

Je soussigné-e ..... *Marie-Claire BÉBIN* .....

*atteste avoir pris connaissance de la charte anti plagiat élaborée par la DRDJSCS de Normandie et de m'y être conformé-e.*

*Et certifie que le mémoire/dossier présenté étant le fruit de mon travail personnel, je veillerai à ce qu'il ne puisse être cité sans respect des principes de cette charte*

Fait à ..... *EVREUX* .....

Le ..... *10 janvier 2019* ..... signature *Bis*

<sup>i</sup> Site Université de Genève <http://www.unige.ch/ses/telecharger/unige/directive-PLAGIAT-19092011.pdf>

<sup>ii</sup> Article L331-3 du Code de l'éducation : « les fraudes commises dans les examens et les concours publics qui ont pour objet l'acquisition d'un diplôme délivré par l'Etat sont réprimées dans les conditions fixées par la loi du 23 décembre 1901 réprimant les fraudes dans les examens et concours publics ».

<sup>iii</sup> Articles 121-6 et 121-7 du Code pénal.









## REMERCIEMENTS

*Je tiens à remercier toutes les personnes qui m'ont aidées dans ce travail d'initiation à la recherche notamment mon maître de mémoire Mr Jean-Michel Caire ainsi que les professionnels interrogés.*

*Je suis également très reconnaissante auprès de les toutes personnes qui m'ont encouragées et soutenues dans mon parcours de reconversion professionnelle, au cours de mes trois années d'enseignement et à l'occasion des stages pratiques.*

*« La meilleure chose et la plus sûre consiste à maintenir un équilibre dans votre vie, de reconnaître les grandes forces autour de nous et en nous. Si vous pouvez faire cela et vivre de cette façon, vous êtes vraiment un homme sage ».*  
*Euripide*



# SOMMAIRE

Introduction.....	1
1. Cadre contextuel et conceptuel.....	2
1.1 Souffrance au travail et burnout.....	2
1.1.1 Sujet d'actualité.....	2
1.1.2 Définition.....	3
1.1.3 Difficulté d'évaluation et controverses.....	4
1.1.4 Processus lié à l'engagement dans le travail.....	5
1.1.5 Santé, travail, vie personnelle et conciliation.....	6
1.1.6 Projet pilote burnout.....	7
2.1 L'ergothérapeute et son intervention.....	8
2.1.1 L'ergothérapeute.....	8
2.1.2 Compétences et habilitation de l'ergothérapeute.....	9
2.1.3 Champs d'intervention.....	9
2.1.4 Travail en équipe pluridisciplinaire.....	11
2.2.5 Processus d'intervention de l'ergothérapeute.....	11
2.2.6 Evaluation initiale.....	12
2.1.7 Outils d'évaluation.....	13
3.1 Occupations et équilibre occupationnel.....	15
3.1.1 Les occupations.....	15
3.1.2 L'engagement occupationnel et la participation.....	16
3.1.3 L'équilibre occupationnel.....	17
3.1.4 Le déséquilibre occupationnel.....	18
3.1.5 Les modèles d'intervention occupationnels et outils associés.....	19
3.1.6 L'évaluation du niveau d'équilibre occupationnel et ses outils.....	20
2. Cadre expérimental.....	22
2.1 Méthodologie d'initiation à la recherche.....	22

2.1.1 Démarche .....	22
2.1.2 Question d'initiation à la recherche.....	22
2.1.3 Hypothèse d'initiation à la recherche .....	23
2.1.4 Populations et échantillon de l'étude .....	24
2.1.5 Outil d'investigation : l'entretien semi-directif individuel.....	26
2.1.6 Méthode d'analyse.....	29
2.2 Résultats et analyses .....	29
2.2.1 Présentation de l'échantillon.....	29
2.2.2 Analyse de contenu des entretiens.....	30
2.2.3 Analyse de contenu des thèmes principaux.....	31
3. Discussion et perspectives .....	33
3.1 Comparaison des résultats avec le cadre théorique.....	33
3.2 Réponse à la question de recherche.....	34
3.3 Eléments complémentaires à la recherche .....	35
3.4 Analyses des biais et limites de l'étude .....	36
3.5 Axes d'améliorations et aspects positifs de l'étude .....	37
3.6 Transférabilité et perspectives .....	38
3.6.1 Perspectives dans mes futures pratiques professionnelles .....	38
3.6.2 Perspectives pour ma future pratique en équipe .....	39
3.6.3 Perspectives des sujets étudiés.....	39
Conclusion .....	41
Bibliographie.....	42
Sitographie.....	46
Filmographie .....	47
Glossaire.....	48

## ANNEXES

## Introduction

Le burnout, épuisement total lié au travail, est un sujet d'actualité et de Santé Publique. L'équilibre occupationnel (ou équilibre de vie d'un point de vue des activités humaines) est un concept de la Science de l'Occupation fondamental en ergothérapie (Larivière, 2019). Découvert lors d'une réunion organisée par la délégation Normande de l'Association Nationale Française des Ergothérapeutes (ANFE) en 2017, il a généré pour moi un fort intérêt ainsi qu'une idée de départ de sujet d'initiation à la recherche en vue du Diplôme d'Etat d'ergothérapeute. Le choix d'associer les thèmes et de choisir la population des personnes menacées ou en situation de burnout s'est effectué suite au visionnage d'un reportage « *La mécanique burnout* », réalisé par Elsa Fayner et diffusé le 14 février 2018 dans l'émission « Le monde en face » sur la chaîne de télévision France 5. Les cinq personnes interviewées mettaient tout leur temps et énergie dans leur activité professionnelle. De même, dans son livre témoignage suite à son burnout, Mme Aude Selly, ancienne Responsable des Ressources Humaines d'un supermarché en région parisienne, s'interroge « *J'avais un engagement disproportionné ?* » (Selly, 2013). L'engagement du travailleur serait un des facteurs principaux. Compte tenu de mon expérience passée dans l'industrie, cette problématique de santé et sociétale ne m'était pas inconnue. Par ailleurs, lors de mes stages en situation professionnelle, j'ai pu rencontrer des patients diagnostiqués en burnout et des soignants me confiant y avoir été confronté.

Le dépistage d'un burnout multifactoriel semble complexe. Néanmoins, sa détection au plus tôt permet de limiter les conséquences sanitaires, familiales, sociales et économiques.

L'idée de l'étudier sous l'angle occupationnel m'a paru constituer une nouvelle approche intéressante. Aussi, je me suis posé cette première question :

**Comment un ergothérapeute peut-il contribuer au repérage d'un Burnout ?**

Dans une première partie, les cadres contextuel et conceptuel du sujet de l'étude seront développés. Ensuite dans le cadre expérimental, la méthodologie d'initiation à la recherche sera décrite et explicitée. Les résultats seront présentés, analysés puis discutés. Enfin, des perspectives d'ouverture seront proposées avant de conclure.

# 1. Cadre contextuel et conceptuel

## 1.1 Souffrance au travail et burnout

### 1.1.1 Sujet d'actualité

Le concept de souffrance au travail recouvre l'ensemble des effets négatifs du travail sur l'individu. Le burnout (BO) en est un. Quelque fois appelé syndrome d'épuisement professionnel, c'est un sujet dont on entend beaucoup parler. Le terme angliciste est quelque fois utilisé abusivement. Cependant, c'est celui qui est utilisé dans la littérature scientifique et sur le terrain c'est pourquoi c'est celui que nous retiendrons. Initialement identifié dans les années 1970 parmi le personnel soignant et aidant, il touche aujourd'hui toutes les professions et tous les statuts (Peters, Mesters, 2010).

Selon une étude clinique de 2014 portant sur la population française occupée telle que l'INSEE l'identifie, 12,6% des actifs occupés (soit trois millions de personnes) seraient en situation de risque élevé de burnout (BO), (Technologia, 2014). L'Institut de Veille Sanitaire estime qu'il y a 480000 salariés français en souffrance psychologique lié au travail dont environ 7 % en burnout soit un peu plus de 30000 personnes (Académie de Médecine, 2016).

La principale cause identifiée est l'intensification du travail en termes de charge physique mais surtout émotionnelle dite charge mentale. Les femmes seraient plus exposées que les hommes ainsi que les personnes ayant un ou plusieurs enfants à charge d'autant plus si elles vivent seules. Il s'agit d'une problématique de Santé Publique qui fait débat et engendre des coûts importants. A ce jour, le BO n'a pas été reconnu comme maladie professionnelle. Cependant, il peut engendrer de graves effets sur la santé des personnes, dans leur vie sociale et impacter fortement leur environnement personnel et professionnel.

Selon Technologia (2014), des pathologies lourdes lui sont associées. Il s'agit notamment de l'Accident Vasculaire Cérébral (AVC) : première cause de handicap acquis de l'adulte et de deuxième cause de mortalité en France selon l'Institut National de la Santé et de la recherche Médicale (INSERM). L'infarctus du myocarde et la hernie discale sont aussi cités. Et dans les cas les plus graves, il peut conduire au suicide, qui est une urgence mondiale pour l'Organisation mondiale de la Santé (OMS). Avec 17 suicides pour 100 000 habitants, la France présente un des taux de

suicide les élèves d'Europe (après la Belgique) avec un niveau nettement supérieur à la moyenne européenne, qui s'établit à 10,2 suicides pour 100 000 habitants (INSERM, 2014). Il s'agit donc d'un problème majeur de santé publique dont l'impact en termes humains et économiques est important.

### 1.1.2 Définition

Le burnout n'est pas considéré comme une maladie dans les classifications de références (CIM-10 et DSM-5). Il est défini comme un véritable syndrome qui se définit comme un épuisement physique, émotionnel et mental résultant d'un investissement prolongé dans des situations de travail exigeantes sur le plan émotionnel (HAS, 2017).

Selon les travaux de Maslasch (2016), chercheuse en psychologie sociale, il s'agit d'un « *processus de dégradation du rapport subjectif au travail* » qui s'effectue dans trois dimensions symptomatiques :

- l'épuisement émotionnel (la fatigue devient chronique)
- la dépersonnalisation (insensibilité) dans la relation à autrui et cynisme vis-à-vis du travail
- la perte de l'estime de soi (un effondrement du sentiment d'efficacité personnelle).

**Nous retiendrons comme définition du burnout un épuisement physique, émotionnel et psychique lié au travail.**

Selon l'HAS (2017), les manifestations cliniques non spécifiques sont de 5 types :

- émotionnel (anxiété, tristesse, hypersensibilité, absence d'émotion...)
- cognitif (troubles de la mémoire, de l'attention, de la concentration...)
- comportemental ou interpersonnel (isolement social, comportement agressif ou violent, diminution de l'empathie, comportements addictifs et à risques, négligence des loisirs voire de la présentation et de l'hygiène ...)
- motivationnel (désengagement, remise en cause professionnelle, dévalorisation...)
- physique (troubles du sommeil, troubles musculosquelettiques, gastro-intestinaux...)

Ces différents signes s'installent progressivement et souvent insidieusement jusqu'à une rupture avec un état antérieur de santé.

En psychopathologie du travail, le burnout appartient aux pathologies de surcharge lié au travail. Les troubles musculosquelettiques en représenteraient la pathologie la plus courante. Selon INRS, c'est la première cause de maladie professionnelle en France depuis plus de 20 ans. Le burnout est un syndrome mixte associant des symptômes psychiques et somatiques (Dejours, Gernet, 2016). Selon ces auteurs, **l'engagement personnel est le facteur de risque principal** et l'état d'épuisement résulte du franchissement d'un seuil d'adaptation propre à chaque individu.

Pour Bataille (2015), le burnout est une conséquence du stress au travail. Il est lié à la surcharge et à l'isolement. Selon l'Institut National de Recherche et de Sécurité (2014) pour la prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles, il est à la croisée des facteurs liés à l'individu incluant l'engagement dans le travail et l'exposition prolongée à des facteurs de risques psychosociaux. Les RPS regroupent : exigences du travail, exigences émotionnelles, manque d'autonomie, manque de soutien social et de reconnaissance, conflits de valeur, insécurité de l'emploi et du travail. Leur prévention est une obligation pour les employeurs. Si l'absence de RPS est nécessaire à la qualité de vie au travail, en parallèle on voit apparaître de nouvelles pratiques en entreprise comme la prise en compte de la conciliation des temps de vie (INRS, 2014).

### 1.1.3 Difficulté d'évaluation et controverses

Le 27 avril 2016, le syndrome a fait l'objet, par Mme la Ministre des Affaires sociales et de la Santé, d'une demande de recommandations de bonnes pratiques auprès de la Haute Autorité de Santé (HAS). L'objectif était d'améliorer les connaissances afin de mieux le définir, le repérer, le prévenir et le prendre en charge en équipe (HAS, 2017). Ces bonnes pratiques sont destinées aux médecins et aux autres professionnels de santé dont font partie les ergothérapeutes.

En parallèle, beaucoup d'actions sont portées sur la prévention primaire, notamment par l'Institut National de Recherche et de Sécurité pour la prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles (INRS, 2014). L'objectif est de diminuer l'incidence, c'est-à-dire l'apparition du nouveaux cas au niveau de la population saine, en agissant en amont avant l'apparition des symptômes et en réduisant les causes et des facteurs de risque (RPS). L'OMS parle de protection par l'éducation pour la santé, la promotion de la santé et l'information auprès de la population.

Beaucoup d'outils ont été développés pour tenter de le caractériser.

Une revue de littérature internationale sur les mots « Burn-out » et « épuisement professionnel », que l'on assimile, a été menée. Elle synthétise toutes les publications concernant l'historique du concept, ses mesures et ses controverses en Europe (Kovess-Masfety, Saunder, 2016). Selon celle-ci, le Maslach Burnout Inventory (MBI) est la principale méthode de mesure recensée dans les articles scientifiques. La création de seuil au-delà duquel la personne serait en BO permettrait d'évaluer un état et d'établir un diagnostic. Cependant, son établissement est controversé. Le niveau de connaissance scientifique au sujet du burnout est jugé unanimement insuffisant.

L'Académie Nationale de Médecine dans son rapport « *Le Burn-out* » de février 2016, retient le terme BO et non celui du syndrome d'épuisement professionnel. Néanmoins, elle considère qu'il peut être source de confusion en raison des limites imprécises de la symptomatologie. Elle reprend les conclusions de l'Agence Européenne de Sécurité et Santé au Travail, concernant le retard de la France dans la prévention des RPS au regard des pays d'Europe du Nord et du Canada. Ceux-ci ont réussi à promouvoir la santé mentale au travail et ont mis l'accent sur le bien-être au travail (non la souffrance). Enfin selon l'académie, le MBI ne peut être considéré comme un outil diagnostique du burnout. A ce jour, selon l'Académie, il n'y a aucun outil de diagnostic.

Une autre approche pourrait éclairer le repérage du burnout. Il s'agit de comprendre son processus de survenue.

#### 1.1.4 Processus lié à l'engagement dans le travail

Les nouvelles organisations du travail favorisent et valorisent le surengagement dans le travail. D'après l'étude de Technologia (2014), l'apparition et le développement du burnout comportent quatre phases, décrites ci-dessous, de durées variables selon les individus et les situations :

##### - la phase d'engagement : plaisir au travail

La perception de bien-être et de bonne santé est présente au travail. La persévérance est flexible.

##### - la phase d'alarme : le début du surengagement au travail

La motivation au travail est toujours forte, cependant l'attention consacré à la satisfaction de ses propres besoins non professionnels est de plus en plus réduite. L'activité professionnelle et les pensées professionnelles vont investir toutes les

sphères de vie. Les plaintes des proches commencent généralement à s'exprimer. Un déséquilibre vie professionnelle - vie privée s'installe. Les signes physiques commencent à se manifester de façon récurrente. Ils ne sont souvent pas pris en compte. **A cette étape, la détection pourrait être évitée.**

#### - la phase de résistance : l'acharnement frénétique

Le surmenage et la suractivité professionnelle sont niées. L'anxiété grandit, l'estime de soi est affectée. La personne commence à douter de ses capacités mais elle s'obstine sans plaisir. L'obstination est rigide et compulsive. C'est à ce stade que sont observés les signes de détachement et d'attitudes négatives. La personne n'est plus capable de s'adapter. Les manifestations cliniques s'intensifient et peuvent permettre de mettre le salarié en arrêt. Sans aide extérieure, la personne a l'illusion de pouvoir encore tenir.

#### - la phase finale : l'effondrement

C'est la dernière phase qui consiste à l'effondrement de toutes les dimensions de la personne : physique, émotionnelle et psychique. Un état d'anxiété très fort et la maladie dépressive sont souvent présents. C'est à ce stade que l'on peut observer des pathologies plus graves et où le risque suicidaire est majeur.

Le schéma du continuum de l'engagement et celui illustrant les différentes phases du burnout sont en annexes III.

Selon l'étude, le **surengagement ou surinvestissement est le symptôme initial du burnout**. Les sujets ayant de grandes capacités d'engagement confrontés à des contextes de travail défavorables sont donc plus enclins à développer un burnout.

Pour l'Académie Nationale de Médecine (2016), la lutte contre le surengagement professionnelle doit faire partie intégrante de la démarche de prévention

L'engagement dans le travail est source de bien-être alors que le surengagement, qui peut mener au burnout, a des répercussions nuisibles sur la santé et la vie privée.

### 1.1.5 Santé, travail, vie personnelle et conciliation

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) définit la santé comme «*un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité*». L'OMS stipule également que le travail est bon pour la santé, bien que des conditions négatives puissent entraîner des problèmes de santé.



Cependant, elle recommande des pratiques organisationnelles s'appuyant sur un équilibre sain entre travail et vie personnelle (OMS, 2017).

La part du travail dans la vie d'une personne active en France est très souvent interrogée. Dans son guide d'aide à la prévention du BO daté de 2015, la Direction Générale du Travail (DGT) précise qu'il faut prendre des mesures visant à rétablir l'équilibre de l'individu en agissant à la fois sur sa sphère professionnelle mais aussi personnelle (DGT, 2015). Pour le Ministère du Travail, le burnout serait la conséquence de l'exposition à des facteurs de RPS engendrant une situation de déséquilibre pour l'individu. Cependant, les études manquent pour estimer le poids de chaque facteur (Académie Nationale de Médecine, 2016). Par ailleurs, rien n'est précisé au sujet de l'estimation du déséquilibre.

La conciliation travail-vie personnelle semble être une problématique au cœur des débats tant sociétal qu'au sein même des foyers. Au Québec, la question est prise très au sérieux. Un label de qualité pour les entreprises favorisant cette conciliation a été mis en place. En France, l'Agence Nationale pour l'Amélioration des Conditions de Travail (ANACT), a réalisé en 2014 un sondage TNS Sofres en ligne sur le sujet auprès de plus de 1000 personnes actives et occupés représentatives de la population active française. Les résultats indiquent notamment que 50% des personnes reconnaissent avoir des difficultés réelles à gérer le quotidien et 27% n'arrivent pas consacrer du temps à leur activités de loisirs. La conclusion du sondage est que réussir à concilier vie professionnelle et personnelle correspond à un équilibre désirable mais complexe à atteindre et un tiers des salariés estiment que **leur équilibre s'est dégradé** au cours de ces dernières années.

Selon l'étude Technologia (2014), la détection de l'entrée dans le surengagement au travail engendrant un déséquilibre dans les champs d'intérêt de la personne dont la négligence de leur propre santé et équilibre de vie, serait une des clés essentielles de la prévention du burnout. L'ergothérapie pourrait avoir un rôle à jouer.

### 1.1.6 Projet pilote burnout

En janvier 2019, le Ministère des Affaires Sociales et de la Santé Publique belge a lancé un projet pilote pour les travailleurs menacés ou atteints à un stade précoce par un burnout. Il s'adresse aux personnes en souffrance au travail qui cumulent les courts

arrêts ou qui sont en arrêt de travail depuis moins de 2 mois. Ce projet est piloté par l'Agence Fédérale des Risques Professionnels (FEDRIS) institution publique de sécurité sociale. Il propose un trajet de soin burnout présenté en annexe X (FEDRIS, 2019). La première étape consiste en une confirmation du diagnostic de burnout auprès d'intervenants burnout (certifié par le ministère) suite à la demande d'un médecin traitant, d'un conseiller en prévention ou d'un médecin du travail. Un accompagnement flexible et adapté est proposé à chaque situation. Son coût est entièrement pris en charge par FEDRIS. Quand c'est possible, une réunion d'équipe pluridisciplinaire sur le lieu de travail est envisagée. L'objectif du programme est de permettre le maintien au travail ou une reprise rapide. Eventuellement la construction d'un nouveau projet professionnel peut être proposée (FEDRIS, 2019). Le trajet de prise en charge du programme pilote burnout FEDRIS est présenté en annexes III.

Les missions des **intervenants burnout certifiés** sont dans un premier temps, dépistage et le diagnostic du burnout, puis l'accompagnement du travailleur ainsi que la communication et la concertation entre les différents acteurs. Des **ergothérapeutes** ont été retenus pour ce rôle.

## 2.1 L'ergothérapeute et son intervention

### 2.1.1 L'ergothérapeute

L'étymologie de l'ergothérapie vient de grec « ergein » qui signifie faire, travailler, agir. L'ergothérapie part du principe qu'agir est un besoin fondamental pour l'homme. C'est à travers les activités que l'ergothérapeute cherche à comprendre la personne et à l'aider.

L'ergothérapeute est un professionnel de santé qui fonde sa pratique sur le lien entre l'activité humaine et la santé. Il a pour objectif de maintenir, de restaurer et de permettre les activités, dont professionnelles, et ce, quel que soit la situation de handicap (ANFE, 2018).

L'ergothérapie permet aux personnes d'organiser et d'accomplir les activités qu'elles considèrent comme importantes dans leur vie quotidienne. La finalité est l'engagement dans des occupations qui concourent à la participation sociale et à l'amélioration de la qualité de vie des personnes (Meyer, 2010).

### 2.1.2 Compétences et habilitation de l'ergothérapeute

Dans l'arrêté du 5 juillet 2010 relatif au diplôme d'Etat d'ergothérapeute, la première compétence attendue est « **évaluer une situation et élaborer un diagnostic ergothérapeutique** » (Ministère du travail, de la solidarité et de la fonction publique, Ministère de la santé et des sports, 2010). Il s'agit de repérer et d'analyser les comportements et situations à risque pour la santé, d'évaluer les limitations d'activité et les restrictions de participation en prenant en compte les pathologies, les environnements humains, matériels et les habitudes de vie (dont le travail).

Par ailleurs, la compétence 5, « **élaborer et conduire une démarche éducative et de conseil en ergothérapie et en santé publique** » précise clairement le rôle de l'ergothérapeute dans l'accompagnement d'une personne à prendre conscience de la nécessité d'un équilibre entre ses différentes activités humaines.

Selon T Townsend, Polatajko (2013), la compétence primordiale de l'ergothérapeute est l'habilitation aux activités de la personne. Habilitier aux occupations, c'est faciliter ses activités signifiantes et significatives pour elle. Ceci correspond à rendre la personne capable de choisir, de s'organiser et de gérer ses occupations contribuant à un changement et à une adaptation positive (Townsend, Polatajko, 2013). L'objectif est de rendre la personne autonome dans la gestion de son quotidien et de sa vie. Selon les auteurs, l'habilitation des personnes en ergothérapie s'établit sur la base de stratégies et habiletés développées par le thérapeute dans une relation collaborative avec la personne. Ceci implique une approche humaniste centrée sur la personne.

### 2.1.3 Champs d'intervention

Dans sa pratique, l'ergothérapeute est amené à évaluer les difficultés et les performances de la personne : :

- motrices
- sensorielles
- cognitives
- psychiques.

Il s'intéresse et analyse les besoins, les activités, les habitudes de vie, les facteurs environnementaux et les situations de handicap d'une personne dans sa globalité et singularité.

Ainsi au niveau de la réalisation par une personne de ses activités, l'ergothérapeute évalue :

- les conséquences des problématiques de santé physique et mentale
- les facteurs positifs ou négatifs liés à l'environnement (physique et humain)
- les caractéristiques des activités, les habitudes de vie et les rôles associés
- le niveau d'autonomie de la personne.

L'ergothérapeute tente d'aider la personne à optimiser sa participation dans ses activités qu'elle considère comme importantes.

Selon l'ordre des ergothérapeutes du Québec (2019), au niveau occupationnel l'ergothérapeute est responsable de la prévention, du diagnostic fonctionnel, de la recherche et du traitement des occupations quotidiennes dans différents domaines tels que les soins personnels (alimentation, hygiène), les loisirs (jeux et loisirs) et la productivité (activités scolaires ou professionnelles). Selon eux, « *L'information, la promotion de la santé et la prévention du suicide, de la maladie, des accidents et des problèmes sociaux auprès des individus, des familles et des collectivités font également partie de l'exercice de la profession* ».

Ainsi, la protection et la promotion de la santé et de la qualité de vie des personnes dont le travail constitue une des missions du métier de l'ergothérapeute.

L'ergothérapeute exerce auprès de personnes ayant des problèmes liés à leur santé physique, émotionnelle ou à leur santé mentale, ou pour prévenir l'apparition de tels problèmes. Il intervient en faveur d'une personne ou d'un groupe de personnes dans un environnement médical, éducatif, social et professionnel. Son intervention paraît donc indiquée auprès des personnes en situation de risque du burnout ou de BO avéré.

Dans le repérage et la prise en soin de ses personnes en équipe pluridisciplinaire, l'avantage de l'ergothérapeute est d'être un intermédiaire entre les besoins d'adaptation de la personne et les exigences de la vie en société. L'ergothérapie offre une approche holistique intégrant une compréhension globale de l'individu et systémique nécessaire à la situation.

### 2.1.4 Travail en équipe pluridisciplinaire

Généralement, l'ergothérapeute travaille en collaboration étroite avec le médecin, le personnel infirmier, les autres paramédicaux, le psychologue, les travailleurs sociaux et personnel d'aide à la réinsertion. Les membres de cette équipe pluridisciplinaire évaluent le patient selon leur spécialité et spécificité et confrontent leurs constatations pour aboutir à une évaluation globale concernant les difficultés mais surtout les capacités et possibilités du patient.

Nous retrouvons des ergothérapeutes dans les secteurs sanitaire, médico-social voir social lié au handicap. Sa place dans la réinsertion professionnelle hors du champ du handicap semble à construire en France. Autour de la personne en souffrance au travail et présentant des difficultés de santé et/ou sociales les principaux acteurs directs sont : médecin traitant, médecin du travail, psychologue du travail (ou clinicien), assistante sociale, employeur, service des Ressources Humaines, hiérarchie du travailleur et collègues dont représentants du personnel.

L'Union professionnelle des ergothérapeutes belges (UPE) s'est positionnée pour répondre à la demande d'actions par le Ministère de la Santé en vue du retour à l'emploi des personnes ayant des maladies chroniques. Des outils pour faciliter leur intervention dans la réinsertion professionnelle ont été mis à disposition. En 2017-2018, cinquante ergothérapeutes ont été formés et certifiés pour intervenir dans le champ de la réinsertion professionnelle en Belgique ainsi promouvoir la plus-value du métier (Herinckx, Guisset, 2019).

L'ergothérapeute qui a donc toute sa place auprès des travailleurs, intervient à travers un processus d'intervention particulier que nous allons décrire.

### 2.2.5 Processus d'intervention de l'ergothérapeute

Le prérequis à son action est l'établissement d'une relation de confiance avec la personne. Selon Meyer (2010), son intervention correspond à une démarche de résolution de problème en collaboration étroite avec la personne. Elle comprend des phases d'évaluations de la personne et de son environnement, l'établissement d'objectifs et de moyens puis de mesure de résultats. Elle comprend des opérations variées avec la personne, son entourage (dont professionnel) et des actions de collaboration avec d'autres professionnelles et administration (Meyer, 2010).

La pratique centrée sur la personne développée en ergothérapie par les canadiens, s'appuie sur la collaboration avec pour objectif la promotion de l'occupation de la personne (Meyer 2010). La personne dispose d'une expertise concernant la compréhension de sa situation. Un partenariat thérapeute-personne est nécessaire. La personne, responsabilisée, est un acteur coactif.

Selon Meyer (2010), l'ergothérapeute bien plus qu'un thérapeute, est un évaluateur et un facilitateur de l'action de la personne, un coach ou une ressource voire un défenseur de ses intérêts.

Le processus d'intervention de l'ergothérapeute est souvent décrit comme une démarche de résolution de problème. Sa spécificité ergothérapeutique est le fait qu'elle **s'attache aux problématiques liées à l'agir et aux occupations des personnes.**

Selon Meyer (2010), le processus d'intervention comprend les 4 étapes suivantes :

- L'évaluation initiale formative
- La planification du traitement
- L'exécution du traitement
- L'évaluation sommative

Nous nous intéressons dans ce travail à la première étape.

### 2.2.6 Evaluation initiale

Evaluer signifie donner une valeur, mais également déterminer une quantité (Meyer, 2013). L'évaluation est « *une démarche d'obtention, d'interprétation et d'appréciation d'informations sur les performances occupationnelles qui visent à prioriser les problèmes et besoins des usagers, à planifier et à modifier les interventions ainsi qu'à juger de la valeur des interventions* » (Meyer, 2013).

L'évaluation en ergothérapie est une dynamique qui tient compte de la personne, de son environnement, de ses activités humaines et de leurs interactions (Caire, 2013). Elle est dite holistique.

L'évaluation formative est définie par le fait qu'elle a pour fonction d'améliorer l'apprentissage et de développer les performances d'une personne en détectant ses difficultés (diagnostic) afin de lui venir en aide. Elle tente de l'impliquer et a pour but de la guider pour apporter (s'il y a lieu) des améliorations ou des correctifs appropriés. Visant le processus d'apprentissage plutôt que son résultat, elle s'apparente à un

processus d'accompagnement rendant compréhensible les facteurs en jeu et autonomise la personne dans son propre processus de fonctionnement et d'apprentissage. Elle permet la compréhension et l'adaptation et cherche plus à modifier un comportement qu'à combler un déficit.

Cette démarche comprend des actions auprès de la personne et son environnement (humain et matériel) ainsi que de la collaboration avec d'autres professionnels.

L'évaluation formative comprend l'élaboration d'une demande d'intervention, le recueil de données, l'analyse des informations concernant la personne et se termine par l'interprétation des problématiques (Meyer, 2010).

Elle comporte quatre phases :

- la collecte d'information
- le choix des éléments à évaluer et de l'**outil** en vue de l'approfondissement permettant d'établir un état occupationnel
- l'analyse et l'interprétation des problématiques occupationnels, des potentiels de la personne et des facteurs explicatifs permettant de définir les besoins de traitement
- enfin la formalisation écrite et la communication (Caire, 2013).

Elle permet donc d'aboutir **au diagnostic en ergothérapie**. Il est la résultante du processus d'évaluation et le fruit d'une co-construction avec la personne à partir d'une approche top-down centrée sur les occupations. L'ergothérapeute se prononce sur l'évolution de la situation et les éventuels risques (Caire, Schabaille, 2017).

### 2.1.7 Outils d'évaluation

L'évaluation s'effectue à partir d'un ou plusieurs modèles/cadres de référence. Elle s'appuie sur des modèles de pratique permettant une évaluation globale et centrée sur la personne, certains proposent des outils associés.

Les outils disponibles sont variés. L'ergothérapeute doit choisir ses outils avec discernement en fonction de ce qu'il veut et à besoin de savoir pour proposer une action utile et adéquate à la personne. Il est important qu'il définisse sur quoi il souhaite se concentrer : la personne, l'environnement ou l'activité humaine (Caire, 2013).

L'évaluation est un processus complexe qui demande de la rigueur. Elle dépend de différents facteurs qui sont liés au thérapeute, à l'institution et au contexte socioculturel (Caire, 2013).

Selon l'auteur, le choix de l'outil est fonction de sa pertinence par rapport à la population, au contexte et lieu de pratique de l'ergothérapeute, de ses critères d'utilisation, l'enjeu et des destinataires et de ses critères métrologiques (validité, fiabilité). L'ergothérapeute doit donc faire concorder ce qu'il vise avec la finalité de l'outil : description, évaluation, dépistage, prédiction (Meyer, 2010).

Selon Meyer (2010), lors de l'évaluation formative un ergothérapeute développe une démarche de collecte de données via des entretiens et des instruments de mesures. Les entretiens peuvent être informels, semi-structurés ou structurés. L'évaluation initiale s'effectue donc par le recours à des entretiens, des observations et à l'emploi d'instruments de mesure. Les outils peuvent être des objets, des questionnaires, des échelles numériques des grilles d'observations (Meyer, 2010). Ils permettent d'objectiver une interprétation de données. Ils ont une finalité qui peut-être un dépistage et prédire un évènement comme dans notre cas.

L'ergothérapeute mène donc un ensemble de mesures, d'épreuves, d'observations, d'entretiens pour collecter de l'information. Il dispose d'instruments standardisés avec des méthodes de recueil formalisées et des qualités métrologiques testées permettant d'être utilisés à l'identique quelques soit l'évaluateur, l'usager et le contexte (Christiansen, Baum in Meyer 2013). Le temps et les conditions de passation sont aussi à prendre en compte, au même titre que les valeurs métrologiques : sensibilité, fidélité, validité (Meyer, 2010). Les instruments de mesure peuvent communiquer des indications permettant l'interprétation des résultats par rapport à des critères, des indicateurs ou des normes : moyenne, étendue, seuil (Meyer, 2010).

L'ergothérapeute a donc le choix entre des instruments (dont la procédure de passation est validée par une étude et standardisée selon un protocole de passation afin de supprimer des biais) des évaluations moins formelles évaluations dites « maison ». L'intérêt des instruments standardisé est de tendre vers une pratique plus scientifiquement fondée et c'est un moyen de démontrer l'efficacité de l'ergothérapie (Meyer, 2010). Cependant, la plupart des instruments ont été conçues dans des pays anglophones. Il convient de rechercher des traductions en français validées notamment lorsqu'il s'agit d'auto passation (Meyer 2010).

L'évaluation quantitative se fonde sur des faits. Elle est dite objective et donne des valeurs et des points de comparaison. L'évaluation qualitative est subjective, elle s'appuie sur des ressentis (Caire, 2013). Selon l'auteur, l'auto-évaluation permet de



prendre en compte la subjectivité de la personne, elle fait référence à l'appréciation de l'utilisateur vis-à-vis de sa situation actuelle. Dans les situations complexes, les méthodes qualitatives sont privilégiées car elles permettent une compréhension des phénomènes enjeu (Meyer, 2010).

Le thérapeute peut également évaluer la satisfaction, la qualité de vie ou le bien-être avec des instruments de mesure développés spécifiquement.

La littérature recommande aux ergothérapeutes de **s'intéresser prioritairement aux habitudes de vie et aux performances occupationnelles** c'est-à-dire de débiter par une approche top-down et non sur l'évaluation des fonctions et des habiletés dite approche bottom-up (Brown in Meyer, 2013). L'établissement de l'état occupationnel s'effectue par la détermination des domaines d'activités (dont le travail), des problématiques (comme le déséquilibre occupationnel) et éléments de l'environnement auxquels il faut s'intéresser à partir de modèle de pratique et d'outils d'évaluation

## 3.1 Occupations et équilibre occupationnel

### 3.1.1 Les occupations

L'occupation est un concept central en ergothérapie (Caire, Schabaille, 2017). Selon Meyer (2013), les occupations sont définies comme « *un groupe d'activités, culturellement nommées, qui a une valeur socioculturelle et un sens personnel. Elles sont le support de la participation à la société* ». Il s'agit de toutes les choses que les personnes font ou ont besoin de faire dans leur vie de tous les jours. Une occupation est une expérience individuelle et singulière élaborée, conduite et vécue spécifiquement par l'individu. Elles regroupent les activités significatives (valeurs personnelles) et signifiantes (valeurs socio-culturelles). Elles sont toujours en interaction avec un contexte environnemental et événementiel. Liées aux rôles sociaux, elles confèrent une identité et organisent la vie (habitudes), (Reed, 2005). Elles sont donc dynamiques, complexes, imbriquées, non limitées à l'action (objectif observable).

Dans les faits, souvent les termes occupations et activités humaines sont utilisés indistinctement.

Plusieurs domaines occupationnels sont communément identifiés : les soins personnels, la productivité et les loisirs (Meyer, 2015). Les activités dites productrices

ont pour objectif de produire un service ou un produit. Elles sont rémunérées (comme le travail) ou non (comme l'entraide, l'entretien du domicile). Les activités de loisirs procurent du plaisir à la personne. Enfin, il y a les activités de repos et de détente.

Selon Meyer (2013), l'activité est une suite de tâches ou d'actions qui concourt aux occupations. L'activité est culturellement construite, c'est un concept collectif. Selon l'auteur, les habitudes de vie sont des façons d'agir au quotidien. Répétées et automatisées, elles permettent un fonctionnement efficace. Les rôles, associés aux activités humaines, confèrent une identité personnelle et sociale à une personne. Ils dépendent des attentes socio-culturelles et de leurs normes notamment en termes de réalisation d'activités. Communément, il s'agit des rôles de fils ou fille, de père ou mère, d'époux ou d'épouse, de directeur, d'instituteur, d'étudiant, de chômeur, de malade ... et de toutes les représentations socio-culturelles associées.

Dans une approche top-down, l'évaluation et l'intervention de l'ergothérapeute se centrent sur les activités importantes pour l'individu et ses rôles à travers son engagement et sa participation (Meyer, 2010).

### 3.1.2 L'engagement occupationnel et la participation

L'engagement occupationnel correspond à un investissement permettant d'être, de devenir et d'appartenir (Wilcock in Meyer, 2013). L'engagement est le versant motivationnel et émotionnel de la réalisation de l'occupation. C'est donc l'aspect subjectif personnellement ressenti dans la performance d'une activité c'est-à-dire sa réalisation. C'est l'énergie pour mener la performance occupationnelle (Meyer in Caire, Schabaille, 2018). Le contraire est l'ennui et la perte de sens associé aux occupations perçues comme aliénantes (Caire, Schabaille, 2018).

L'engagement est associé par la personne à une occupation qu'elle valorise. Il s'agit d'un investissement durable qui implique l'individu au niveau émotionnel, relationnel, attentionnel et physique (Meyer, 2013). La participation est la manifestation sociale ou sociétale effective de l'engagement occupationnel à travers la performance quel que soit son intensité (Caire, Schabaille, 2018). Il s'agit par exemple de travailler une partie de son temps.

L'ergothérapie vise la participation sociale et occupationnelle par l'engagement dans les occupations dans le respect d'un équilibre propre à chacun.

### 3.1.3 L'équilibre occupationnel

L'équilibre est une juste répartition d'un tout notamment autres éléments opposés. C'est un état d'une personne qui maîtrise sa position (et qui ne tombe pas). C'est aussi un rapport d'harmonie entre des tendances psychiques, des rythmes et des domaines d'activité d'un individu.

L'équilibre occupationnel (EO) a été introduit en 1922 par Adolf Meyer (psychiatre et un des fondateurs de l'ergothérapie aux Etats-Unis) comme « un équilibre temporel entre le travail, les loisirs, le repos et le sommeil dans la vie humaine ».

L'approche de Wilcock (1998) évoque un équilibre entre les facteurs intrinsèques à la personne (dont la motivation) et extrinsèques comme les opportunités ou freins apportés par l'environnement matériel et humain (Morel-Bracq et al., 2015).

Le concept est souvent apparenté à ceux d'équilibre de vie et de conciliation travail-vie personnelle très présents en au niveau nord-américain (La rivière, 2015). En effet, il est de plus en plus difficile de délimiter le temps associé au travail. En effet, le travail invisible et la charge mentale prennent de plus en plus de place dans la vie actuelle (temps de transports, disponibilité de communication ...). De plus, le domaine de productivité intègre un large champ intégrant les tâches ménagères (jusqu'à 3 h par jour pour une femme et 2h par jour pour un homme en France selon une étude de l'INSEE de 2012) et l'aide pouvant être apportée à un proche.

Si la notion temporelle est très présente dans les différentes approches des auteurs, c'est un concept bien plus global. Selon Wagman (2012, 2014), c'est la perception d'avoir une bonne qualité mais aussi une bonne variation d'occupations, ceci au niveau des domaines d'activité (soins personnels, productivité dont le travail, loisirs et temps libre et repos et sommeil) et de leurs caractéristiques (physiques, mentale, sociales, et de ressourcement). Sa vision fait écho avec la notion d'équilibre alimentaire qui nécessite un bon dosage et de la diversité pour être source de santé et bien-être (Morel-Bracq et al., 2015). Selon les auteurs, équilibre entre activités choisies, désirées et celles contraintes semble également à prendre en compte.

En plus du temps dédié, l'EO est également perçu en lien avec la répartition de l'énergie déployée dans ses activités, ce qui nous revoit au concept de l'engagement occupationnel (Larivière, 2019).

L'approche de l'équilibre de vie de Makuta (2012) s'intéresse à la perception de la satisfaction entre le temps réellement dédié à ses occupations et celui désiré. Elle

apporte à l'EO la notion de congruence occupationnelle et avec soi (Larivière 2016, 2019).

Selon l'organisation suisse Occupation Humaine et Santé (OHS°, c'est un agencement satisfaisant entre domaines d'activités mais aussi entre toutes les caractérisés des activités (de défis ou de contrôle, stressante ou relaxantes, choisies ou contraintes). C'est, en fait, une sensation d'harmonie entre ses occupations (OHS, 2017).

Tous les auteurs s'accordent sur le fait que **l'EO diminue le stress ressenti** (facteur très présent dans le burnout), augmente la satisfaction, la qualité de vie et la santé perçue. Selon les études, les personnes ayant un meilleur équilibre occupationnel sont moins susceptibles de souffrir de problématiques de santé (Morel-Bracq et al., 2015).

**L'engagement dans des activités significatives** pour la personne semblerait être une manière d'atteindre un équilibre satisfaisant, de développer une image positive de soi et de donner du sens à sa vie (Morel-Bracq et al., 2015).

L'équilibre occupation est un concept multidimensionnel complexe pour lequel il n'y a pas encore de consensus de définition, mais de nombreuses études sont en cours. (Larivière, 2019).

**Nous retiendrons qu'il s'agit de la perception par une personne d'un juste et satisfaisant agencement entre toutes ses activités humaines (par domaine, en quantité et diversité notamment), ces activités faisant sens pour elle dans sa vie actuelle.**

En 2010 Mainemer, professeur et directrice intérimaire à l'Ecole d'ergothérapie de l'Université de McGill, lui associe la métaphore d'un bateau que chacun se doit d'équilibrer pour qu'il reste à flot. Cependant, nous ne disposons pas tous du même niveau d'aptitude à gérer ses occupations et surtout la vie occupationnelle d'une personne n'est pas toujours une mer calme.

### 3.1.4 Le déséquilibre occupationnel

Le déséquilibre occupationnel est la résultante de l'incapacité à gérer et agencer ses occupations afin qu'elles soient enrichissantes et répondent à ses rôles. Les raisons pourraient être des surcharges, des déséquilibres, des conflits ou des interférences

entre occupations et rôles associés (Christiansen et al., in Gauthier, 2018). Elles sont donc à explorer. Sa conséquence peut-être un frein à la justice occupationnelle.

La personne peut être soit surengagée soit sous-engagée dans les différentes composantes associées à l'équilibre. Un stress y est souvent associé.

Lors du diagnostic en ergothérapie, l'ergothérapeute explore l'état occupationnel d'une personne, dont son niveau d'équilibre occupationnel, en s'appuyant sur des modèles spécifiques centrés sur la personne et ses occupations.

### 3.1.5 Les modèles d'intervention occupationnels et outils associés

Un modèle oriente et aide à structurer la démarche de l'ergothérapeute au niveau de sa pratique. L'ergothérapeute habilité à l'occupation dispose de modèles d'intervention et d'outils d'évaluation associés. L'approche top-down, tournée vers les activités peut s'appuyer sur deux modèles centrés sur les occupations (Caire, Schabaille, 2018) : le Modèle de l'Occupation Humaine (MOH) et le Modèle Canadien du Rendement et de l'Engagement Occupationnel (MCREO).

Le MOH a été développé aux Etats-Unis à partir de 1975 par Gary Kielhofner. C'est le premier modèle qui s'est centré sur les occupations et c'est le plus étudié. Il est utilisé dans de nombreux pays. Il aurait l'avantage d'être multiculturel. Selon Mignet (2016, 2018) il investigate notamment :

- la volition (motivation, conscience de ses capacités et valeurs personnelles)
- l'habitué correspondant aux habitudes de vie et rôles sociaux dont professionnels
- les capacités de performances qui sont ses aptitudes objectives et subjectives à agir.

Selon l'auteur, le MOH peut être utilisé auprès de tous publics quel que soit le lieu d'exercice. De nombreuses évaluations ont été développées à partir du MOH dont le MOHOST (Model Of Human Occupation Screening). Les critères explorés peuvent mettre en lumière un déséquilibre occupationnel. D'autres évaluations issues du MOH sont aussi disponibles comme l'entretien sur l'histoire de la performance occupationnelle OPHI-II (Occupationnel performance history interview), l'entretien et les échelles de cotation des circonstances occupationnelles OCAIRS (Occupational Circumstances Assessment Interview and Rating Scales), l'autoévaluation des occupations OSA (Occupational Self Assessment), la liste des centres d'intérêt :

Interest Checklist, la liste des rôles : Role Checklist ... (Parkinson, S., Forsyth, K., Kielhofner, G., & Mignet, G., 2017).

Le MCREO a été élaboré dans les années 1990 par l'Association Canadienne des Ergothérapeutes afin de clarifier le rôle de l'ergothérapeute. Les recherches ont favorisé son déploiement dans divers secteurs (Caire, 2013). Il a l'avantage de disposer d'un outil standardisé : la Mesure Canadienne du Rendement Occupationnel (MCRO). L'évaluation subjective s'intéresse aux secteurs des activités : soins personnels, productivité (dont le travail) et loisirs. Il s'agit d'un entretien semi-directif associé à une grille de cotation. La mesure permet, en quarante minutes environ, de mettre en avant la perception des occupations jugées importantes et problématiques par la personne (Marchalot, 2016). La personne qualifie sa performance occupationnelle (rendement) et sa satisfaction sur une échelle de 1 à 10. Selon Meyer (2010), la MCRO est indiquée comme outil d'évaluation initiale formative en individuel ou en groupe. Cette mesure peut mettre en évidence un surengagement et/ou un désengagement via le score du rendement occupationnel ainsi que la perte de satisfaction dans l'activité professionnelle, éléments pouvant être rattachés aux phases du processus de burnout.

L'ergothérapeute peut aussi évaluer le niveau d'équilibre occupationnel via des outils ad hoc associés ou non à un modèle occupationnel.

### 3.1.6 L'évaluation du niveau d'équilibre occupationnel et ses outils

L'équilibre occupationnel dit « occupational balance » en anglais a fait l'objet des études et publications dans cette langue. Il ne faut pas confondre avec le terme de balance occupationnelle qui est l'outil de mesure du niveau d'EO.

L'ergothérapeute peut procéder à l'évaluation du niveau d'équilibre occupationnel par son choix d'un ou plusieurs outils dont certains spécifiquement développés dits ad hoc. L'EO peut être évalué qualitativement et quantitativement. Il existe de nombreux outils. La mesure du niveau d'équilibre occupationnel perçu se fait généralement à partir d'agenda, emploi du temps, questionnaires ou de grilles. Des instruments d'évaluation, comme ceux utilisés auprès des personnes présentant un trouble mental, peuvent être employés pour interroger l'équilibre des activités. Il peut s'agir par exemple d'un journal de bord, d'une mesure de satisfaction ou d'une réflexion sur l'équilibre à partir du temps consacré (Kruppa, 2011).

Différents outils existent. L'Équilibre occupationnel reste un concept complexe avec de nombreuses définitions donc vague. Ce qui engendre différentes évaluations et divers outils de mesure possibles. Cependant, aucun outil actuellement développé prend en compte tous les éléments composants l'EO. Ils existent principalement deux sortes d'outils ceux focalisés sur l'exploitation du temps et les autres mesurant la notion d'équilibre (suivant l'orientation retenue par les auteurs de l'outil).

Selon Larivière (2019), aujourd'hui deux outils sont validés en français. Le premier est axé sur le temps, l'autre sur la notion d'équilibre :

- L'Occupational Questionnaire (OQ) est un outil issu du modèle MOH. La personne décrit une journée type de la semaine en y inscrivant ses activités par tranche de trente minutes. Puis elle précise pour chaque activité le domaine (travail rémunéré ou non, tâches quotidiennes, loisir ou repos), puis elle évalue la compétence, l'importance et la satisfaction dans la réalisation à partir d'une échelle de Lykert (Parkinson, S., Forsyth, K., Kielhofner, G., & Mignet, G. (2017)). Il permet d'apprécier l'agencement entre les domaines d'activités et les caractéristiques des activités (cf annexe IV)

- L'Inventaire de l'Équilibre de Vie (IVE) a été développé par Makuta (2012, 2014) à partir de ses études et de son modèle proposé. Cinquante-trois activités sont proposées. La personne évalue son niveau de satisfaction concernant temps réellement consacré à ses activités réalisées ou désirées mais empêchées. Un score total permet d'interpréter les résultats et graduer le niveau d'équilibre ou de déséquilibre (très déséquilibré, déséquilibré, moyennement équilibré, très équilibré). Par ailleurs, l'outil propose des scores en quatre sous-échelles afin de déterminer le niveau d'équilibre ou déséquilibre pour chaque item. (Larivière, 2016, 2019). (cf annexe V).

Leur utilisation associée à d'autres outils participe à l'établissement d'un diagnostic en ergothérapie. Ce diagnostic précise les problèmes actuels ou potentiels à partir d'éléments subjectifs et objectifs, comme par exemple un déséquilibre occupation et les domaines d'occupation concernés (le travail). Il présente les facteurs explicatifs et leurs interactions et prend en compte les forces et les ressources du système. Enfin il se prononce sur l'évolution de la situation dans le temps et les enjeux, les risques pour la santé de la personne (Caire, Schabaille, 2018).

D'autres outils en cours d'étude sont prometteurs. Certains s'intéressent à l'équilibre via le temps comme le profil PPR (Pleasure, Productivity and Restoration Profile) (Pierce in Morel-Bracq, 2016). D'autres explorent l'engagement dans les activités comme le Questionnaire sur l'Engagement dans les Activités Signifiantes (QEAS). Wagman (2014), a présenté un outil « *Occupational Balance Questionnaire* » (OBQ). L'OBQ, validé auprès de la population suédoise et canadienne, est en projet de traduction et de validation au Québec et en Suisse (Larivière, 2019).

La connaissance et le choix de l'outil garantissent la bonne cible de l'élément de l'EO voulant être évalué (Larivière 2019).

L'ergothérapeute, habilité aux occupations, dispose d'outils d'évaluation et plus précisément concernant l'équilibre occupationnel pour intervenir auprès de travailleurs menacés de burnout ou en situation de BO. L'étude exploratoire va permettre de vérifier la théorie et de l'enrichir de la pratique du terrain.

## 2. Cadre expérimental

### 2.1 Méthodologie d'initiation à la recherche

#### 2.1.1 Démarche

La démarche de **recherche hypothético-déductive** retenue est basée sur **une étude qualitative** interrogeant des données subjectives. Elle n'exclue pas l'exploration d'éléments qualitatifs, objectifs et chiffrés pouvant apporter une réponse plus fine à l'hypothèse. La rigueur de la démarche permet de donner une valeur scientifique à l'étude.

#### 2.1.2 Question d'initiation à la recherche

De la question de départ : Comment un ergothérapeute peut-il contribuer au repérage d'un Burnout ?, l'approche réflexive a permis d'aboutir à une question de recherche. Une question pouvant être scientifiquement étudiée a émergée.

Elle est validée par la méthode mnémotechnique représentée par l'acronyme PICO (Trétreault, Guillez, 2014) :

- Population
- Intervention



- Comparaison
- Outcom (finalité)

La **population** est ciblée aux personnes actives c'est-à-dire en activité professionnelle condition de survenue d'un épuisement professionnel.

L'**intervention** consiste à l'évaluation du niveau d'équilibre occupationnel afin de détecter une éventuelle surcharge liée au travail.

Aucune **comparaison** n'a été retenue dans cette recherche.

L'**outcom** ou en français la finalité correspond à l'intérêt de l'exploration du niveau d'équilibre occupationnel en vue de contribuer au dépistage du risque de burnout.

Ainsi, la question de recherche peut se poser de la façon suivante :

**En quoi l'évaluation du niveau d'équilibre occupationnel d'une personne en activité professionnelle permet-elle à l'ergothérapeute de contribuer au repérage d'un risque de burnout ?**

### 2.1.3 Hypothèse d'initiation à la recherche

Il s'agit d'une réponse provisoire à la question de recherche supposée au regard de de la théorie. Celle-ci sera soumise à l'expérimentation afin d'être confirmée ou infirmée.

L'hypothèse proposée suite à l'approche réflexive est :

**Un déséquilibre occupationnel serait un facteur favorisant un risque de burnout.**

L'enquête précisera si un déséquilibre occupationnel excédentaire au niveau professionnel au détriment des autres activités d'une personne (dont le repos, le ressourcement, les loisirs) est ou non un élément favorisant un risque de burnout. Si l'hypothèse est confirmée, alors la réalisation par un ergothérapeute de l'évaluation du niveau d'équilibre occupationnel, pourrait être un outil participant au dépistage d'un risque de burnout. Il conviendra d'en préciser les conditions.

La méthodologie de recherche permettra de donner un caractère scientifique à cette étude. L'ensemble des éléments devront être précisés afin que l'étude soit reproductible et que ses résultats puissent être discutés.

La méthodologie va vous être maintenant précisée concernant les populations, l'échantillonnage, l'outil d'investigation et les modalités d'enquête.

### 2.1.4 Populations et échantillon de l'étude

Les personnes actives présentant des signes avant-coureurs ou en burnout peuvent croiser la route d'un ergothérapeute à l'occasion ou suite à leur problématique. Il peut s'agir d'une demande de soin ou d'aide sociale. Concrètement, cette rencontre peut se faire au sujet d'une pathologie somatique, pouvant être chronique comme la lombalgie. Elle peut également avoir lieu en santé mentale à l'occasion d'une hospitalisation ou d'une consultation ambulatoire. Elle est aussi possible lors d'un suivi libéral (médecin traitant, psychologue) ou au niveau d'un organisme de santé au travail (médecin ou psychologue du travail).

Au niveau occupationnel, ces personnes peuvent être en activité professionnelle à plein temps ou partiel (comme en mi-temps thérapeutique), en arrêt de travail ou en période de transition. Si le BO est lié à un surinvestissement des rôles occupationnels professionnels à travers le surengagement dans le travail, générant un désengagement dans les activités significatives, alors on peut supposer qu'il est également lié à un déséquilibre occupationnel (lui-même associé à un état de mal-être). Suivant le niveau d'engagement et d'épuisement, on peut penser que les déséquilibres occupationnels seront potentiellement plus ou moins marqués. Ainsi, selon le processus du BO (Technologia, 2014), plus le surengagement est important plus l'épuisement se généralise. Et donc on peut penser plus le niveau de déséquilibre est important.

\* **La population cible** de l'étude correspond à des hommes ou des femmes exerçant une activité professionnelle rémunérée. Le cumul des emplois est possible. Il peut s'agir de salariés ou de professionnels à leur compte. Les personnes devront exercer une activité professionnelle depuis au moins un an. Au moment de l'accompagnement, elles pourront être au travail, en arrêt maladie ou en transition professionnelle. Leur temps de travail devra avoir été d'au moins 35h par semaine. Enfin et surtout, ces personnes devront avoir rencontrés des soucis de santé voire sociaux en lien avec le travail.

Les critères d'exclusion sont les personnes non francophones, n'exerçant pas une activité professionnelle contre rémunération, dont le temps de travail aurait été inférieur à 35h par semaine ainsi que celles pour lesquelles le lien entre leurs difficultés et leur travail ne serait pas établi.

\* **La population enquêtée**, compte tenu de l'application de loi Jardé du 2 mars 2012, sera prioritairement constituée d'ergothérapeutes mais également de tous professionnels intervenant auprès de la population cible depuis au moins 3 mois. Ces professionnels interviendront dans les domaines sanitaires (somatique et santé mentale), de la santé au travail, et de la réinsertion sociale et professionnelle et du monde du travail. Concrètement, les professionnels peuvent être en priorité des ergothérapeutes, des médecins (traitant, du travail, psychiatre, spécialiste d'une pathologie en lien avec le BO) mais également des psychologues (du travail ou clinicien spécialisé BO), des travailleurs sociaux, des professionnels de la réinsertion sociale et professionnelle, des travailleurs de service de santé au travail et des responsables des Ressources Humaines. Ils devront avoir une solide expérience au sujet des personnes en situation de BO voire seront reconnus pour leur expertise dans ce domaine. Les critères d'inclusion sont des professionnels francophones diplômés pour leur profession avec une expérience minimale de 3 ans d'actions destinées à des personnes en situation de BO.

Les critères d'exclusion sont notamment : des professionnels non francophones, ou n'exerçant pas auprès du public cible.

\* **L'échantillon** : Notre objectif était la réalisation de trois entretiens auprès d'ergothérapeutes ou de professionnels répondant aux critères d'inclusion en raison des contraintes temporelles. La technique d'échantillonnage non probabiliste, même si moins représentative de la population, a été retenue. La sélection est choisie en pertinence en lien avec les ressources limitées du sujet très spécifique.

Le recrutement de volontaires s'est effectué par effet « boule de neige ». Afin d'accéder aux coordonnées d'ergothérapeutes correspondant aux critères d'inclusion, des mails ont été envoyés aux délégués territoriaux de l'ANFE et des annonces ont été publiées sur trois groupes accessibles aux ergothérapeutes sur le réseau social Facebook®.

De cette première démarche, trois personnes se sont portées volontaires, elles n'ont pas pu être retenues car elles ne correspondaient pas aux critères d'inclusion.

Par ailleurs, des contacts ont été pris en direct, par téléphone ou par mail auprès des intervenants de l'Institut de Formation en Ergothérapie (IFE), sur les lieux de stage, lors des réunions régionales de l'ANFE, à l'occasion de la conférence sur le diagnostic

en ergothérapie organisée à Orléans le 12/12/2018 ainsi qu'au congrès des Assises de l'Ergothérapie à Paris les 11 et 12 avril 2019.

Des recherches ont été aussi effectuées via Internet afin d'obtenir les coordonnées d'ergothérapeutes ou autres professionnels pouvant correspondre aux critères d'inclusion. Puis, des prises de contact ont été effectués auprès des lieux d'exercice de ces professionnels. Il s'agit notamment de cliniques en santé mentale offrant une spécificité d'accompagnement pour les personnes souffrant d'un burnout, de différents services de santé au travail et de psychologue du travail ou clinicien. Des communications téléphoniques ou échange de mail ont permis de vérifier les critères d'inclusion et la volonté du professionnel à participer à l'étude.

### 2.1.5 Outil d'investigation : l'entretien semi-directif individuel

L'entretien semi-directif individuel a été retenu afin de recueillir les données qualitatives et subjectives : l'expérience, le vécu et l'avis des professionnels volontaires dans leur pratique destinée au public.

Selon Trétreault et al. (2014), l'entretien permet d'avoir accès à « *la réalité perçue par la personne* ». Elle exprime sa compréhension de son vécu. L'entretien semi-directif laisse une place d'expression à l'interviewé à travers des questions ouvertes.

L'entretien individuel a été retenu facilitant le recueil des expériences personnelles attendues. L'entretien a aussi l'avantage de permettre la reformulation des questions et de recueillir des informations supplémentaires. L'entretien semi-directif est un outil qui permet d'accéder à une richesse d'information dans un périmètre établi.

Cependant compte tenu de l'incertitude de pouvoir réaliser tous les entretiens dans les mêmes conditions, la voie téléphonique est retenue. Par ailleurs, il est reconnu que les entretiens visuels et téléphoniques produisent des résultats semblables sans altération de la qualité. Il s'agit d'une méthode « *Efficace, économique et attrayante et en recherche qualitative* » (Sturges, Hanrahan in Trétreault et al., 2014).

Selon Trétreault et al. (2014), l'entretien comporte trois parties :

- Introduction et considération éthique
- Les questions en lien avec le sujet
- Une conclusion avec des remerciements.

**Un guide d'entretien**, reprenant les 3 étapes, a été rédigé afin de faciliter la réalisation des entretiens, de limiter les biais méthodologiques et d'assurer la meilleure répétabilité possible dans leurs conditions de passation (cf annexe VIII).

**Un formulaire d'information et de consentement** a également été rédigé, à afin de répondre aux considérations éthiques, à partir du travail de Chrétien-Vincent (Tétreault et al., 2014). Il présente l'étude et ses objectifs (cf annexes VI et VII). Ce document conjointement signé par l'interviewé et l'interviewer regroupe les autorisations de consentement éclairé, d'enregistrement et l'exploitation anonyme des informations recueillies ainsi que les règles de confidentialité (accès, stockage et destruction). Un exemplaire complété anonymisé est présent en annexe VII.

**Une grille d'entretien pluriprofessionnelle**, correspondant à une liste de questions savamment ordonnées, a été construite en plusieurs étapes.

L'objectif de cette grille est de confronter la théorie à la pratique et au le terrain. Elle se devait d'être unique et adaptée à tous professionnels afin que les réponses puissent être exploitées. Sa composition devait comprendre majoritairement des questions ouvertes, afin de privilégier l'expression libre, associées à questions de relances. Le temps d'entretien visé était de 45 minutes.

Une première série de questions a été établie et les réponses potentielles réfléchies pour chaque type de professionnels pouvant être interrogés (ergothérapeute, médecin travail, psychologue du travail ou clinicien, travailleur social, responsable des Ressources Humaines ...).

Cette première version de grille d'entretien a été soumise auprès d'un étudiant en 3<sup>ème</sup> année d'ergothérapie. Puis, un entretien exploratoire a été effectué auprès d'un ergothérapeute responsable pédagogique d'IFE en France. Cette étape a permis de tester le formulaire de consentement, le guide et la grille d'entretien. Elle a été un entraînement à mener un entretien semi-structuré. Le temps d'entretien a duré 40 minutes pour 45 attendues. Le formulaire de consentement et le guide d'entretien ont paru bien adapté. Des axes d'amélioration de la grille d'entretien ont été pointés afin de mieux préciser les questions et de les centrer sur le sujet de l'étude.

De ce premier travail, des questions ont été retenues et ajustées afin d'explorer les concepts et de les confronter aux pratiques de terrain.

L'objectif des questions est d'apporter des éléments de réponse à la question de recherche et de valider ou invalider l'hypothèse. Aussi, un travail afin de caractériser les concepts et les rendre concrets a été effectué via la construction d'une matrice.

Les caractéristiques de chaque concept clé du cadre théorique (le BO et son repérage, l'EO, l'évaluation de l'EO et le champ d'action de l'ergothérapeute) ont été référencés sous forme de critères. Pour chaque critère au moins un indicateur, c'est-à-dire un élément repérable ou observable, a été associé. L'objectif est de pouvoir identifier dans le discours des personnes interrogées des indicateurs permettant de renvoyer à un critère et à un concept. Ce travail est présenté dans une matrice théorique présente en annexe X.

Une seconde grille d'entretien a été construite en collaboration avec mon maître de mémoire et validée auprès de lui. Délibérément, la question d'ouverture s'intéresse à la personne interrogée : son parcours de formation et professionnel. Cela permet de mettre la personne à l'aise et de mieux comprendre ses réponses suivantes. La grille se compose en deux parties :

- la première concerne le BO et le rôle des personnes interviewées à ce sujet
  - la seconde est orientée sur les activités humaines, leurs évaluations, l'équilibre occupationnel, l'éventuel lien avec le BO et enfin le rôle potentiel de l'ergothérapeute.
- Cette grille d'entretien (cf annexe IX) a été expérimentée (en respectant toutes les modalités d'expérimentations définies et décrites) auprès d'un ergothérapeute européen francophone ne correspondant pas à tous les critères d'inclusions mais disposant d'un degré d'expertise élevé sur les thématiques. Cet entretien de 45 minutes permis de vérifier les formulations, le vocabulaire et les enchaînements, de mieux maîtriser les outils et de prendre confiance.

L'expérimentation auprès de l'échantillon a pu alors débuter.

**\* La planification et l'organisation des entretiens** (matériel requis et consignes) ont été réfléchis. Les rendez-vous ont été fixés pour les entretiens et les critères d'inclusion bien vérifiés. Les formulaires de consentement ont été envoyés par mails en amont puis récupérés complétés et signés. L'ensemble des entretiens ont été conduits par téléphone. Si les outils Skype® ou Zoom® ont pu être envisagés, leur utilisation était conditionnée par une absence de visuel (webcam désactivée) afin de ne pas créer de biais.

Les conditions matérielles étaient un téléphone et un environnement calme pour les deux parties, le guide d'entretien, la liste des questions (grille d'entretien) et deux enregistreurs vocaux pour l'enquêteur. La grille d'entretien, avec toutes les consignes

écrites, était lue afin de préciser toutes les informations nécessaires et de ne pas introduire de biais méthodologiques entre les entretiens. Une attention particulière a été portée à rassurer la personne en précisant qu'il n'y avait pas de bonnes ou mauvaises réponses, ni d'attentes particulières et que l'étude s'intéressait à leurs expériences, vécus et ressentis.

### 2.1.6 Méthode d'analyse

Trois entretiens retenus ont été fidèlement retranscrits mots pour mots sur support informatique et leur retranscription vérifiée afin d'obtenir un verbatim par entretien (annexes XI, XII et XIII).

Pour une étude qualitative, l'analyse préconisée est celle du contenu. Une lecture flottante des retranscriptions a été tout d'abord réalisée afin de s'imprégner des informations recueillies et de saisir les messages clés. Puis, l'analyse globale des trois verbatims (après conversion en texte brut) a été effectuée via le logiciel TROPES® développé pour l'analyse de discours. Le logiciel permet notamment de comptabiliser les occurrences de thématiques, de quantifier et de représenter les liens entre les thématiques ou les mots. En parallèle, une analyse de contenu a été effectuée par grands thèmes. Puis les données ont été classées en fonction des thématiques, voire des critères et indicateurs retenus dans la matrice théorique. Ainsi, des extraits des entretiens ont été regroupés en vue leur interprétation.

Après cette description précise de la méthodologie utilisée, passons à la présentation des résultats et à leur analyse.

## 2.2 Résultats et analyses

### 2.2.1 Présentation de l'échantillon

L'échantillon final se compose de trois femmes expertes du burnout (cf annexe XIII) :

- Mme MDT médecin de travail en France
- Mme EB ergothérapeute en Belgique
- Mme EQ ergothérapeute au Québec

Mme MDT a participé à un groupe de travail au niveau national sur le sujet des RPS pendant plus de 10 ans. Ce groupe a permis la création et la validation d'un test rapide de diagnostic du BO (validé auprès de plus de 2000 patients) toujours utilisé par les

médecins du travail de son Service de Santé au Travail. Elle est membre du Comité de Pilotage (COPIL) du plan santé au travail 2016-2020 d'une région française.

Mme EB est reconnue intervenante burnout par le Ministère de la Santé et participe au programme pilote FEDRIS

Mme EQ est spécialisée dans les problématiques de santé mentale dont celles liées au travail notamment le burnout.

### 2.2.2 Analyse de contenu des entretiens

Dans un premier temps, les trois entretiens ont été analysés de façon globale via le logiciel TROPES®. Des relevés d'occurrence c'est-à-dire des recensements, du nombre de fois qu'un thème, critère, indicateur ou type de mot est cité dans les entretiens, sont effectués.

L'occurrence des 20 références de mot (ou familles de mot) les utilisées, représentées dans un diagramme en barres présenté en annexe XIII, permet de faire émerger des entretiens les trois grands concepts du cadre théorique et de faire apparaître leur interaction :

- le burnout
- l'équilibre occupationnel
- l'évaluation et le champ d'action de l'ergothérapeute (qui fait le lien).

L'occurrence des adjectifs les plus utilisés dans le discours des professionnels interrogés sont dans l'ordre décroissant :

- « occupationnel »
- « significatif »
- « capable »
- « important »
- « confortable »

De même pour l'occurrence des verbes, après « être » et « avoir » qui sont aussi des auxiliaires, les deux verbes les plus fréquemment utilisés sont « faire » et « pouvoir ».

Cette analyse globale, nous permet de prendre conscience de la prédominance du champ lexical de l'ergothérapie dans les discours semi-dirigé. Pour rappel, l'objectif de l'ergothérapie est de rendre le « pouvoir de faire » ou le pouvoir d'agir, de permettre la



« capacité occupationnelle » dans ce qui est « significatif » et « important » pour les personnes afin que leur vie soit « confortable ».

### 2.2.3 Analyse de contenu des thèmes principaux

#### Le burnout :

Toutes les personnes interrogées s'accordent sur la définition du burnout comme un épuisement lié au travail.

Cependant les causes semblent floues. La cause principale retenue serait **l'environnement de travail** et pour 2 professionnels sur 3 se serait lié à **la personne** (et une personnalité de type perfectionniste, avec une faible estime d'elle-même, ne sachant pas poser de limite). Enfin, un des professionnels parle spontanément de « **déséquilibre entre les activités et les rôles** » et de « déséquilibre fonctionnel »

L'association de symptômes physique et psychiques semble établie.

#### Le repérage du burnout :

Les 2 ergothérapeutes affirment clairement qu'elles ont un rôle à jouer dans le repérage du BO problématique liée à l'activité travail en tant que « spécialiste de l'activité » ou pour confirmer le diagnostic en prenant le temps via des entretiens semi-directifs et en observant la personne en activité (expertise occupationnel et temps dont ne dispose pas les médecins selon les 2 ergothérapeutes).

Le médecin de travail pense également avoir ce rôle quand il peut voir la personne en souffrance ce qui finalement arrive peu. En effet, le plus souvent il voit la personne après un long arrêt de travail (dont il n'a pas connaissance) et 15 jours avant une éventuelle reprise du travail. Il est donc trop tard.

#### La prise en compte des habitudes de vie :

Les trois professionnelles confirment que les habitudes de vie sont importantes à prendre en compte.

#### La prise en compte de l'équilibre de vie ou équilibre occupationnel pour les ergothérapeutes :

Ceci est une évidence pour les 3 professionnels.

Pour le médecin du travail, ceci est abordé par le médecin traitant.

### L'équilibre occupationnel et sa définition :

Sa définition est liée aux représentations de la personne interrogée. Il n'y pas eu de réel consensus. Les 3 aspects exposés sont dans l'ordre décroissant :

- la qualité de vie : « vie confortable' », « satisfait », « être content »,
- la conciliation travail – vie personnelle : « choisir ses horaires »
- la qualité de vie : « vie confortable' », « satisfait », « être content »,
- au fait d'être « capable d'intégrer mon activité significative dans mon quotidien ».

Cependant, les 3 personnes interrogées associent équilibre de vie au bien-être et à la santé et précise qu'il s'agit d'une perception individuelle : « « c'est le patient qui sait ». La définition proposée et émanant du cadre conceptuel est validée par les 3 professionnels. L'ergothérapeute québécoise précise que l'EO est une perception mais qu'il peut être quantifié.

### La connaissance des outils pour évaluer le niveau d'équilibre occupationnel :

L'ergothérapeute belge cite « Kielhofner » et ses outils.

L'ergothérapeute québécoise parle de « grille horaire, d'emploi de temps, d'inventaire », elle évoque des « évaluations standardisées » et elle explore « toutes les sphères du rendement occupationnel ».

Pour le médecin du travail, ce n'est pas de son ressort et il ne dispose pas d'outils.

### La connaissance d'indicateurs de niveau d'équilibre occupationnel permettant d'alerter :

L'ergothérapeute belge utilise des échelles de qualité de vie (1 étant inconfortable et 10 très confortable). Selon elle, un score entre 1 et 4 pourrait être révélateur d'une problématique. Elle dit également que lorsque la part travail va « au-delà de 60% » dans la vie de la personne, « cela devient problématique », sans citer de sources.

L'ergothérapeute québécoise parle de changement par rapport à un état antérieur de fonctionnement dans les capacités de la personne. L'indicateur serait donc propre à chacun (par exemple la durée de sommeil) et c'est sa dégradation qu'il faudrait prendre en compte comme une alerte.

## 3. Discussion et perspectives

### 3.1 Comparaison des résultats avec le cadre théorique

La majorité des informations issues du cadre théoriques ont été retrouvées dans le discours des expertes interrogées au sujet du burnout.

Au niveau des trois concepts BO, EO et évaluation de l'EO les résultats issus du cadre expérimental confirment globalement le cadre théorique. Des compléments émanant du cadre expérimental sont apportés au niveau de l'EO comme la présence d'autres facteurs qui pourrait protéger ou précipiter le BO.

Enfin des points de divergences ont aussi été relevés au sujet de l'évaluation du niveau EO. Le rôle de l'ergothérapeute et l'existence d'outils spécifiques n'est pas connu par tous les professionnels interrogés.

Des tableaux comparatifs, présents en annexe XIII, permettent de synthétiser et d'illustrer ces propos.

#### Analyse plus détaillée :

Le rôle de l'ergothérapeute et son champ de compétence semble à expliciter par le médecin de travail notamment au niveau occupationnel. Ce cas n'est peut-être pas isolé.

Pour les deux ergothérapeutes, leur rôle au niveau des activités humaines est clairement établi. Leur pratique est centrée sur les occupations et d'approche top-down. Elles s'appuient sur les modèles occupationnels cités dans le cadre conceptuel. L'ergothérapeute belge a été formée au MOH et l'intègre dans sa pratique. L'ergothérapeute Québécoise utilise le MCREO.

Les outils qu'elles utilisent sont variés et certains sont validés

Cependant aucune ne cite clairement un outil validé pour l'évaluation de l'EO comme l'OQ (bien qu'issus du modèle MOH) ou l'IVE. L'ergothérapeute évoque un inventaire mais n'indique pas d'indicateur d'alerte qui pourrait être le score donné par le questionnaire de l'IVE. Ainsi, elle ne semble pas utiliser cet outil validé dans sa pratique.

Les deux ergothérapeutes évoquent l'emploi d'entretien semi-directif adapté par leur soin notamment par rapport à la personne (ce qui renvoie à une pratique centrée sur

la personne) ou compte tenu du temps disponible pour l'évaluation et la prise en soin (notamment au Québec où le nombre de séances peut être limité par la demande initiale).

Enfin, les ergothérapeutes n'évoquent pas la notion de diagnostic en ergothérapie.

### 3.2 Réponse à la question de recherche

Pour rappel la problématique d'initiation à la recherche est :

**En quoi l'évaluation du niveau d'équilibre occupationnel d'une personne en activité professionnelle permet-elle à l'ergothérapeute de contribuer au repérage d'un risque de burnout ?**

L'hypothèse émise est :

**Un déséquilibre occupationnel serait un facteur favorisant un risque de burnout.**

L'influence du niveau d'équilibre occupationnel au niveau d'un burnout :

Pour les 3 professionnels, **le niveau d'équilibre influence le burnout.**

Pour le médecin : « un bon équilibre occupationnel ça va éviter le burnout », « ça serait protecteur ».

Pour l'ergothérapeute belge, c'est le cas quand « le travail prend un gros pourcentage dans la vie », « au-delà de 60% » de la vie.

Pour l'ergothérapeute québécoise, la réponse est oui en général. Elle module sa réponse pour elle ce n'est pas toujours le cas **et il y a d'autres facteurs qui rentrent en jeu.**

L'évaluation du niveau d'EO peut être un outil de repérage d'un risque de BO :

Là encore, les 3 professionnels répondent par l'affirmative. **L'évaluation du niveau d'EO pourra être un outil de repérage du BO.**

Cependant, deux d'entre eux exposent **la nécessité de disposer d'outils terrain qui seraient à développer.**

L'ergothérapeute belge évoque un « outil qui n'existe pas aujourd'hui » et un « outil à réfléchir ».

Le professionnel qui réaliserait cette évaluation du niveau d'EO :

Pour deux ergothérapeutes, la réponse est claire. **C'est le rôle d'un ergothérapeute.**

Pour le médecin de travail, cela pourrait dépendre des infirmières de santé au travail. La possibilité que cette évaluation soit effectuée par un ergothérapeute n'est pas une réponse spontanée. Cette **éventualité** semble possible pour Mme MDT **aux conditions** d'une « très bonne connaissance des compétences de l'ergothérapeute » et « dans quels domaines il va être compétent » ce qui ne semble pas être le cas actuellement pour elle. En effet selon elle, une orientation par un médecin vers un ergothérapeute serait possible « **s'il a la formation pour** » **effectuer l'évaluation de l'EO**. Enfin, elle évoque la nécessité d'un accès à un ergothérapeute, ce qui ne semble pas être le cas non plus.

**Ainsi, le discours des 3 personnes interrogées expertes du sujet BO semble tendre vers la validation de l'hypothèse indiquant qu'un déséquilibre occupationnel serait un facteur favorisant un risque de burnout.**

**Si cette tendance était confirmée, l'évaluation du niveau d'EO d'une personne en activité professionnelle pourrait permettre à l'ergothérapeute de contribuer au repérage d'un risque de burnout.**

**Cependant, d'une part d'autres facteurs que le déséquilibre occupationnel semblent à prendre en compte. D'autre part, le contexte et les conditions d'intervention de l'ergothérapeute auprès du public seraient à clarifier.**

**Il convient également de nuancer les résultats du fait des biais et limites de cette étude.**

### 3.3 Éléments complémentaires à la recherche

Un déséquilibre occupationnel lié au surengagement dans le travail serait un des facteurs liés au burnout selon la littérature et l'expérimentation.

Les autres facteurs à prendre en compte sont à étudier. De même que la façon dont ils interagissent entre eux. Il conviendrait de poursuivre ou de reprendre l'étude sous un nouvel axe.

Ceux principalement évoqués lors des entretiens sont :

- l'environnement personnel et familial
- l'activité significative : son maintien dans l'emploi du temps serait un puissant protecteur.

Cependant, on peut se demander si le temps consacré à cette activité significative est inférieur à celui désiré et donc considéré comme insatisfaisant, est-ce que cette activité significative conserve son pouvoir protecteur ?

L'emploi de l'IVE paraît être une piste intéressante. Ceci permettrait la comparaison avec un état antérieur (score) notamment à l'occasion d'un changement occupationnel.

Le travail en équipe pluridisciplinaire est aussi une information confirmée par les entretiens. Les résultats tendent vers la contribution de l'ergothérapeute au repérage du BO. Mais le travail en équipe avec le médecin paraît primordial. Ceci a souvent été cité dans le discours des deux ergothérapeutes (notamment des psychiatres et du médecin traitant).

Le médecin du travail évoque aussi la communication avec l'employeur, acteur important dans cette problématique. Il est d'ailleurs intégré dans le programme pilote FEDRIS. Par ailleurs, le médecin du travail interpelle sur la nécessité d'intervenir au plus tôt et de préférence avant l'arrêt de travail. Le programme FEDRIS est mis en place au plus tard dans les 2 mois suivant le premier jour d'arrêt.

Par ailleurs, la nécessité de favoriser la participation sociale pendant l'arrêt a été évoquée dans les entretiens via l'intervention d'un ergothérapeute après l'évaluation. Ceci fait écho avec le processus d'intervention en ergothérapie.

### 3.4 Analyses des biais et limites de l'étude

L'interprétation des résultats montre une tendance à la validation de l'hypothèse d'initiation à la recherche, il convient de nuancer aux vues des biais. Selon Tétréault et al. (2014), « *les biais sont des éléments qui limitent l'interprétation et la généralisation des résultats* ».

Plusieurs biais ont été identifiés d'ordre méthodologiques principalement mais aussi affectifs :

- le nombre de participants à l'étude est insuffisant pour généraliser les résultats
- la différence de systèmes de soin (entre la France, la Belgique et le Québec)
- les différences sociales culturelles entre les 3 pays (comme la place du travail ..)
- les professions différentes des personnes interrogées me paraît également être un biais à prendre en compte (difficulté d'analyse et de comparaison)

- la différence de formation entre les 2 ergothérapeutes (pas la même époque, ni la même durée ni les mêmes référentiels)
- l'appropriation de la méthodologie de recherche est également pour moi un biais important, notamment la construction et l'exploitation de la matrice, l'utilisation du logiciel TROPES®
- le nombre de questions conséquents pour balayer les 3 grands concepts
- la durée de l'entretien prévue à 45 minutes a été étendue jusqu'à 55 minutes pour certains professionnels, ce temps supplémentaire a pu créer un biais
- des biais affectifs liée à l'intérêt porté pour le sujet et le désir de donner une bonne image de soi on peut aussi intervenir pour la personne interrogée et pour l'enquêteur

Les principales limites identifiées au cours de ce travail d'initiation à la recherche sont :

- le temps limité pour le mener à bien
- les difficultés de recrutement rencontrée afin de constituer un échantillon pertinent pour l'étude (accès et disponibilités aux professionnels experts)
- le manque d'ergothérapeute concerné par les critères d'inclusion en France
- la complexité des concepts de l'étude
- la manque de données scientifiques (produites en France et en français)

La poursuite de l'analyse réflexive de ma pratique d'initiation à la recherche me permet de dégager des axes d'amélioration et des points positifs.

### 3.5 Axes d'améliorations et aspects positifs de l'étude

Pour une première démarche d'initiation à la recherche, avec du recul le sujet était peut-être un peu complexe et ambitieux au regard des ressources disponibles et du niveau de compétences en méthodologie de recherche

Pour de futures recherches, je serais mieux préparée. Je privilégierais la formule groupe de travail qui me convient mieux (avec des compétences complémentaires). Des rencontres et échanges à fréquence établie avec l'établissement d'objectifs et d'un planning de travail seront envisagés.

Ce travail a été une opportunité :

- d'entraînement à la conduite d'entretiens semi-directifs
- de découvrir et de mettre en pratique de la méthodologie de recherche
- d'apprentissage de l'utilisation du logiciel TROPES® et de ses potentialités
- d'approfondissement des concepts liés aux occupations
- d'acquisition de compétences dans la recherche d'informations scientifiquement fondées
- de compréhension de la nécessité de s'informer régulièrement et de lire de la littérature scientifique (au-delà du développement professionnel continu)
- de se mobiliser pour trouver des participants répondant aux critères de l'étude et de plus experts au niveau du burnout
- d'appréhender la variété des pratiques auprès d'autres pays
- d'apprécier la richesse et la générosité des informations communiquées
- de découvrir des outils d'évaluation comme IVE
- de définir des choix d'orientation de pratique future
- de travailler sur un sujet novateur et stimulant.

Il s'agit d'un réel défi et d'une expérience extrêmement formatrice ouvrant sur diverses perspectives au niveau de ma pratique, dont en équipe pluridisciplinaire et pour les sujets étudiés.

## 3.6 Transférabilité et perspectives

### 3.6.1 Perspectives dans mes futures pratiques professionnelles

Suite à ce travail, j'envisage d'avoir dans ma future pratique professionnelle une approche centrée sur la personne et sur ses occupations, orientée top-down. Je souhaite impliquer la personne comme un partenaire et ce dès l'évaluation formative. Je porterais une attention particulière aux choix des outils d'évaluation, je prendrais en compte leurs caractéristiques dont métrologiques. Enfin, j'aimerais pouvoir intégrer l'évaluation de l'équilibre occupationnel dans ma pratique et expérimenter des outils l'OQ et l'IVE. Je tenterais de rester attentive et de prendre en compte l'équilibre



occupationnel des patients, de leur entourage (aidants familiaux), de mes collègues ainsi que celui de mes proches et de moi-même.

### 3.6.2 Perspectives pour ma future pratique en équipe

Suite à ce travail, communiquer autour de l'identité professionnelle et de l'apport d'un ergothérapeute dans une équipe me paraît primordial. Je compte y prendre part. Cette étude ouvre également la réflexion sur comment intégrer un ergothérapeute dans le parcours de vie et de soin des personnes en activités professionnelles (prévention primaire), menacées de BO (prévention secondaire) et en situation de burnout (prévention tertiaire). Des études dans lesquels des ergothérapeutes pourraient prendre place pourrait y contribuer.

Par ailleurs, je souhaiterais être actrice de la santé et sécurité sur mon futur lieu de travail et participer à la prévention des RPS.

J'envisage aussi de pouvoir participer à des programmes de la promotion de la santé en vue de rendre les personnes autonomes vis-à-vis de leur équilibre occupationnel. Enfin, prendre part à des groupes de travail me stimulerait.

### 3.6.3 Perspectives des sujets étudiés

La suite de l'étude va consister à la transmission des résultats et de leur analyse ainsi que du mémoire auprès des personnes interrogées suite à leur demande.

Par ailleurs, trois autres entretiens répondant aux critères de sélections ont été réalisés mais n'ont pas été intégrés à cette étude. Par manque de temps, ils n'ont pas pu être retranscrits intégralement en vue d'être analysés. Moins pertinents, ils n'ont pas été sélectionnés prioritairement. Cependant, il s'agit d'entretien auprès de professionnels exerçant d'autres métiers. Leur témoignage pourrait apporter une vision globale et systématique de la situation de BO. Ceci permettrait de prendre en compte les différents acteurs gravitant autour du public ciblé. Il s'agit d'une assistante sociale de la branche santé au travail de la Sécurité Sociale, d'une chargée d'accompagnement social et professionnel prestataire pour Pôle Emploi pour la réalisation de bilan de compétences (75% des personnes auprès desquelles elle intervient sont en situation de souffrance au travail, menacé de BO ou en situation de BO) et de la directrice des Ressources Humaines d'un hôpital en France (1500 personnes).

Cette étude pourrait être reprise et enrichie par l'entretien avec un ergothérapeute français et peut-être aussi avec un médecin traitant. Compléter l'étude est une nécessité pour confirmer la tendance de validation de l'hypothèse et pouvoir répondre plus précisément à la question d'initiation à la recherche.

Dans la revue de littérature, le manque d'études en France a aussi été pointé au sujet du BO mais également de l'EO.

## Conclusion

Le BO est un concept bien délimité au travail. Cependant, il est sujet à controverses. Son repérage, véritable enjeu de Santé Publique, semble en construction en France. L'amélioration du repérage du BO est d'ailleurs un des objectifs du troisième Plan santé au travail 2016-2020 (PST3) plus spécifiquement par l'action 1.20 qui consiste à renforcer la prévention du burnout.

La mise en avant de facteurs prédictifs permettrait de mieux dépister et de prévenir le burnout. L'expérimentation indique qu'un déséquilibre occupationnel semblerait être un facteur favorisant le BO. L'évaluation du niveau d'équilibre occupationnel d'une personne en activité professionnelle pourrait permettre à l'ergothérapeute de contribuer au repérage d'un risque de BO. Ce travail d'initiation à la recherche, qui a permis de produire de nouvelles données, nécessiterait d'être poursuivi et étoffé pour confirmer la tendance des résultats.

Cependant, plusieurs conditions ont été aussi soulignées par les professionnels de terrain interrogés : la compréhension des rôles et des compétences de l'ergothérapeute, les possibilités et modalités d'intervention de ce professionnel auprès du public ainsi que la connaissance et l'emploi par les ergothérapeutes des outils adaptés disponibles permettant d'affirmer la plus-value de la profession.

La communication sur les compétences occupationnelles de l'ergothérapeute auprès des professionnels de santé, du social et du monde du travail paraît une priorité. Cela lui permettrait de devenir un acteur important de la prévention, dont des souffrances liées au travail, voire également d'intervenir dans le champ de la réinsertion professionnelle en suivant les pas des ergothérapeutes belges.

## Bibliographie

Académie Nationale de Médecine (2016). Le burn-out, rapport sur la position officielle de l'Académie.

Agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail (France), Institut national de recherche et de sécurité (France), (2015). Le syndrome d'épuisement professionnel ou *burnout*: mieux comprendre pour mieux agir: guide d'aide à la prévention.

A, Camus V, Geoffroy PA, Thomas P (2014). Référentiel de Psychiatrie. Psychiatrie de l'adulte. Psychiatrie de l'enfant et l'adolescent. Addictologie. Tours: PU François Rabelais; 1-100.

Bataille, S. (2015). Se reconstruire après un burn-out: les chemins de la résilience professionnelle. Paris: InterEd.

Caire, J.-M., & Schabaille, A. (2018). Engagement, occupation et santé : une approche centrée sur l'accompagnement de l'activité de la personne dans son contexte de vie. Paris: ANFE.

Caire, JM (2013). Nouveau guide de pratique en ergothérapie : entre concepts et réalités. Bruxelles: De Boeck, 116-120, 136-142, 157-176.

Dubois, B., Thiébaud Samson, S., Trouvé, É., Tosser, M., Poriel, G., Tortora, L., ... Brousseau, M. (2017). *Guide du diagnostic en ergothérapie*, Bruxelles: De Boeck, 19-32, 49-91, 154-160, 195-216.

Dutoit M, Pitollet C, Donnet R, Keller S. (2017). Ergothérapie et soutien à l'emploi : Psychiatrie mobile en Suisse Romande. In Expériences en ergothérapie, coord. M.-H. Iazard, 30<sup>e</sup> série, Montpellier, Sauramps, 487-494.

Ducouso-Lacaze C, Duverneuil N, Houdent L, Lebranchu D, Mignet G (2016). Le Modèle de l'Occupation Humaine : trois exemples d'application en gériatrie. ErgOTHérapies, n°62, juillet 2016, 34-41.

Gauthier, A. (2018). Science de l'occupation de la théorie à la pratique. LME, N°40, décembre 2018, 27-30.

Haute Autorité de Santé. (2017). Service Communication. Repérage et prise en charge cliniques du syndrome d'épuisement professionnel ou *burnout*. Fiche mémo. [En ligne]. [https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2017-05/dir56/fiche\\_memo\\_burnout.pdf](https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2017-05/dir56/fiche_memo_burnout.pdf) (consulté le 15 février 2018).

Haute Autorité de Santé Service Communication. (2017). Repérage et prise en charge cliniques du syndrome d'épuisement professionnel ou *burnout*. Rapport d'élaboration. [En ligne]. [https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2017-05/dir56/rapport\\_elaboration\\_burnout.pdf](https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2017-05/dir56/rapport_elaboration_burnout.pdf) (consulté le 15 février 2018).

Herinckx V, Guisset MC. (2019). La réintégration professionnelle en Belgique. Participation, occupation et pouvoir d'agir : plaidoyer pour une ergothérapie inclusive. In *Actualités en Ergothérapie*. Paris : ANFE.

Institut National de Recherche et de Sécurité pour la prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles (2014). Mieux connaître l'épuisement professionnel. Référence INRS : DC 7 (Décryptage).

[En ligne]. <http://www.inrs.fr/media.html?refINRS=DC%207> (consulté le 15 février 2018).

Institut National de Recherche et de Sécurité pour la prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles. (2014). La reconstruction professionnelle après un *burnout*, Référence INRS : TF 216,

[En ligne]. <http://www.inrs.fr/media.html?refINRS=TF%20216> (consulté le 15 février 2018).

Kovess-Masfety, V., & Saunder, L. (2017). Le burnout : historique, mesures et controverses. *Archives Des Maladies Professionnelles et de l'Environnement*, 78(1), 16–23. doi:10.1016/j.admp.2016.01.007

Kühne N, Tétréault S, Bertrand-Leiser M, Gremaud G, Margot-Cattin I. (2016). Le réseau « Occupations Humaines et santé » (OHS) : une ressource au service des ergothérapeutes, coord. M.-H. Iazard, 29<sup>e</sup> série, Montpellier, Sauramps, 94-98.

Krupa, T., & Association canadienne des ergothérapeutes. (2011). L'action contre l'inertie: répondre aux besoins de santé liés à l'activité des personnes présentant un trouble mental grave. Ottawa: CAOT Publications ACE.

Lacroix, P.-A., Pelletier, A.-J., Blondin, M.-P., Dugal, A., Langlois, C., Levasseur, M., & Larivière, N. (2018). Traduction et validation du Questionnaire sur l'engagement dans les activités signifiantes: Translation and validation of the Engagement in Meaningful Activities Survey. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 85(1), 11-20. <https://doi.org/10.1177/0008417417702925>

Larivière, N., & Levasseur, M. (2016). Traduction et validation du questionnaire ergothérapeutique l'Inventaire de l'équilibre de vie: Translation and validation of the Life Balance Inventory: An occupational therapy questionnaire. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 83(2), 103-114. <https://doi.org/10.1177/0008417416632260>

Larivière, N (2019). Evaluer l'équilibre occupationnel : quels outils sont actuellement disponibles ? Participation, occupation et pouvoir d'agir : plaidoyer pour une ergothérapie inclusive. In *Actualités en Ergothérapie*. Paris : ANFE.

Majnemer, A. (2010). Balancing the Boat: Enabling an Ocean of Possibilities. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 77(4), 198-205. <https://doi.org/10.2182/cjot.2010.77.4.2>

Marchalot I. (2016). Stratégie d'intervention en ergothérapie et rendement occupationnel. *ErgOTHérapies*, n°62, juillet 2016,19-24.

Maslach, C., Leiter, M. P., Légeron, P., & Gourdon, V. (2016). *Burn-out: des solutions pour se préserver et pour agir*. Paris: Les Arènes.

Meyer, S (2010). Démarches et raisonnements en ergothérapie, 2<sup>e</sup> éd. Suisse, Lausanne : Haute école de travail social et de la santé – EESP.

Meyer, S. (2013). De l'activité à la participation. Bruxelles: De Boeck.

Mignet G. (2016). Le Modèle de l'Occupation Humaine : s'approprier les concepts théoriques grâce aux expériences cliniques. ErgOTHérapies, n°62, juillet 2016, 25-33.

Morel-Bracq M-C, Trouvé E, Offstein E, Quevillon E, Riguet K, Hernandez H, ..., Gras C. L'activité humaine: un potentiel pour la santé?. Marseille: Solal; 2015 ; 1-51, 203-246, 206-262.

Morel-Bracq M-C. (2016). La science de l'occupation pour les ergothérapeutes, coord. M.-H. Izard, 29<sup>e</sup> série, Montpellier, Sauramps, 99-107.

Morel-Bracq M-C. (2016). L'entretien en recherche qualitative en ergothérapie. ErgOTHérapies, n°62, juillet 2016, 78-80.

Morel-Bracq, M.-C. (2017). Les modèles conceptuels en ergothérapie: introduction aux concepts fondamentaux. Louvain-La-Neuve: De Boeck Supérieur.

Parkinson, S., Forsyth, K., Kielhofner, G., & Mignet, G. (2017). MOHOST: outil d'évaluation de la participation occupationnelle, 53-55.

Peters, S., & Mesters, P. (2010). Vaincre l'épuisement professionnel: toutes les clés pour comprendre le « burn-out ». Paris: R. Laffont.

Pierce, D., & Morel-Bracq, M.-C. (2016). La science de l'occupation pour l'ergothérapie. Bruxelles: De Boeck supérieur, 198-199.

Réseau Occupation Humaine et Santé (OHS) de la Haute école de travail social et de la santé. Les sciences de l'occupation : au cœur du quotidien et de la santé (2017). Actes du colloque du 19 mai 2017.

[En ligne].

[https://www.eesp.ch/fileadmin/user\\_upload/ecole/reseau/ohs/Livret\\_Abstracts7.pdf](https://www.eesp.ch/fileadmin/user_upload/ecole/reseau/ohs/Livret_Abstracts7.pdf) (consulté le 20 mars 2018).

Selly, A. (2013). Quand le travail vous tue: Histoire d'un burn-out et de sa guérison.

Technologia, (2014). Etude clinique et organisationnelle permettant de définir et de quantifier ce qu'on appelle communément le *burnout*.

[En ligne] <http://www.technologia.fr/blog/wp-content/uploads/2014/01/Burn-out-Etude-clinique-et-organisationnelle-janvier-2014.pdf> (consulté le 8 avril 2018).

Tétreault, S., & Guillez, P. (2014). *Guide pratique de recherche en réadaptation*. Bruxelles: De Boeck Solal, 509-519.

Tétreault S, Kühne N, Bertrand M, Bertrand R. (2017). La recherche de l'équilibre occupationnel par les ergothérapeutes et les étudiants en ergothérapie. In Expériences en ergothérapie, coord. M.-H. Izard, 30<sup>e</sup> série, Montpellier, Sauramps, 52-61.

Thiebaut-Samson S, Totor L, Tossier M, Dubois. (2017). Le diagnostic

ergothérapique : définition, principes et méthodologie. In *Expériences en ergothérapie*, coord. M.-H. Iazard, 30<sup>e</sup> série, Montpellier, Sauramps, 69-77.

Townsend, E., Polatajko, H. J., Cantin, N., & Association canadienne des ergothérapeutes. (2013). *Habiliter à l'occupation: faire avancer la perspective ergothérapique de la santé, du bien-être et de la justice par l'occupation*. Ottawa: CAOT Publications ACE, 103-158.

Kovess-Masfety, V., & Saunder, L. (2017). Le burnout : historique, mesures et controverses. *Archives Des Maladies Professionnelles et de l'Environnement*, 78(1), 16–23. doi:10.1016/j.admp.2016.01.007

Wagman, P., Håkansson, C., & Björklund, A. (2012). Occupational balance as used in occupational therapy: A concept analysis. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 19(4), 322-327. <https://doi.org/10.3109/11038128.2011.596219>

Wagman, P., Håkansson, C., & Björklund, A. (2011). Occupational balance as used in occupational therapy: A concept analysis. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 19(4), 322–327. doi:10.3109/11038128.2011.596219

Wagman, P., & Håkansson, C. (2014). Exploring occupational balance in adults in Sweden. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 21(6), 415–420. doi:10.3109/11038128.2014.934917

Wagman, P., Håkansson, C., & Jonsson, H. (2014). Occupational Balance: A Scoping Review of Current Research and Identified Knowledge Gaps. *Journal of Occupational Science*, 22(2), 160–169. doi:10.1080/14427591.2014.986512

Wagman, P., & Håkansson, C. (2014). Introducing the Occupational Balance Questionnaire (OBQ). *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 21(3), 227-231. <https://doi.org/10.3109/11038128.2014.900571>

Westhorp, P. (2003). Exploring Balance as a Concept in Occupational Science. *Journal of Occupational Science*, 10(2), 99–106. doi:10.1080/14427591.2003.968651

## Sitographie

Agence Fédérale des Risques Professionnels. [En ligne]. <https://fedris.be/fr> (consulté le 15 avril 2019)

Association Nationale Française des Ergothérapeutes. [En ligne]. <http://www.anfe.fr/> (consulté le 5 avril 2018)

European Institute for Intervention and Research on *Burn Out*. [En ligne]. <http://www.burnout-institute.org/index.php> (consulté le 8 avril 2018).

Fondation Pierre Deniker pour la recherche et la prévention en santé mentale. [En ligne]. <https://www.fondationpierredeniker.org/> (consulté le 30 novembre 2018)

Haute Autorité de Santé [En ligne]. <https://www.has-sante.fr/portail/> (Consulté le 15 février 2018).

Institut National de Recherche et de Sécurité pour la prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles. [En ligne]. <http://www.inrs.fr/> (consulté le 15 février 2018).

Institut National de la Santé et Recherche Médicale. [En ligne]. <https://www.inserm.fr> (consulté le 30 novembre 2018).

Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques. [En ligne]. <https://www.insee.fr/> (consulté le 15 avril 2019).

Ordre des Ergothérapeutes du Québec. [En ligne]. <https://www.oeq.org/> (consulté le 15 avril 2019)

*Organisation Mondiale de la Santé. La santé mentale au travail.* [En ligne]. [http://www.who.int/mental\\_health/in\\_the\\_workplace/fr/](http://www.who.int/mental_health/in_the_workplace/fr/) (consulté le 15 février 2018).

Technologia. Cabinet spécialisé en prévention des risques psychosociaux, évalue et améliore la qualité de vie au travail agréé par le ministère du Travail en tant qu'expert auprès des CHSCT. [En ligne]. <http://www.technologia.fr/> (consulté le 8 avril 2018).



## Filmographie

Documentaire « La mécanique du *burnout* » **réalisé par Elsa Fayner** diffusé le 14 février 2018 dans l'émission « Le monde en face » animée par Marina Carrère d'Encausse sur la chaîne de télévision France 5 [En ligne]. <https://www.youtube.com/watch?v=VWC6Y1gimDI> (consulté le 8 avril).

Equilibre occupationnel et ergothérapie par Nicolas Kühne : quels sont les enjeux rencontrés et les stratégies utilisées par les ergothérapeutes et les étudiants-e-s ? Colloque Occupation Humaine et Santé (OHS) du 19 mai 2017 à Lausanne. [En ligne]. <https://www.youtube.com/watch?v=4XXlrSQLil> (consulté le 20 mars 2018).

## Glossaire

ANACT : Agence Nationale pour l'Amélioration des Conditions de Travail

ANFE : Association Nationale Française des Ergothérapeutes

BO : Burnout

CIM : Classification Internationale des Maladies

DSM : « Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders » (ou Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux de l'association Américaine de Psychiatrie)

EO : Equilibre Occupationnel

IFE : Institut de Formation en Ergothérapie

INRS : Institut National de Recherche et de Sécurité pour la prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles

INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

INSERM : Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale

HAS : Haute Autorité de la Santé

MCREO : Modèle canadien du rendement et de l'engagement occupationnels

MCRO : Mesure Canadienne du Rendement Occupationnel

MOH : Modèle de l'Occupation Humaine

MOHOST : « Model of Human Screening Tool » outil de dépistage du Modèle de l'Occupation Humaine

OMS : Organisation mondiale de la Santé

OHS : Occupation Humaine et Santé

PEC : prise en charge

RPS : Risques Psycho-Sociaux

SEP : Syndrome d'Épuisement Professionnel

TMS : troubles musculosquelettiques

# ANNEXES

<b>Annexe I</b> : Charte anti-plagiat.....	p.1
<b>Annexe II</b> : Processus du burnout .....	p.2
<b>Annexe III</b> : Trajet de prise en charge du projet pilote burnout belge FEDRIS.....	p.3
<b>Annexe IV</b> : Occupational Questionnaire (OQ).....	p.4-6
<b>Annexe V</b> : Inventaire d'Equilibre de Vie (IVE) .....	p.7-10
<b>Annexe VI</b> : Formulaire de consentement vierge.....	p.11-12
<b>Annexe VII</b> : Exemple d'un formulaire de consentement complété anonymisé.....	p.13
<b>Annexe VIII</b> : Guide d'entretien.....	p.14
<b>Annexe IX</b> : Grille d'entretien.....	p.15
<b>Annexe X</b> : Matrice théorique.....	p.17-18
<b>Annexe XI</b> : Verbatim de l'entretien du médecin du travail Mme MDT.....	p. 20-24
<b>Annexe XII</b> : Verbatim de l'entretien du l'ergothérapeute belge Mme EB.....	p. 25-30
<b>Annexe XIII</b> : Verbatim de l'entretien du l'Ergothérapeute Québécoise Mme EQ...p.	31-36
<b>Annexe XIII</b> : Résultats.....	p.37-38



# ANNEXE I : CHARTE ANTI-PLAGIAT



## Charte anti-plagiat de la Direction régionale et départementale de la Jeunesse, des sports et de la Cohésion sociale de Normandie

La Direction Régionale et Départementale de la Jeunesse, des Sports et de la Cohésion sociale délivre sous l'autorité du Préfet de région les diplômes de travail social et professions de santé non médicales et sous l'autorité du Ministre chargé des sports les diplômes du champ du sport et de l'animation. Elle est également garante de la qualité des enseignements délivrés dans les dispositifs de formation préparant à l'obtention des diplômes des champs du travail social, de l'animation et du sport. C'est dans le but de garantir la valeur des diplômes qu'elle délivre et la qualité des dispositifs de formation qu'elle évalue que les directives suivantes sont formulées à l'endroit des étudiants et stagiaires en formation.

### Article 1 :

« Le plagiat consiste à insérer dans tout travail, écrit ou oral, des formulations, phrases, passages, images, en les faisant passer pour siens. Le plagiat est réalisé de la part de l'auteur du travail (devenu le plagiaire) par l'omission de la référence correcte aux textes ou aux idées d'autrui et à leur source »<sup>1</sup>.

### Article 2 :

Tout étudiant, tout stagiaire s'engage à encadrer par des guillemets tout texte ou partie de texte emprunté(e) ; et à faire figurer explicitement dans l'ensemble de ses travaux les références des sources de cet emprunt. Ce référencement doit permettre au lecteur et correcteur de vérifier l'exactitude des informations rapportées par consultation des sources utilisées.

### Article 3 :

Le plagiaire s'expose aux procédures disciplinaires prévues au règlement de fonctionnement de l'établissement de formation. En application du Code de l'éducation<sup>ii</sup> et du Code pénal<sup>iii</sup>, il s'expose également aux poursuites et peines pénales que la DRDJSCS est en droit d'engager. Cette exposition vaut également pour tout complice du délit.

### Article 4 :

Tout étudiant et stagiaire s'engage à faire figurer et à signer sur chacun de ses travaux, deuxième de couverture, cette charte dûment signée qui vaut engagement :

*Je soussigné-e* ..... Marie-Chloé BÉGIN.....

*atteste avoir pris connaissance de la charte anti plagiat élaborée par la DRDJSCS de Normandie et de m'y être conformé-e.*

*Et certifie que le mémoire/dossier présenté étant le fruit de mon travail personnel, je veillerai à ce qu'il ne puisse être cité sans respect des principes de cette charte*

Fait à ..... Evreux.....

Le ..... 10 janvier 2019 signature 

<sup>1</sup> Site Université de Genève <http://www.unige.ch/ses/telecharger/unige/directive-PLAGIAT-19092011.pdf>

<sup>ii</sup> Article L331-3 du Code de l'éducation : « les fraudes commises dans les examens et les concours publics qui ont pour objet l'acquisition d'un diplôme délivré par l'Etat sont réprimées dans les conditions fixées par la loi du 23 décembre 1901 réprimant les fraudes dans les examens et concours publics ».

<sup>iii</sup> Articles 121-6 et 121-7 du Code pénal.

# ANNEXE II : PROCESSUS DU BURNOUT

(Source : Technologie, 2014)

Schéma 1 : Schéma du continuum de l'engagement

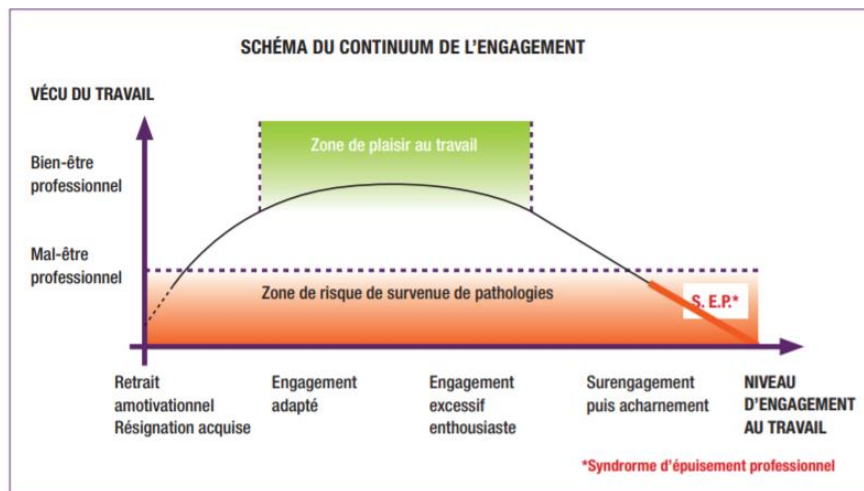
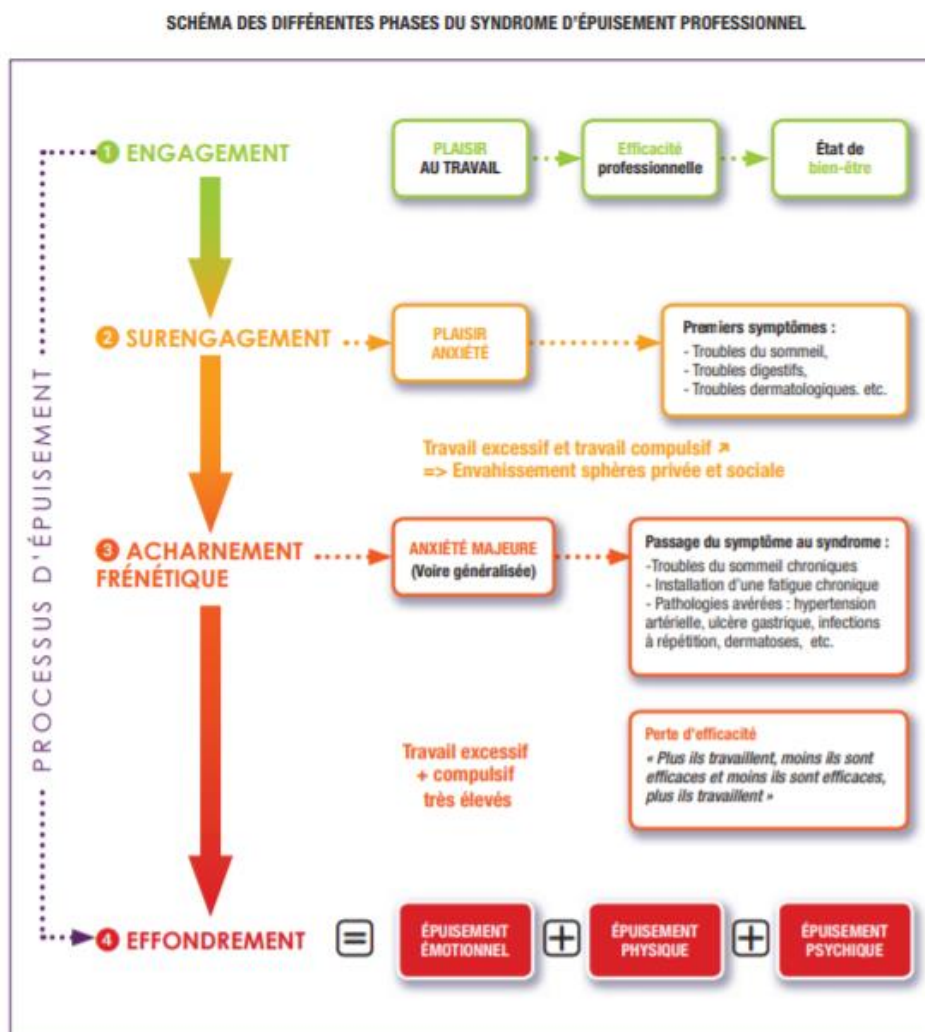


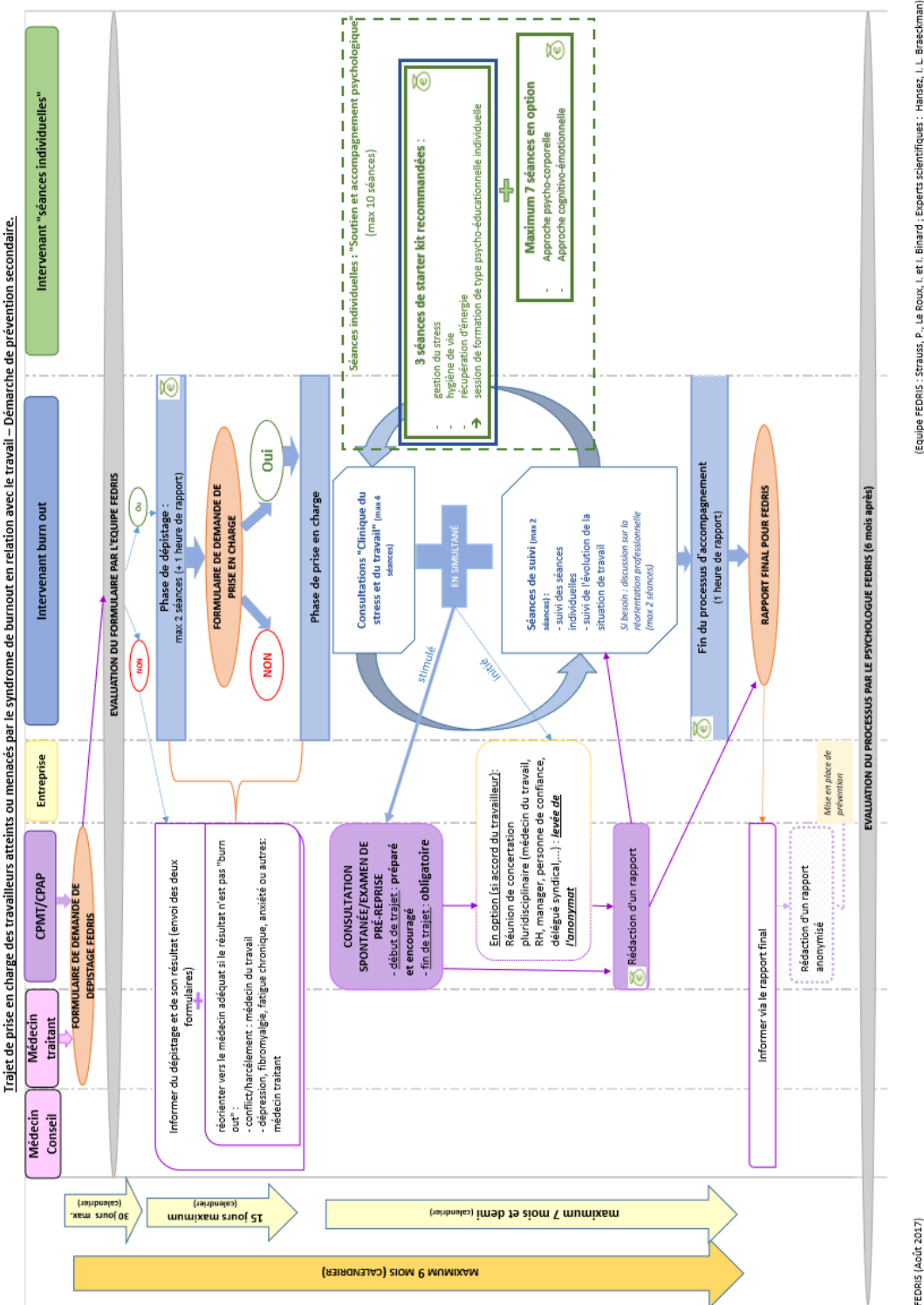
Schéma 2 : Schéma des différentes phases du burnout



# ANNEXE III : TRAJET DE PRISE EN CHARGE DU PROJET PILOTE BURNOUT BELGE FEDRIS

(Source : FEDRIS, 2019)

Schéma 3 : Schéma du trajet de prise en charge des travailleurs atteints ou menacés par le burnout



## ANNEXE IV : OCCUPATIONAL QUESTIONNAIRE (OQ)

### **Occupational Questionnaire (OQ)** Centre de référence du modèle de l'occupation humaine [www.fmed.ulaval.ca/crmoh](http://www.fmed.ulaval.ca/crmoh)

#### **Directives**

Dans ce questionnaire, vous devrez écrire vos activités habituelles de la journée et répondre à des questions concernant ces activités.

#### **Première partie**

Réfléchissez d'abord à la façon dont vous avez passé vos journées ces dernières semaines. Déterminez ce que vous faites **habituellement** pendant une journée de la semaine (du lundi au vendredi) en utilisant la feuille de réponse ci-jointe. Inscrivez vos activités de la journée à partir du lever. Chaque rangée correspond à une demi-heure. Pour chaque demi-heure, écrivez l'activité **principale** que vous feriez pendant cette demi-heure. Une activité peut inclure n'importe quoi comme parler à un ami, cuisiner ou prendre un bain. Si votre activité se prolonge au-delà d'une demi-heure, inscrivez-la aussi dans la rangée suivante et ainsi de suite jusqu'à l'heure où elle se termine.

#### **Deuxième partie**

Après avoir énuméré vos activités, répondez aux quatre questions pour **chacune** des activités en encerclant le chiffre correspondant à la réponse la plus appropriée. Prenez note qu'on vous demande de préciser si vos activités représentent pour vous du travail, des tâches quotidiennes, du loisir ou du repos, et d'évaluer le niveau de qualité avec lequel vous les exercez, leur importance et le plaisir que vous en tirez. À la première question, le **travail** ne signifie pas nécessairement une activité payée. Le travail peut inclure des activités productives qui sont utiles aux autres comme le bénévolat dans un hôpital. Les **tâches quotidiennes** sont des activités reliées à vos soins personnels, comme le ménage et le magasinage. Le **repos** peut comprendre une sieste ou rien de particulier. Même si certaines questions semblent ne pas correspondre à vos activités, répondez quand même à **chacune** d'elle aussi précisément que possible. Vos réponses sont importantes pour **chacune** des questions posées!

Traduction du questionnaire élaboré par N. Riopel Smith avec l'aide de G. Kielhofner et J. Hawkins Watts (1986). (Smith, N.R., Kielhofner, G. et Watts, J.H. (1986). *The relationships between volition, activity pattern, and life satisfaction in the elderly*. American Journal of Occupational Therapy, 40, 278-283) Révision de la traduction par Monique Gillet, CRMoh, mars 2006.



Date : \_\_\_\_\_

Nom : \_\_\_\_\_

Âge : \_\_\_\_\_

OCCUPATIONAL QUESTIONNAIRE (OQ)				
ACTIVITÉS HABITUELLES	QUESTION 1	QUESTION 2	QUESTION 3	QUESTION 4
Pour la demi-heure commençant à :	Je considère cette activité comme :	Je pense que je fais cette activité :	Pour moi, cette activité est :	Comment aimez-vous cette activité?
	1. du travail 2. des tâches quotidiennes 3. du loisir 4. du repos	1. très bien 2. bien 3. moyennement 4. pauvrement 5. très pauvrement	1. extrêmement importante 2. importante 3. sans intérêt 4. quelque chose que j'aime mieux ne pas faire 5. une perte de temps totale	1. Je l'aime beaucoup 2. Je l'aime 3. Je l'aime sans plus, ni moins 4. Je ne l'aime pas 5. Je ne l'aime pas du tout
05 h 00	1 2 3 4	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
05 h 30	1 2 3 4	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
06 h 00	1 2 3 4	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
06 h 30	1 2 3 4	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
07 h 00	1 2 3 4	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
07 h 30	1 2 3 4	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
08 h 00	1 2 3 4	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
08 h 30	1 2 3 4	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
09 h 00	1 2 3 4	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
09 h 30	1 2 3 4	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
10 h 00	1 2 3 4	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
10 h 30	1 2 3 4	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
11 h 00	1 2 3 4	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
11 h 30	1 2 3 4	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5

Traduction du questionnaire élaboré par N. Riopel Smith avec l'aide de G. Kielhofner et J. Hawkins Watts (1986). (Smith, N.R., Kielhofner, G. et Watts, J.H. (1986). *The relationships between volition, activity pattern, and life satisfaction in the elderly*. American Journal of Occupational Therapy, 40, 278-283) Révision de la traduction par Monique Gillet, CRM OH, mars 2006.

2

OCCUPATIONAL QUESTIONNAIRE (OQ)				
ACTIVITÉS HABITUELLES	QUESTION 1	QUESTION 2	QUESTION 3	QUESTION 4
Pour la demi-heure commençant à :	Je considère cette activité comme :	Je pense que je fais cette activité :	Pour moi, cette activité est :	Comment aimez-vous cette activité?
	1. du travail 2. des tâches quotidiennes 3. du loisir 4. du repos	1. très bien 2. bien 3. moyennement 4. pauvrement 5. très pauvrement	1. extrêmement importante 2. importante 3. sans intérêt 4. quelque chose que j'aime mieux ne pas faire 5. une perte de temps totale	1. Je l'aime beaucoup 2. Je l'aime 3. Je l'aime sans plus, ni moins 4. Je ne l'aime pas 5. Je ne l'aime pas du tout
12 h 00	1 2 3 4	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
12 h 30	1 2 3 4	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
13 h 00	1 2 3 4	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
13 h 30	1 2 3 4	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
14 h 00	1 2 3 4	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
14 h 30	1 2 3 4	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
15 h 00	1 2 3 4	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
15 h 30	1 2 3 4	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
16 h 00	1 2 3 4	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
16 h 30	1 2 3 4	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
17 h 00	1 2 3 4	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
17 h 30	1 2 3 4	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5

Traduction du questionnaire élaboré par N. Riopel Smith avec l'aide de G. Kielhofner et J. Hawkins Watts (1986). (Smith, N.R., Kielhofner, G. et Watts, J.H. (1986). *The relationships between volition, activity pattern, and life satisfaction in the elderly*. American Journal of Occupational Therapy, 40, 278-283) Révision de la traduction par Monique Gillet, CRM OH, mars 2006.

3

OCCUPATIONAL QUESTIONNAIRE (OQ)				
ACTIVITÉS HABITUELLES	QUESTION 1	QUESTION 2	QUESTION 3	QUESTION 4
Pour la demi-heure commençant à :	Je considère cette activité comme :	Je pense que je fais cette activité :	Pour moi, cette activité est :	Comment aimez-vous cette activité?
	1. du travail 2. des tâches quotidiennes 3. du loisir 4. du repos	1. très bien 2. bien 3. moyennement 4. pauvrement 5. très pauvrement	1. extrêmement importante 2. importante 3. sans intérêt 4. quelque chose que j'aime mieux ne pas faire 5. une perte de temps totale	1. Je l'aime beaucoup 2. Je l'aime 3. Je l'aime sans plus, ni moins 4. Je ne l'aime pas 5. Je ne l'aime pas du tout
18 h 00	1 2 3 4	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
18 h 30	1 2 3 4	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
19 h 00	1 2 3 4	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
19 h 30	1 2 3 4	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
20 h 00	1 2 3 4	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
20 h 30	1 2 3 4	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
21 h 00	1 2 3 4	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
21 h 30	1 2 3 4	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
22 h 00	1 2 3 4	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
22 h 30	1 2 3 4	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
23 h 00	1 2 3 4	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
23 h 30	1 2 3 4	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5

Traduction du questionnaire élaboré par N. Riopel Smith avec l'aide de G. Kielhofner et J. Hawkins Watts (1986). (Smith, N.R., Kielhofner, G. et Watts, J.H. (1986). *The relationships between volition, activity pattern, and life satisfaction in the elderly*. American Journal of Occupational Therapy, 40, 278-283) Révision de la traduction par Monique Gillet, CRM OH, mars 2006.

4

OCCUPATIONAL QUESTIONNAIRE (OQ)				
ACTIVITÉS HABITUELLES	QUESTION 1	QUESTION 2	QUESTION 3	QUESTION 4
Pour la demi-heure commençant à :	Je considère cette activité comme :	Je pense que je fais cette activité :	Pour moi, cette activité est :	Comment aimez-vous cette activité?
	1. du travail 2. des tâches quotidiennes 3. du loisir 4. du repos	1. très bien 2. bien 3. moyennement 4. pauvrement 5. très pauvrement	1. extrêmement importante 2. importante 3. sans intérêt 4. quelque chose que j'aime mieux ne pas faire 5. une perte de temps totale	1. Je l'aime beaucoup 2. Je l'aime 3. Je l'aime sans plus, ni moins 4. Je ne l'aime pas 5. Je ne l'aime pas du tout
12 h 00	1 2 3 4	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
12 h 30	1 2 3 4	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
01 h 00	1 2 3 4	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
01 h 30	1 2 3 4	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
02 h 00	1 2 3 4	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
02 h 30	1 2 3 4	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
03 h 00	1 2 3 4	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
03 h 30	1 2 3 4	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
04 h 00	1 2 3 4	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
04 h 30	1 2 3 4	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5

Traduction du questionnaire élaboré par N. Riopel Smith avec l'aide de G. Kielhofner et J. Hawkins Watts (1986). (Smith, N.R., Kielhofner, G. et Watts, J.H. (1986). *The relationships between volition, activity pattern, and life satisfaction in the elderly*. American Journal of Occupational Therapy, 40, 278-283) Révision de la traduction par Monique Gillet, CRM OH, mars 2006.

5

# ANNEXE V : INVENTAIRE EQUILIBRE DE VIE (IVE)

## Inventaire de l'équilibre de vie

Traduction du Life Balance Inventory (Matuska, 2010)

Traduction de N. Larivière, erg., Ph. D. et M. Levasseur, erg., Ph. D. en collaboration avec Lucie Maleski, étudiante en ergothérapie; Francisca Beloin, étudiante en ergothérapie; Cynthia Humphrey, erg.; Andrew Freeman, erg., Ph. D.; Ginette Aubin, erg., Ph. D., et révisée par Stéphanie Boucher, traductrice professionnelle

NOM : \_\_\_\_\_

DATE : \_\_\_\_\_

**Consignes :** Veuillez répondre aux énoncés suivants en deux étapes.

**ÉTAPE 1 :** Parmi les activités énoncées, indiquez celles que vous faites ou que vous voulez faire en encerclant OUI ou NON.

**ÉTAPE 2 :** Pour les activités pour lesquelles vous avez encadré OUI, évaluez si le temps que vous avez réellement consacré à chacune des activités au cours du dernier mois correspond au temps que vous vouliez lui consacrer

1

ÉTAPE 1 :			ÉTAPE 2 : Pour les activités pour lesquelles j'ai encadré OUI, le temps consacré à cette activité est :				
JE FAIS cette activité ou JE VOUDRAIS FAIRE cette activité			TOUJOURS MOINS	PARFOIS MOINS	AUTANT ou PRÈS	PARFOIS PLUS	TOUJOURS PLUS
			que je voudrais	que je voudrais	que je voudrais	que je voudrais	que je voudrais
1.	Oui Non	Prendre soin de mon hygiène personnelle et me laver	1	2	3	2	1
2.	Oui Non	Prendre soin de mon apparence	1	2	3	2	1
3.	Oui Non	Dormir suffisamment et de manière satisfaisante	1	2	3	2	1
4.	Oui Non	Me détendre	1	2	3	2	1
5.	Oui Non	Faire de l'exercice physique régulièrement	1	2	3	2	1
6.	Oui Non	Manger sainement	1	2	3	2	1
7.	Oui Non	Prendre soin de ma santé (pression artérielle, vitamines, glucomètre, etc.)	1	2	3	2	1
8.	Oui Non	Gérer mes finances (factures, budget, investissements)	1	2	3	2	1
9.	Oui Non	Conduire (tout type de véhicule)	1	2	3	2	1
10.	Oui Non	Prendre l'autobus	1	2	3	2	1

2

**ÉTAPE 2 : Pour les activités pour lesquelles j'ai encerclé OUI, le temps consacré à cette activité est :**

<b>ÉTAPE 1 : JE FAIS cette activité ou JE VOUDRAIS FAIRE cette activité</b>			<b>TOUJOURS MOINS</b> que je voudrais	<b>PARFOIS MOINS</b> que je voudrais	<b>AUTANT ou PRÈS</b> que je voudrais	<b>PARFOIS PLUS</b> que je voudrais	<b>TOUJOURS PLUS</b> que je voudrais
11.	Oui Non	Faire des activités avec des membres de ma famille	1	2	3	2	1
12.	Oui Non	Faire des activités avec mon (ma) conjoint(e) ou avec mon (ma) partenaire	1	2	3	2	1
13.	Oui Non	Faire des activités avec mes ami(e)s	1	2	3	2	1
14.	Oui Non	Prendre soin des membres de mon entourage (famille, enfants, amis, voisins)	1	2	3	2	1
15.	Oui Non	Avoir une relation sexuelle intime	1	2	3	2	1
16.	Oui Non	Participer à des groupes (clubs sociaux : club de lecture, club de cartes, cours, etc.)	1	2	3	2	1
17.	Oui Non	Rencontrer de nouvelles personnes	1	2	3	2	1
18.	Oui Non	Avoir un emploi rémunéré	1	2	3	2	1
19.	Oui Non	Acquérir des compétences dans mon emploi	1	2	3	2	1

3

**ÉTAPE 2 : Pour les activités pour lesquelles j'ai encerclé OUI, le temps consacré à cette activité est :**

<b>ÉTAPE 1 : JE FAIS cette activité ou JE VOUDRAIS FAIRE cette activité</b>			<b>TOUJOURS MOINS</b> que je voudrais	<b>PARFOIS MOINS</b> que je voudrais	<b>AUTANT ou PRÈS</b> que je voudrais	<b>PARFOIS PLUS</b> que je voudrais	<b>TOUJOURS PLUS</b> que je voudrais
20.	Oui Non	Avoir des interactions sociales au travail	1	2	3	2	1
21.	Oui Non	Participer à des activités religieuses officielles	1	2	3	2	1
22.	Oui Non	Participer à des fêtes ou des activités traditionnelles (anniversaires, cérémonies religieuses, Noël, etc.)	1	2	3	2	1
23.	Oui Non	Participer aux activités éducatives dans des milieux d'enseignement ou dans la communauté	1	2	3	2	1
24.	Oui Non	Prendre part à des activités d'une association ou d'un ordre professionnel	1	2	3	2	1
25.	Oui Non	Faire du bénévolat au sein de la communauté	1	2	3	2	1
26.	Oui Non	Participer à un sport organisé	1	2	3	2	1
27.	Oui Non	Faire des activités de plein air (chasse, pêche, randonnée, etc.)	1	2	3	2	1

4

ÉTAPE 2 : Pour les activités pour lesquelles j'ai encréolé OUI, le temps consacré à cette activité est :

ÉTAPE 1 : JE FAIS cette activité ou JE VOUDRAIS FAIRE cette activité			TOUJOURS MOINS que je voudrais	PARFOIS MOINS que je voudrais	AUTANT ou PRÈS que je voudrais	PARFOIS PLUS que je voudrais	TOUJOURS PLUS que je voudrais
38.	Oui Non	Faire de l'artisanat, avoir des passe-temps (scrapbooking, faire de la photo, collections, etc.)	1	2	3	2	1
39.	Oui Non	Jouer de la musique	1	2	3	2	1
40.	Oui Non	Faire des activités artistiques (peinture, théâtre, musique, sculpture, etc.)	1	2	3	2	1
41.	Oui Non	Entretien ou réparer des appareils	1	2	3	2	1
42.	Oui Non	Faire de la couture, des travaux d'aiguille	1	2	3	2	1
43.	Oui Non	Lire	1	2	3	2	1
44.	Oui Non	Utiliser un ordinateur (traitement de textes, Internet, blogues)	1	2	3	2	1
45.	Oui Non	Faire de longues et profondes réflexions ou méditer	1	2	3	2	1
46.	Oui Non	Écrire dans mon journal intime	1	2	3	2	1
47.	Oui Non	Composer, écrire (musique, poèmes, etc.)	1	2	3	2	1

6

ÉTAPE 2 : Pour les activités pour lesquelles j'ai encréolé OUI, le temps consacré à cette activité est :

ÉTAPE 1 : JE FAIS cette activité ou JE VOUDRAIS FAIRE cette activité			TOUJOURS MOINS que je voudrais	PARFOIS MOINS que je voudrais	AUTANT ou PRÈS que je voudrais	PARFOIS PLUS que je voudrais	TOUJOURS PLUS que je voudrais
28.	Oui Non	Jardiner	1	2	3	2	1
29.	Oui Non	Entrer en contact avec la nature (s'asseoir dans un parc, écouter le chant des oiseaux, etc.)	1	2	3	2	1
30.	Oui Non	Planifier et coordonner des événements	1	2	3	2	1
31.	Oui Non	Décorer ou aménager des espaces (organiser son espace personnel ou de bureau)	1	2	3	2	1
32.	Oui Non	Cuisiner	1	2	3	2	1
33.	Oui Non	Entretien mon domicile	1	2	3	2	1
34.	Oui Non	Magasiner	1	2	3	2	1
35.	Oui Non	Prendre soin d'animaux de compagnie	1	2	3	2	1
36.	Oui Non	Aller au restaurant ou dans des bars	1	2	3	2	1
37.	Oui Non	Aller au théâtre, au cinéma ou assister à des événements sportifs	1	2	3	2	1

5

ÉTAPE 2 : Pour les activités pour lesquelles j'ai encadré OUI, le temps consacré à cette activité est :

ÉTAPE 1 :		TOUJOURS MOINS	PARFOIS MOINS	AUTANT ou PRÈS	PARFOIS PLUS	TOUJOURS PLUS
JE FAIS cette activité ou JE VOUDRAIS FAIRE cette activité		que je voudrais	que je voudrais	que je voudrais	que je voudrais	que je voudrais
48.	Oui Non	Danser, faire du yoga, faire du tai-chi, etc. (arts expressifs par le mouvement)	1	2	3	2 1
49.	Oui Non	Jouer à des jeux d'habileté (cartes, jeux électroniques, etc.)	1	2	3	2 1
50.	Oui Non	Regarder la télévision	1	2	3	2 1
51.	Oui Non	Faire du mentorat (enseigner)	1	2	3	2 1
52.	Oui Non	Voyager (tous les moyens de transport, localement, mondialement)	1	2	3	2 1
53.	Oui Non	Raconter des histoires	1	2	3	2 1

### Inventaire de l'équilibre de vie :

#### Cotation :

**Score total** (score des items cochés « oui » / # items cochés oui):

\_\_\_\_\_ /

Interprétation	
1,00 – 1,49	Très déséquilibré
1,50 – 1,99	Déséquilibré
2,00 – 2,49	Moyennement équilibré
2,50 – 3,00	Très équilibré

#### Sous-échelles :

(1) Satisfaire besoins de base pour santé et sécurité (n = 6) : 1, 3, 4, 5, 6, 7

Score = score des items cochés « oui » / # items cochés oui = \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ =

(2) Avoir des relations satisfaisantes (n = 10): 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 20, 35, 51

Score = score des items cochés « oui » / # items cochés oui = \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ =

(3) Se sentir engagé, mis au défi et compétent (n = 19) : 8, 18, 27, 28, 29, 30, 31, 36, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 48, 49, 50, 52, 53

Score = score des items cochés « oui » / # items cochés oui = \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ =

(4) Donner un sens et une identité personnelle positive (n = 15) : 2, 19, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 32, 33, 34, 37, 45, 46, 47

Score = score des items cochés « oui » / # items cochés oui = \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ =

Note : les items « conduire » et « prendre autobus » vont dans le score total seulement.

## ANNEXE VI : FORMULAIRE DE CONSENTEMENT VIERGE

### **Formulaire d'information et de consentement relatif à l'entretien et à l'autorisation d'enregistrement et d'exploitations des données confidentielles**

(D'après Chrétien-Vincent (in Tétreault et al., 2013))

L'étude porte sur les pratiques notamment en ergothérapie auprès de personnes en activité professionnelle pouvant rencontrer des difficultés de santé et/ou sociales en lien avec leur travail.

#### **Personnes responsables de l'étude :**

-Marie-Claire Bébin, étudiante en 3<sup>ème</sup> année à l'Institut de Formation en Ergothérapie La Musse. Ce projet s'inscrit dans le cadre de l'initiation à la recherche et de la rédaction d'un mémoire de fin d'étude en vue du Diplôme d'Etat d'Ergothérapie.

[marieclaire.bebin@hotmail.fr](mailto:marieclaire.bebin@hotmail.fr)

-Jean-Michel Caire, Cadre Supérieur de Santé, Responsable pédagogique de l'Institut de Formation en Ergothérapie de Toulouse, Docteur Sciences de l'Education Université de Bordeaux, maitre de mémoire.

[caire.jm@chu-toulouse.fr](mailto:caire.jm@chu-toulouse.fr)

Merci de prendre le temps de lire les informations suivantes.

Ce document précise le but de ce projet d'initiation à la recherche, ses procédures, avantages et risques. Vous êtes invité à poser toutes les questions que vous jugerez utiles.

#### **Présentation de l'étude et de ses objectifs :**

L'objectif de cette étude est d'explorer les pratiques ergothérapeutiques effectuées auprès de personnes présentant des symptômes somatiques et/ou psychiques, voire des difficultés sociales pouvant être en lien avec leur travail.

Le but est de recueillir des informations concernant votre expérience et votre opinion. Il n'y a pas de bonne ou de mauvaises réponses.

#### **Nature et durée de participation :**

Je vous propose un entretien de préférence en face à face ou bien via des outils de communication (Skype, Zoom, téléphone...) d'une durée de 45 minutes environ. Je vous demande votre autorisation d'enregistrement audio de notre échange afin de pouvoir le retranscrire fidèlement.

Acceptez-vous que cet entretien soit enregistré ?

OUI  NON

#### **Votre participation à l'étude :**

L'ensemble de vos réponses contribuera à l'avancement des connaissances. Votre participation est libre et volontaire. Vous pouvez vous retirer à tout moment par information verbale ou écrite.

Votre participation ne devrait vous porter aucun préjudice. Elle nécessite le partage de vos visions et vécus et de votre temps. Nous vous en remercions d'avance.

**Retrait de votre participation :**

Votre participation à cette étude est libre et basée sur le volontariat. À tout moment, vous pouvez vous retirer et interrompre vos réponses en l'annonçant verbalement. En cas de désistement de votre part et à votre demande, tous les documents vous concernant seront détruits.

**Confidentialité :**

Les données recueillies et l'enregistrement seront conservés sous clé ou dans un fichier informatique protégé par un mot de passe. L'accès aux données nominatives sera réservé à l'étudiante responsable de l'étude. Aucune donnée nominative ne sera présente dans les écrits émanant de ce projet.

L'ensemble des données confidentielles seront détruites dans un délai maximum de 6 mois après la diffusion des résultats (janvier 2020).

**Consentement libre et éclairé, autorisation d'enregistrement et d'exploitation des données :**

Je soussigné ..... reconnais avoir lu et compris le présent formulaire me permettant de donner un consentement éclairé. Je dispose de suffisamment de temps pour réfléchir à ma participation à cette étude. Je comprends que ma participation est basée sur le volontariat et que je peux me retirer à m'importe quel moment sans préjudice.

Je consens volontairement à participer à cette étude et ce que l'entretien soit enregistré à des fins purement de recherche.

J'autorise l'étudiant à exploiter ces données confidentielles recueillies lors de l'entretien.

J'atteste également avoir reçu un exemplaire de ce document.

A ..... le .....(en 2 exemplaires) Signature :

Un court résumé des résultats pourra être adressé aux participants qui en feront la demande. L'adresse (électronique ou postale) à laquelle je souhaite recevoir un court résumé des résultats de cette étude est la suivante :

.....

**Déclaration du porteur de l'étude :**

Je soussignée Marie-Claire Bébin, être à l'initiative de ce travail d'initiation à la recherche. J'atteste avoir informé la personne interviewée sur les diverses modalités de l'entretien (confidentialité, enregistrement, exploitation des données ...) et tous les termes du présent formulaire. J'atteste avoir répondu aux éventuelles questions et avoir précisé la possibilité de se retirer à tout moment de cette étude. Je m'engage à transmettre un exemplaire de ce formulaire d'information et de consentement à chaque participant. Enfin, je m'engage à respecter l'ensemble des informations transmises dans ce document.

A ..... le .....(en 2 exemplaires) Signature :



# ANNEXE VII : EXEMPLE D'UN FORMULAIRE DE CONSENTEMENT COMPLETE ANONYMISE

## Formulaire d'information et de consentement relatif à l'entretien et à l'autorisation d'enregistrement et d'exploitations des données confidentielles

(D'après Chrétien-Vincent (in Tétéreault et al., 2014))

L'étude porte sur les pratiques notamment en ergothérapie auprès de personnes en activité professionnelle pouvant rencontrer des difficultés de santé et/ou sociales en lien avec leur travail.

### Personnes responsables de l'étude :

-Marie-Claire Bébin, étudiante en 3<sup>ème</sup> année à l'Institut de Formation en Ergothérapie La Musse. Ce projet s'inscrit dans le cadre de l'initiation à la recherche et de la rédaction d'un mémoire de fin d'étude en vue du Diplôme d'Etat d'Ergothérapie.  
marieclaire.bebin@hotmail.fr  
-Jean-Michel Caire, Cadre Supérieur de Santé, Responsable pédagogique de l'Institut de Formation en Ergothérapie de Toulouse, Docteur Sciences de l'Education Université de Bordeaux, maître de mémoire.  
caire\_jm@chu-toulouse.fr

Merci de prendre le temps de lire les informations suivantes.  
Ce document précise le but de ce projet d'initiation à la recherche, ses procédures, avantages et risques. Vous êtes invité à poser toutes les questions que vous jugerez utiles.

### Présentation de l'étude et de ses objectifs :

L'objectif de cette étude est d'explorer les pratiques ergothérapeutiques effectuées auprès de personnes présentant des symptômes somatiques et/ou psychiques, voire des difficultés sociales pouvant être en lien avec leur travail.  
Le but est de recueillir des informations concernant votre expérience et votre opinion. Il n'y a pas de bonne ou de mauvaises réponses.

### Nature et durée de participation :

Je vous propose un entretien de préférence en face à face ou bien via des outils de communication (Skype, Zoom, téléphone...) d'une durée de 45 minutes environ. Je vous demande votre autorisation d'enregistrement audio de notre échange afin de pouvoir le retranscrire fidèlement.

Acceptez-vous que cet entretien soit enregistré ?

OUI  NON

### Votre participation à l'étude :

L'ensemble de vos réponses contribuera à l'avancement des connaissances. Votre participation est libre et volontaire. Vous pouvez vous retirer à tout moment par information verbale ou écrite.  
Votre participation ne devrait vous porter aucun préjudice. Elle nécessite le partage de vos visions et vécus et de votre temps. Nous vous en remercions d'avance.

1

### Retrait de votre participation :

Votre participation à cette étude est libre et basée sur le volontariat. À tout moment, vous pouvez vous retirer et interrompre vos réponses en l'annonçant verbalement. En cas de désistement de votre part et à votre demande, tous les documents vous concernant seront détruits.

### Confidentialité :

Les données recueillies et l'enregistrement seront conservés sous clé ou dans un fichier informatique protégé par un mot de passe. L'accès aux données nominatives sera réservé à l'étudiante responsable de l'étude. Aucune donnée nominative ne sera présente dans les écrits émanant de ce projet.  
L'ensemble des données confidentielles seront détruites dans un délai maximum de 6 mois après la diffusion des résultats (janvier 2020).

### Consentement libre et éclairé, autorisation d'enregistrement et d'exploitation des données :

Je soussigné(e)..... reconnais avoir lu et compris le présent formulaire me permettant de donner un consentement éclairé. Je dispose de suffisamment de temps pour réfléchir à ma participation à cette étude. Je comprends que ma participation est basée sur le volontariat et que je peux me retirer à m'importe quel moment sans préjudice.

Je consens volontairement à participer à cette étude et ce que l'entretien soit enregistré à des fins purement de recherche.  
J'autorise l'étudiant à exploiter ces données confidentielles recueillies lors de l'entretien. J'atteste également avoir reçu un exemplaire de ce document.

A..... le 17/04/19..... (en 2 exemplaires) Signature : .....

Un court résumé des résultats pourra être adressé aux participants qui en feront la demande. L'adresse (électronique ou postale) à laquelle je souhaite recevoir un court résumé des résultats de cette étude est la suivante : .....

### Déclaration du porteur de l'étude :

Je soussignée Marie-Claire Bébin, être à l'initiative de ce travail d'initiation à la recherche. J'atteste avoir informé la personne interviewée sur les diverses modalités de l'entretien (confidentialité, enregistrement, exploitation des données ...) et tous les termes du présent formulaire. J'atteste avoir répondu aux éventuelles questions et avoir précisé la possibilité de se retirer à tout moment de cette étude. Je m'engage à transmettre un exemplaire de ce formulaire d'information et de consentement à chaque participant. Enfin, je m'engage à respecter l'ensemble des informations transmises dans ce document.

A..... le 16/04/19..... (en 2 exemplaires) Signature : .....

2

# ANNEXE VIII : GUIDE D'ENTRETIEN

## GUIDE D'ENTRETIEN SEMI DIRECTIF TELEPHONIQUE

(Ce guide sera utilisé pour tous les entretiens téléphoniques individuels semi-directifs)

### 1<sup>ère</sup> partie : Introduction/Présentation

Bonjour, je suis MC étudiante en 3<sup>ème</sup> année d'ergothérapie à La Musse en France (en Normandie). Je vous contacte dans le cadre de mon travail d'initiation à la recherche en vue de mon diplôme de fin d'étude en ergothérapie.

Ce travail s'intéresse aux actions notamment en ergothérapie destinés aux personnes ayant des problématiques de santé et/ou sociale liées à leur travail.

L'objectif de recherche est de répondre à une question de recherche.

Je vais m'assurer que vous exercez auprès de ce public depuis au moins 3 ans ou que vous êtes expert sur le sujet.

La durée de l'entretien est estimée à 45 min. Différents sujets seront abordés en 2 fois 10 questions.

**Il n'y a pas de bonnes ou mauvaises réponses.**

Je tiens à vous remercier de disponibilité.

### 2<sup>ème</sup> partie : Considérations éthiques et consignes :

– Lecture du formulaire de consentement

**Est-ce que tout est clair ?** Si oui, merci de signer le formulaire.

Je tiens à vous repréciser quelques points :

-Toutes les mesures ont été prises pour garantir l'anonymat des données et la confidentialité.

-Vous pouvez m'interrompre à tout moment et me poser des questions. Vous êtes libre de répondre ou non à une question. De même, il vous est possible de vous retirer de l'étude.

**-Ce sont vos expériences et votre opinion auxquels s'intéressent ce travail.**

Avec votre autorisation, l'entretien sera enregistré. **Etes-vous d'accord pour l'enregistrement ?**

**Avez-vous des questions avant de débiter l'entretien ?**

**Êtes-vous dans de bonnes conditions pour réaliser cet entretien ?**

Dis-moi quand vous êtes prêt.

### 3<sup>ème</sup> partie : Les questions en lien avec la thématique

CF grille d'entretien semi-directif (à partir de I IDENTIFICATION jusqu'à la fin)

### 4<sup>ème</sup> partie : Conclusion et remerciements

Pour toute information, complémentaire, vous pouvez contacter le responsable de l'étude Mr Jean-Michel Caire.

Si vous le souhaitez, retour synthétique pourra vous être communiqué au terme de l'étude (en juillet).

Je tiens à vous remercier pour votre collaboration et le temps que vous avez consacré à l'entretien.

# ANNEXE IX : GRILLE D'ENTRETIEN SEMI-DIRECTIF

## GRILLE D'ENTRETIEN SEMI-DIRECTIF

### Contexte :

Cette grille d'entretien s'adresse à différents professionnels (ergothérapeute, psychologue du travail, médecin du travail, travailleur social, ...).

Ils interviennent depuis au moins trois ans auprès de personnes adultes rencontrant des difficultés de santé et/ou sociales au lien avec leur travail notamment au sujet du burnout.

Ils peuvent être également experts de ces problématiques.

### I IDENTIFICATION

1/ Brièvement, pouvez-vous me présenter votre parcours professionnel (dont votre mission actuelle et domaine d'activité) ?

Puis votre parcours de formation (initiale, continue, complémentaire) ?

(Quoi, où, quelle année, durée)

### II BURN-OUT

2/ Qu'est-ce qui vous a amené à vous intéresser aux personnes ayant des difficultés de santé et/ou sociales en lien avec leur activité professionnelle (à temps plein) ?

Depuis combien de temps ?

3/ Selon vous, quelles sont les principales problématiques de santé et/ou sociales de ces personnes en lien avec le travail ?

4/ C'est quoi le burnout pour vous ? Quelle serait votre définition ?

Quels signes lui associez-vous ?

Comment vous l'identifiez chez une personne ?

*Je vous propose de retenir le burnout comme un syndrome d'épuisement physique, psychique et émotionnel lié au travail.*

5/ Combien de personnes avez-vous rencontrées en situation de burnout sur ces dernières années ? Sur la dernière année ? Quelle est pour vous la tendance ?

6/ Pensez-vous qu'il y ait un profil type de personne sensible au burnout ? Si oui, lequel ?

7/ Comment rencontrez-vous les personnes en risque ou en situation de burnout ?

Vous sont-elles adressées ? Par qui ?

8/ Quelles sont vos actions pour ou auprès de ces mêmes personnes et leurs modalités (évaluation et intervention) ?

Pourriez-vous développer et donner un exemple ?

9/ Pensez-vous que vous ayez un rôle à jouer dans l'évaluation et le repérage d'un burnout ?

Si oui, lequel et comment (avec qui, avec quoi, critères, outils, modèles de pratique ...) ?

### **III EVALUATION (et EQUILIBRE OCCUPATIONNEL)**

10/ Selon vous, il y a-t-il un intérêt à interroger et prendre en compte les habitudes de vie de ces personnes ?

Pensez-vous que ce soit fait ? Si oui, comment ? Par qui ?

11/ Selon vous, il y a-t-il un intérêt à interroger et prendre en compte l'équilibre de vie notamment entre vie professionnelle et personnelle (ou plus largement l'équilibre occupationnel) de ces personnes ?

Pensez-vous que ce soit fait ? Si oui, comment ? Par qui ?

12/ Pouvez-vous donner votre définition de cet équilibre ?

Que prend-il en compte selon vous ?

*Je vous propose de retenir l'équilibre occupationnel comme la perception par une personne d'un juste et satisfaisant agencement entre toutes ses activités humaines (par domaine, en quantité et diversité notamment) et que ses activités fassent sens pour elle dans sa vie actuelle.*

13/ Connaissez-vous des outils pour évaluer le niveau d'équilibre occupationnel ?

Si oui, lesquels ? Les utilisez-vous ?

14/ Connaissez-vous des indicateurs de niveau d'équilibre occupationnel permettant d'alerter ?

Si oui, lesquels ? Les utilisez-vous ?

15/ Pensez-vous que le niveau d'équilibre occupationnel influence le burnout ?

Si oui, en quoi ? Dans quelle proportion ?

Avez-vous un exemple ?

16/ Pensez-vous que l'évaluation du niveau d'équilibre occupationnel puisse être un outil permettant le repérage d'un risque de burnout ?

Pouvez-vous développer SVP.

17/ A votre avis, quels professionnels peuvent réaliser cette évaluation ?

18/ Selon vous, cette évaluation peut-elle dépendre d'un ergothérapeute ?

Si oui ou non, pourquoi ?

### **III CONCLUSION**

19/ Concernant cet entretien et cette étude, avez-vous des suggestions ?

Avez-vous des questions à poser ou des éléments à ajouter ?

20/ Enfin, connaissez-vous des professionnels ou des personnes qui seraient intéressées par cette étude et dont le témoignage apporterait une valeur ajoutée ?

Si oui, pouvez-vous les nommer ?

Est-il possible de les contacter de votre part ?

REMERCIEMENTS

# ANNEXE X : MATRICE THEORIQUE

## Matrice théorique

THEORIE/ CONCEPT	Le burnout	
Selon : Bataille, 2015 ; Dejours, Gernet, 2016 ; Delbrouck, 2014 ; HAS, 2017 ; INRS, 2014 ; Koveess-Masfety, Saunder, 2016 ; Maslach, 2016 ; Peters, Mesters, 2010 ; Technologia 2014.		
CRITERES	INDICATEURS : manifestations	N° questions
<b>Dimension contextuelle et environnementale</b>	Environnements de travail (conditions, exposition RPS), personnel, familial, social, sociétal. Protecteurs ou non.	2 3 4 6
<b>Dimension quantitative</b>	Charge de travail, multiplicité des activités, des rôles	2 3 4 6
<b>Dimension temporelle</b>	Durée exposition, chronicité, pression temporelle, rythme soutenu. Intensité et temps dédié au travail (aux activités de productivité)	2 3 4 6
<b>Dimension dynamique Evolution</b>	-Rupture (mais changement progressif et insidieux avec un état antérieur) -Evolution, rechute possible Rupture, changement progressif et insidieux avec un état antérieur.	5 9
<b>Présence de stress répété au travail</b>	La personne a des difficultés à s'adapter à des situations stressantes répétées et continu (chronique)	4 9
<b>Epuisement total lié au travail</b>	La fatigue est physique, puis émotionnelle et psychique en lien avec le travail Elle devient chronique (il n'y a pas de récupération au repos) avec perte de la motivation et frustration.	4 9
<b>Dépersonnalisation ou perte d'empathie</b>	Négativité, cynisme, attitude impersonnelle, indifférente, irritabilité voire agressivité vis à vis du travail et des autres personnes.	4 9
<b>Accomplissement personnel</b>	Sentiment épanouissement au travail perdu, regard négatif sur ses réalisations professionnelles.	4 9
<b>Plaintes et souffrances : -physiques -émotionnelles -psychiques</b>	Troubles somatiques : musculosquelettiques, manifestations cardiaques, troubles digestifs, atteintes des sphères neurologique et hormonale. Troubles du sommeil, difficultés cognitives (concentration, mémoire organisation ...) Anxiété, dépression, problème de gestion des émotions, pleurs ... suicide	4 9 16
<b>Changement de comportement face au travail</b>	Négativité, cynisme, attitude impersonnelle, irritabilité voire agressivité vis à vis du travail et des autres personnes. Comportements additifs. Un présentéisme important ou un absentéisme, voire une alternance peuvent être constatés. Surengagement dans le travail Erreurs, fautes, accidents, incapacités de travailler.	4 9
<b>Relationnel</b>	Isolement, dégradation des relations au travail et dans les autres sphères.	4 9
<b>Perception de soi</b>	La personne a un sentiment de dévalorisation de soi et l'impression de ne pas pouvoir réaliser ses objectifs, culpabilité	4 9
<b>Absence de conscience</b>	La personne n'a pas conscience de son état et du glissement.	9
<b>Conséquences sociales</b>	Perte de revenu, possibilité de perte d'emploi, perte de rôle social, conséquences familiales, regard des autres ...	9
<b>Causes multiples</b>	Travail à l'origine ou facteur déclenchant, aggravant.	4 6
Lié au travail	Conflits, manque de reconnaissance ...	6
Facteurs inter-individuels :		
Lié au travail	Rôle, fonction mal définie, horaire, rythmes inadaptés, manque d'autonomie ...	6
Facteurs organisationnels :		
Lié à la personne	Faible estime de soi, difficulté à s'affirmer, évaluation négative des situations, haute niveau d'exigences (reconnaissance attendue), grands travailleurs, ...	6
Facteurs intra individuels :	Une personne ayant un niveau d'exigence élevé sera plus à risque.	
<b>Facteurs protecteurs possibles :</b>		
Sentiment de soutien :	La personne a le sentiment d'être soutenu au travail (collègue, hiérarchie) et/ou dans les autres sphères (protection)	6
Capacité d'adaptation (dont de ses activités) et à prioriser	La personne adapte son engagement et sa participation dans ses activités en fonction du sens qu'elles leur accordent, de ses besoins et de la satisfaction que cela lui procure.	14
Maintient sentiment d'efficacité	La personne se sent en capacité d'assurer la réalisation de ses activités La personne se sent valoriser par ses activités	6
Satisfaction et prise de plaisir	Le plaisir de travailler a un effet modérateur de la survenue d'un burnout.	
Capacité à prendre soin de soi (hygiène, habitudes de vie ...)	La personne prend soin d'elle et de sa santé. Elle prend du temps pour elle.	6 10

THEORIE/ CONCEPT	Equilibre occupationnel (et déséquilibre)	
<p><u>Selon</u> : Christiansen et al. In Gauthier, 2018 ; Larivière, 2019 ; Larivière, Levasseur, 2016 ; Meyer in Caire, Schabaille, 2018 ; OHS, 2017 ; Mainemer, 2010 ; Matuska, 2010 ; Morel-Bracq, 2017 ; Wagman, 2014.</p>		
CRITERES	INDICATEURS	N° questions
<b>Dimension contextuelle et environnementale</b>	La personne prend en compte son environnement humain, matériel (dont financier) dans l'agencement dans ses activités	10
<b>Dimension temporelle</b>	La personne consacre le temps qu'elle considère suffisant et satisfaisant pour ses activités notamment significatives (qui ont du sens pour elle). La personne organise et répartit son temps entre ses activités.	10
<b>Dimension dynamique</b>	La personne ajuste sans cesse ses activités par rapport à ses ressources ou besoins en fonction de ses périodes de vie (changements).	10
<b>Equilibre entre les activités significatives et significatives</b>	La personne a un sentiment d'équilibre adéquate entre ses activités significatives et significatives.	10 15
<b>Equilibre par domaine d'activité</b>	La personne a un sentiment d'équilibre dans les 4 grandes catégories d'activité (de productivité, de loisirs, de soins personnels, de repos).	10 15
<b>Perception de satisfaction</b>	La personne est satisfaite du nombre et de la variété de ses activités.	11
<b>Perception de congruence</b>	La personne est satisfaite du temps réellement consacré à ses activités par rapport au temps désiré.	11
<b>Perception d'équivalence</b>	La personne est satisfaite de la répartition de l'utilisation de son temps entre les 4 dimensions pour la santé (besoin de santé et de sécurité, développement de relations satisfaisantes, sentiment de se sentir engagé et mis au défis, capacité à donner du sens et une identité positive).	11
<b>Sentiment d'harmonie entre ses activités</b>	Il n'y a pas de conflit ressenti par la personne entre ses activités.	11
<b>Sentiment d'harmonie entre ses rôles sociaux</b>	Il n'y a pas de conflit ressenti par la personne entre ses rôles sociaux.	11
<b>Réponse aux besoins</b>	Les activités répondent aux besoins de la personne (santé, sécurité, relations satisfaisantes)	11
<b>Donner un sens et une identité personnelle perçue comme positive</b>	La personne donne du sens à ses activités. Celles-ci lui confèrent une identité qu'elle perçoit comme positive.	12
<b>Appréciation personnelle (subjectivité)</b>	C'est la personne qui perçoit son équilibre	11 - 12
<b>EO et sentiment de bien-être associé et qualité de vie</b>	La personne apprécie ses activités, leur réalisation et agencement. Cela lui procure un sentiment de bien-être	14
<b>Par rapport à l'activité travail, sentiment de liberté et de choix</b>	La personne a le sentiment de choisir l'activité travail et la façon de la réaliser. L'activité n'est pas ressentie en permanence comme une contrainte trop importante.	14
<b>Caractéristique de l'activité travail</b>	L'activité travail est considérée comme une activité significative pour la personne c'est-à-dire qui a du sens pour elle dans la manière dont elle la réalise.	14
<b>L'engagement dans les activités</b>	La personne choisit son niveau d'engagement en fonction de chaque activité	14
<b>La participation</b>	La personne réalise ses activités seule ou avec les autres	14
<b>Interaction sociale</b>	La personne choisit de réaliser ses activités avec les autres et de les partager.	14
<b>L'adaptation des activités</b>	La personne adapte son engagement et sa participation dans ses activités	14
<b>Sentiment d'efficacité personnelle</b>	La personne se sent en capacité d'assurer la réalisation de ses activités La personne se sent valoriser par ses activités La personne se sent compétent à agencer ses activités.	14
<b>Perception de soi</b>	La personne a une perception d'elle-même adaptée et juste -points forts, limites, besoins) et en tient compte dans l'agencement de ses activités.	14

THEORIE/ CONCEPT	Evaluations et champs d'action de l'ergothérapeute (dont EO)	
Selon : Caire, 2008, 2013 ; Castelein, 2015 ; Krupa and Co, 2011 ; Larivière, 2019 ; Larivière, Levasseur, 2016 ; Moel-Nracq, 3008 ; Meyer, 2010 ; Meyer in Caire, Schabaille, 2018 ; OHS, 2017 ; Mainemer, 2010, Marchalot, 2016 ; Mignet, 2016, 2018 ; Morel-Bracq, 2017 ; Parkinson, S., Forsyth, K., Kielhofner, G., & Mignet, G., 2017 ; Townsend, Poatajko, 2013 ; Wagman, 2014.		
CRITERES	INDICATEURS	N° questions
Professionnels pouvant potentiellement interroger les habitudes de vie et l'équilibre occupationnel	Ergothérapeute (habilités aux occupations) Médecin traitant ; Médecin du travail ; Psychologues	17 18
Orientation professionnelle de l'ergothérapeute	Fondées sur les occupations (s'appuyant sur la science de l'occupation) Centrée sur la personne et interaction personne-occupations-environnement	17 18
La demande de soin initiale	La méthode d'évaluation sera liée à la demande initiale et au demandeur (dont expérience)	17 18
La relation entre la personne et thérapeute	L'alliance thérapeutique et la confiance	17 18
Facteurs personnels de l'évaluateur	La méthode d'évaluation est liée à l'ergothérapeute (sa formation initiale, complémentaire, son expérience, ses aspirations propres ...)	17 18
Facteurs institutionnels et socioculturels	La méthode d'évaluation est liée aux contraintes institutionnelles et socioculturels (pays)	
Modèle d'intervention occupationnel	La méthode d'évaluation est liée au modèle de pratique en ergothérapie utilisée par le thérapeute et dans l'Institution.	17 18
Durée et rythme d'intervention	Fonction de la demande initiale	17 18
La participation de la personne	Partenariat dans l'évaluation	17 18
Type d'évaluation	Qualitative (subjective), quantitative (objective) Formative, sommative.	9 10 11
Temporalité de l'évaluation	Initiale, intermédiaire, finale	9 10 11
Contraintes à prendre en compte	Lieu, temps, outil	9 10 11
Finalité de l'évaluation	Collecte de données ; confirmation, diagnostic en ergothérapie (profil occupationnel, performance occupationnelle), suivi, réflexive	9 10 11
Modalités de l'évaluation	Auto administré, grille, questionnaire, échelle numérique, mise en situation, observation, entretien libre, semi-directif ou structuré, emploi du temps	9 10 11
Appréciation du niveau d'équilibre occupationnel	C'est la personne qui perçoit son équilibre ou déséquilibre qualitativement et quantitativement	9 10 11 12 13 14
Type d'outil	Standardisé ou non.	13
Critères métrologiques de l'outil	Validité, fiabilité, sensibilité.	
Outil lié à un modèle de pratique occupationnel	Outil issu du modèle MCREO. : MCRO Outils issus du modèle MOH. : MOHOST, OCAIRS, OPHU-II, OSA, OQ, Role Ckeck list ...	13
Outil reconnu scientifiquement (validé en français)	Inventaire de Equilibre de Vie (IEV), Occupational Questionnaire (OQ)	13
Outil maison	Etude de l'emploi de temps, planning, horloge,	13
Evaluation temporelle	L'outil s'intéresse au temps associé par la personne à ses activités et rôles Ex : agenda occupationnel, horloge occupationnelle, journal de bord occupationnel, OQ	13
Evaluation de la satisfaction	La personne évalue son niveau de satisfaction dans le la réalisation de ses activités et rôles sociaux. Ex : MHAVIE	13
Evaluation de l'efficacité	La personne auto-évalue son niveau d'efficacité dans la réalisation de ses activités : performance occupationnelle.	13
Sentiment d'harmonie entre ses activités et rôles	La personne se sent en harmonie avec ses activités et ses rôles sociaux associés	14
Approche motivationnelle : prise en compte des degrés et sources de motivations	Le degrés d'implication/engagement de la personne est évalué et les sources de sa motivation (lié au travail) analysée (diagramme motivationnel).	6 10 11
Appréciation personnelle (subjectivité)	C'est la personne qui perçoit son équilibre ou déséquilibre.	6 10 11
Mesure de la satisfaction, sentiment de bien-être et de qualité de vie associé	La personne évalue son niveau de satisfaction dans la réalisation de ses activités et rôles sociaux. Ex : MHAVIE Leur réalisation lui procure un sentiment de bien-être. Elle juge sa qualité de vie satisfaisante par la personne. (évaluation de la qualité de vie).	13 16

# ANNEXE XI: VERBATIM DE L'ENTRETIEN DU MEDECIN DU TRAVAIL MME MDT

1.

Mon parcours de formation c'est pas très compliqué j'ai fait des études de médecin à X, à la fin de l'Internat j'ai fait le CES de médecine du travail à l'époque les CES existaient encore on était dans les dernières années. Et j'ai eu mon diplôme de médecin du travail septembre 1983. J'ai passé ma thèse en janvier 1984.

J'ai été embauchée en septembre **1983** à mi-temps au Service de Médecine du Travail de Y pour un CDD de 4 mois et puis j'ai été embauchée en CDI à mi-temps. La 2ème mi-temps j'ai travaillé en CDD au Service de Médecine du Travail du BTP et j'ai fait un remplacement maternité en Service de Médecine du Travail autonome en entreprise dans une Verrerie à Z, j'y ai été 6 mois. Et puis après j'ai été embauchée à plein temps au Service de Médecine du Travail de Y et j'y suis restée.

J'ai fait des formations continues. J'ai **beaucoup travaillé sur les Risques Psycho Sociaux (RPS)** à la Y, chaque agence est indépendante mais on a un niveau national de coordination et d'animation avec des **groupes de travail**. Oui **plus de 10 ans j'ai travaillé sur les RPS** avec des **expérimentations**.

Et après on fait des **formations techniques en Médecine du Travail** puis on fait aussi des formations qu'on appelle des enseignements post-universitaires 2 fois par an pour garder notre titre de médecin généraliste. C'est des formations en médecine générale qui n'ont rien à voir avec la Santé au Travail. Après j'ai fait des formations de management parce que je suis responsable du service, on n'a pas un responsable administratif nous, le responsable du service c'est un médecin donc en l'occurrence c'est moi et je suis responsable des médecins, des infirmières, des administratifs et des conseillers en prévention qui sont l'équivalent des contrôleurs de la CARSAT, Ce ne sont pas IPRP (intervenant en prévention des risques professionnels) comme dans les services inter-entreprise même si des fois ils portent le même nom. Ils sont assermentés, agréés par le tribunal de Grande Instance parce qu'ils peuvent mettre des pénalités auprès des entreprises.

2.

Les problématiques de santé et sociales liées au travail c'est le cœur du métier du Médecin du Travail, c'est de la **réparation**, on s'occupe du **maintien dans l'emploi** de gens ayant un problème de santé en lien avec le travail ou bien pas le maintien dans l'emploi n'est forcément lié à un problème en lien avec le travail. C'est le boulot principal du Médecin du Travail en dehors de la **prévention primaire**.

Au démarrage ce qui m'a intéressé, quand on est jeune étudiant, quand on sort de nos études on ne sait pas trop vers quel sens s'orienter, c'est quand même un **sujet qui m'intéressait** même si je ne savais pas trop en pratique ce que cela allait donner et puis tout de même en partie la qualité de la vie notamment avec des enfants et un mari en libéral. Tout de même ça joue aussi.

3.

Quand c'est en lien avec le travail, on élimine tous les problèmes de santé de maladie, on donc plutôt en accident du travail (AT) ou en maladie professionnelle (MP), euh le **problème majeur c'est les troubles musculosquelettiques (TMS)**, 90% des MP c'est des TMS, après ce sont aussi toutes les séquelles d'AT après on a tout le volet **RPS notamment dans le tertiaire**.

**Les TMS et les RPS ont considérés que cela fait partie des mêmes pathologies.**

Dans les travaux plutôt manuels, ça va s'exprimer par des TMS et dans le tertiaire plutôt par des syndromes dépressifs.

Mais l'origine du problème, bon pour les TMS il y a forcément des facteurs de répétitivités, mais c'est quand même, les 2 sont très très liés. Parce que les TMS sont apparues de façon extrêmement importante depuis une quinzaine d'années et notamment depuis les réorganisations du travail importantes dans les entreprises : d'un part les 35h, d'autre part la densification du travail et le juste à temps, il faut satisfaire le client immédiatement, il n'y a plus de stocks dans les entreprises, ça coûte trop cher, en permanence le juste à temps et le délai zéro. On désorganise les tâches pour ne faire une autre, parce que le client est urgent. **La charge mentale a augmenté**. Et c'est ça qui fait qu'on a plus de TMS.

Pour les RPS. Dans le tertiaire aussi, cela s'est fait plus tardivement mais le travail s'est densifié aussi, surtout depuis quelques années cela s'accélère, ça rattrape très largement l'industrie lourde ou les entreprises de travaux plus manuels par exemple les BTP et donc le travail se densifie beaucoup, **la charge mentale augmente beaucoup**. Il y a des restructurations d'entreprises importantes avec effectivement des **RPS plus importants**. Les changements d'organisation, les fusions tout cela ça entraîne beaucoup beaucoup de changements, même si dans le monde professionnel dans lequel je travaille il y a peu de licenciement mais il y a une peur du changement, une peur de changer de métier, de réaliser de nouveaux apprentissages, de faire de la formation, et donc ça entraîne de l'anxiété et des RPS.

Pour les TMS, c'est surtout membre sup et rachis.

Après on a des choses qui ne sont pas reconnues en MP, des pathologies lourdes, cancéreuses. Elles apparaissent plutôt quand les gens ont pris leur retraite mais les retrouve dans les enquêtes d'exposition notamment pour les produits chimiques.

Les problématiques sociales, c'est quand le salarié est en arrêt, un arrêt prolongé entraîne des pertes de ressources



avec des difficultés sociales. Nous dans ce cas-là, on saisit immédiatement le service social.

**4**

Le burnout c'est **dans les RPS**. C'est une **définition assez précise**. C'est un mot parfaitement **galvaudé**. On étiquette beaucoup de burnout qui n'en sont pas.

Alors le burnout c'est un **épuisement professionnel brutal**, les gens ne peuvent plus aller travailler mais **d'un seul coup**, cela demande des arrêts souvent prolongés parce que la récupération est assez longue.

Attention, quand les gens ils en ont ras le bol et qu'ils sont surmenés ils disent qu'ils sont en burnout. Non, ils ne sont pas en burnout. Ils sont surmenés, ce n'est pas la même chose.

Quelque fois nous-même on n'identifie pas les personnes en risque ou en burnout parce qu'ils sont directement mis en arrêt. Un jour ils sont dans l'incapacité de travailler, ils vont voir **leur médecin traitant**, là du coup moi je les perds. On ne les voit pas. Moi je ne sais même pas s'ils sont en arrêt. Quand un salarié envoie un arrêt de travail, ça arrive chez les médecins conseil, amis jamais en santé au travail. On n'est jamais au courant des arrêts.

Pour une personne à risque de burnout que je vois comment ça se passe. Dans le tertiaire, l'infirmière le voit, elle ne sent pas bien une personne, nous les médecins on reconvoque cette personne, on l'interroge, on lui demande comment ça se passe au travail.

Moi j'ai un petit système. C'est une petite réglette d'**échelle de valeur analogique**. C'est échelle qu'on a mis en place dans le groupe de travail dans lequel je travaillais au niveau de la caisse centrale, elle a été expérimentée pendant 18 mois, sur environ 2000 à 3000 personnes.

C'est très rapide et ça permet d'aborder la question du travail immédiatement. Ça marche comme une EVA (Échelle Visuelle de la Douleur) pour la douleur.

**On n'a pas le temps de faire des questionnaires.**

Il nous faut quelque chose de **rapide** à faire, facilement **répétable par tout le monde** médecin, infirmière, les collègues. Ce qu'il nous faut c'est qu le salarié nous parle de son travail.

Et donc la question du travail ce n'est pas si facile à aborder comme cela et qu'il nous parle directement de ses problèmes.

On pose 3 questions :

1-Comment vous sentez-vous dans votre travail ? C'est plutôt son métier l'intérêt qu'il y porte.

Il place le curseur là où il veut, entre 0 et 100. C'est comme la douleur, plus on a mal plus le chiffre est élevé. Et moins on a mal plus le chiffre est faible. On considère que c'est **anormal à partir de 60**.

2-Comment percevez-vous vos conditions de travail ? C'est les conditions d'exercice pour eux.

La 3ème question nous intéresse médicalement.

3-Comment vous sentez-vous dans votre vie personnelle ?

Ça nous intéresse parce que si la personne se désadapte dans la vie professionnelle et qu'elle a aussi des grandes difficultés au niveau personnel, on a plus de risque qu'elle décompense et de façon plus importante.

A l'employeur dans les grandes entreprises, on remet un compte rendu collectif pour les 2 1ères questions et on fait une moyenne et une médiane à partir du % de réponses supérieur ou égal à 60%. Une moyenne c'est facile à comprendre. Une médiane on élimine les extrêmes de la courbe de Gauss. Ça nous donne en gros ce qui concerne la majorité des personnes dans l'entreprise.

Dans les grandes entreprises, on leur donne les chiffres tous les ans. Et ils suivent cette courbe comme ils suivraient celles des AT ou MP. Pour eux, c'est un des critères de santé dans l'entreprise. Au début, ils étaient un peu surpris, maintenant ils nous les demandent et l'attendent.

**Une personne qui à 60% aux 3 questions est en souffrance avérée** pour laquelle il faut faire quelque chose.

Le seuil est le même pour les 3 questions.

Par exemple, si la réponse à la 1ère question est bien parce que la personne aime son métier. La 2ème question permet de vérifier les conditions d'exercice. Si le résultat n'est pas bon par exemple à 70%, là elle aime son métier mais les conditions d'exercice ne sont pas bonnes. Ça va nous mettre la puce à l'oreille. On va essayer de détailler ce qui se passe au niveau du travail.

A l'inverse, on a une personne qui par exemple 90% au niveau de la 1ère question, c'est donc un travail qui ne lui plaît pas, bon ça peut arriver mais les conditions de travail sont bonnes. L'employeur l'emploie pour un poste de travail, c'est pas forcément son problème que ça plaise ou pas, lui il s'attache à ce que les conditions de travail soient bonnes. Par contre le salarié peut chercher un autre métier.

J'utilise cette réglette **depuis une dizaine d'années**.

Toutes les **grilles de dépistage** qu'il existe mais ça parle de problèmes de santé, **ça ne nous parle pas du travail** donc ça ne va pas nous intéresser en Santé au Travail. Nous ce qu'on veut c'est qu'on parle du travail.

**5.**

Bon, moi pour ma population, j'en vois **une dizaine par an**. Il y a beaucoup de gens qui sont mal au travail mais ils ne font pas forcément un burnout.

**6.**

Alors des **gens qui ont déjà des gros problèmes familiaux**, ça peut être compliqué parce que quand on a des soucis il faut se ressourcer quelque part. Donc quand on a des soucis au travail souvent là où on peut se ressourcer c'est à la maison, si à la maison c'est extrêmement compliqué, on moins de chance de se ressourcer comme il faut,

de prendre des **ressources** pour affronter les difficultés de travail. Mais quelqu'un **qui commence à se désadapter** c'est-à-dire qui commence à **ne plus donner les bonnes réponses aux questions**, ça **ne peut pas durer plus de 3 mois**. Très très vite il va se désadapter. Alors on les met inaptes, avant on appelait cela inapte temporaire. On demande à leur médecin traitant de les mettre en arrêt. Par ce que le **travail n'est jamais thérapeutique**. Les psychiatres ils veulent très souvent remettre les gens au travail parce que ça va être thérapeutique ça va leur faire du bien. Mais le travail c'est le travail. Maintenant même dans les très grosses entreprises à partir du moment où quelqu'un à un travail contre salaire, il doit faire son travail. Même s'il est à temps partiel. Ça n'existe plus les postes où on ne fait rien. C'est fini. Ça fait longtemps que cela n'existe plus. Donc quelqu'un qui reprend son travail après un arrêt, même si c'est en mi-temps thérapeutique, il faut qu'il soit productif pour un mi-temps. Quelqu'un qui est arrêté, l'employeur ne peut rien lui dire. Il peut avoir un avis sur l'arrêt maladie. D'abord moi, je conseille aux gens de ne pas dire pourquoi ils sont en arrêt, ça ne regarde pas l'employeur. Et d'autre part, en fait c'est le médecin conseil qui valide ou pas les arrêts, ce n'est pas l'employeur, il n'a pas son mot à dire. Quelqu'un qui est arrêté est protégé. Son employeur ne peut rien lui faire. Par contre, s'il revient au travail ou s'il reste au travail alors qu'il est désadapté alors il va faire **des erreurs** inévitablement et là par contre les erreurs s'est sanctionnable. Donc il vaut mieux demander au médecin traitant de mettre le salarié en **arrêt pas trop trop longtemps**, le temps qu'il respire et qu'il reprenne des forces pour reprendre son travail éventuellement en mi-temps thérapeutique. Vous savez au-delà d'un an d'arrêt, c'est très compliqué de remettre le salarié au travail.

**7.**

Soit c'est **à la demande du salarié**, soit c'est **à la demande de l'employeur**. Sinon je n'ai de raison de savoir s'ils ont un problème de santé. S'ils sont mis en arrêt je peux les voir pendant leur arrêt **à la demande du médecin conseil, ou du médecin traitant ou du salarié lui-même**, et là ça s'appelle une pré-reprise. Je ne vais pas statuer sur le fait qu'ils sont capables ou pas de reprendre le travail, ça permet de voir comment on va les faire reprendre et d'aménager la reprise. C'est valable quel que soit la problématique.

**8.**

Nous on saisit l'employeur pour qu'il essaie de voir ce qui se passe au niveau de la charge de travail, ce qui peut se passer avec les collègues, est-ce qu'il y a des problèmes avec le N+1, le N+2, quels sont les dysfonctionnements au niveau du poste de travail. Alors ça, c'est l'employeur qui recherche et qui doit nous donner les réponses. Ça peut aboutir à des changements d'organisation ou des aménagements dans un service ou voilà.

Au niveau du salarié, au niveau de sa prise en charge médicale. Il a un médecin traitant quand même. On passe toujours par le médecin traitant. On a aussi une proposition de prise en charge les entretiens financièrement chez le psychologue. On finance 3 entretiens et c'est renouvelable 1fois. C'est pour aider à la prise en charge. On ne peut pas aller au-delà. Après, ils financent eux-mêmes leur consultations si il faut. Sinon, chez le psychiatre c'est remboursé.

**9.**

La problématique c'est qu'il faut qu'on voit le salarié. Mais bon comme ils nous connaissent bien, ils font des visites à la demande. L'employeur aussi le fait quand il sent qu'il y a un souci. Et là moi, je fais passer l'échelle type EVA et je vois si ça va ou pas. C'est mon outil parce que ça va très vite, c'est facile, simple, reproductible et fiable. On sait immédiatement, on n'a pas besoin de tourner autour du pot. On communique le résultat au salarié, pas à l'employeur au niveau individuel ! Quand on a le résultat de l'échelle, là il faut engager le dialogue avec le salarié pour savoir ce qui se passe et où sont les problématiques. C'est à partir de ce que déclare le salarié qu'on va saisir l'employeur. Mais il faut faire très attention, parce que le salarié va vous donner son point de vue, je ne dis pas qu'il dit des mensonges mais lui il voit les choses de son point de vue. Quand on va rencontrer l'employeur derrière lui il va nous dire ce qu'il voit de son point de vue à lui. Des fois c'est assez divergent. Mais on n'est pas médiateur. Le salarié est en souffrance, il faut en tenir compte et l'employeur est responsable de la santé de ses salariés avec un objectif de résultat.

**10.**

Par rapport au burnout euh, c'est vrai qu'il faut que les gens aient un **sommeil** correct, une **activité physique**, qu'ils n'aient **pas trop d'addictions** parce que ça ne va pas arranger les choses.

Donc, **oui je prends en compte les habitudes de vie** pour les orienter pour qu'ils récupèrent plus vite. Ça va pas être un élément dont je vais parler avec l'employeur. C'est entre le salarié et moi.

**11.**

**Oui, ça c'est évident**, c'est ce que je vous ai dit tout à l'heure. A partir du moment où on commence à être en épuisement professionnel, que ça commence à être difficile au niveau du travail, il faut qu'au niveau de la vie perso ça aille à peu près. Alors après il y a des difficultés qu'on ne peut pas forcément résoudre hein. Quand il a un **parent qui a une maladie grave, un enfant qui est malade**, ou un conjoint, sinon dans le cas d'une séparation, d'un divorce, eh bien il faut fasse hein. Là on leur conseille aussi de revoir leur **médecin traitant** pour la prise en charge thérapeutique qu'il faut.

12.

C'est des gens qui sont **bien à la maison et bien au travail** avec la **qualité de vie au travail** hein, maintenant c'est le nouveau terme, non ne parle plus de RPS mais de qualité de vie au travail, c'est quand même plus positif que RPS. Et on n'est pas dans le pathologique, on est dans la recherche du bien-être au travail le plus possible. Maintenant les entreprises savent que plus les salariés sont en bonne santé mieux ils vont travailler et mieux va être la productivité.

Donc effectivement la qualité de vie au travail, c'est donc par exemple les gens qui ont les horaires qu'ils peuvent choisir c'est quand même un plus, mais après il faut se méfier tout ce qui est proposé comme mettre un billard dans l'entreprise tout ça c'est pour pas parler de la prévention primaire en entreprise. Mettre des kinés, mettre des sophrologues au sein de l'entreprise, c'est bien, mais cela ne s'appelle pas de la prévention primaire. C'est un plus, mais ce n'est pas ça la prévention primaire. La prévention primaire dans l'entreprise c'est d'évaluer les risques et de les diminuer au maximum. Mais c'est parce que vous mettez de la sophro que les gens iront mieux hein si on ne travaille pas sur les risques ce ne sera pas très efficace.

Je suis d'accord avec votre proposition de définition.

13.

Alors nous ce qui nous intéresse, **on ne les questionne pas sur leur vie privée** et la façon d'organiser leur vie privée. **Notre champ d'investigation c'est le travail uniquement.**

C'est vrai qu'on peut leur donner quelques conseils, mais ce n'est pas notre champ à nous. Ça va être **le champ du médecin traitant.**

Par exemple on leur dit, d'avoir une **activité physique** je pense que c'est valable pour tout le monde, qu'**avoir un temps à soi** notamment pour les femmes c'est souvent plus difficile que pour les conjoints. Et voilà après, l'activité physique elle peut être bien par rapport à certaines difficultés au travail. Bon, et puis évidemment on va parler aussi des **addictions**, parce qu'elles peuvent prendre beaucoup de place et ont aussi un impact sur le travail. Nous ça nous pose un problème de sécurité dans certains métiers.

14.

**Non.**

On n'a pas d'objectif qu'on peut reproduire. Non.

C'est vraiment en fonction de l'entretien. C'est lors de l'entretien avec le salarié, on en discute avec lui mais on n'a pas un système d'échelle reproductible pour cela.

15.

Un **bon équilibre occupationnel ça va éviter le burnout**. Si quelqu'un a un bon équilibre notamment au niveau familial ça va lui permettre de ne pas passer en burnout. Oui, ça serait protecteur.

Le problème c'est que nous on va voir ceux qui sont en arrêt longtemps et donc il y a un biais, nous a va pas voir ceux qui vont bien. Nous on voit quand même tous ceux qui vont mal.

S'ils ont des difficultés au travail, mais qu'ils compensent bien par une vie personnelle épanouie etc ... du coup on ne va pas les voir. Nous ceux qu'on va voir c'est ceux qui vont mal au travail et sont en arrêt. **Souvent ce sont ceux qui ont un problème au travail et à la maison.**

J'ai vu une jeune femme il n'y a pas longtemps, qui a bien repris, qui n'a pas été en arrêt longtemps, en plus on a fait en sorte qu'elle change de poste etc... voilà ça va beaucoup moins mais c'est aussi qu'elle est épanouie dans sa vie personnelle notamment au niveau familiale.

16.

Il **faudrait un outil rapide**, qui prenne moins de 3 minutes, **fiable et reproductible**, ça pourrait être utilisable. Il faut que ce soit extrêmement rapide parce qu'on fait beaucoup de chose dans une consultation.

17.

Nous en santé au travail, c'est compliqué, il y a que les infirmières et les médecins de travail qui sont en contact avec les salariés. Nous on délègue beaucoup de choses aux infirmières. Les **infirmières de santé** au travail pourraient tout à fait faire cela.

18.

Il **faudrait qu'on est des ergothérapeutes dans notre service**. Effectivement, je ne pense qu'on en trouve dans les services de santé au travail. Par exemple W qui est un très gros service par rapport à nous, ils ont des ergonomes mais je ne pense pas qu'ils aient des ergothérapeutes. **Mais bon pourquoi pas.**

Sinon pour orienter vers un ergothérapeute, comme on le fait vers un psychologue, **il faut qu'on ait une très bonne connaissance des compétences de l'ergothérapeute, dans quels domaines** il va être compétents. Les psychologue c'est pas remboursé, l'ergothérapeute non plus, mais **on pourrait très bien orienter vers un ergothérapeute si il a la formation pour faire ce genre d'entretien**. Parce que moi j'envoie aussi vers les neuropsychologues pour faire des bilans cognitifs précis. **Ça pourrait effectivement être un nouveau type**

**d'interlocuteur** pour l'instant ce n'est pas du tout un type d'interlocuteur qu'on a les ergothérapeutes. C'est vrai. Moi, les ergothérapeutes je ne les croises que dans le cadre du COMETE pour la préparation au retour pour les gens qui ont un handicap sévère qui sont en général hospitalisés dans un centre où il y a un COMETE. C'est là qu'on les voit pour l'instant les ergothérapeutes. Sinon on n'en voit pas.

19.

Euh ba non je n'ai pas suggestions particulières à vous donner.

20.

Euh, à part **des salariés qui ont ces problématiques ou qui ont fait un burnout**. J'ai pas de nom. Nous notre problématique c'est de ne pas voir le salarié très en amont pendant son arrêt pour pouvoir préparer la reprise ou la reconversion professionnelle. Ça ne se fait pas 15 jours avant. C'est beaucoup trop tard. On voit beaucoup trop de salariés qui sont en arrêt depuis 18 mois, 2 ans et qu'on ne revoit que 15 jours avant la reprise. Nous ce qui nous intéresse c'est de pouvoir faire leur bilan de compétences pendant leur arrêt ou suivre une formation pendant leur arrêt. Ça c'est possible. Ça les ergothérapeutes du centre COMETE, ils savent très bien faire cela. Pour des personnes ayant des traumatismes ostéoarticulaires ou neurologiques. Pour aller dans des centres comme cela. Mais bon des COMETEs dans la région il n'y en a que 2, c'est tout. Voilà.

## ANNEXE XII: VERBATIM DE L'ENTRETIEN DE L'ERGOTHERAPEUTE BELGE MME EB

1.

Je vais commencer par mon parcours de formation. Moi, j'ai étudié l'ergothérapie à l'Université, j'ai graduée en **2005**. J'ai donc **14 ans d'expérience en ergothérapie**. Après cette formation, en 2013 j'ai gradué une maîtrise en affaires, parce que j'avais un intérêt pour les **affaires et administration**. Et je prends toujours des cours tu sais là pour améliorer mon parcours professionnel. A l'université, présentement je prends un cours d'**ergonomie**.

Pour ce mon parcours professionnel, j'ai commencé en soins plus gériatriques, c'est des soins de longue durée. Ça a été mon expérience initiale. J'ai fait 3 ans là-dedans.

Puis j'ai fait plus ce qui est soins à domicile par la suite auprès d'adultes et personnes âgées mais pas d'enfants.

Puis j'ai travaillé plus au privé. Parce qu'au Canada, il y a les soins publics et privés. **Dans le privé**, j'ai travaillé beaucoup avec des **personnes qui avaient des difficultés en santé mentale mais qui avaient aussi de la douleur**, tout ce qui était **lié au travail**, que se soit en santé physique ou mentale, mais mon intérêt était beaucoup plus pour la santé mentale. Et j'ai décidé de créer mon propre cabinet pour les personnes qui avaient on peut dire des burnouts. Mais aussi tout ce qui est retour au travail, ou tout ce qui est essayer de maintenir le travail. J'ai débuté la boîte a peu près en 2015.

J'ai eu cet intérêt pour tout ce qui est santé mentale ce qui n'inclut pas seulement les burnouts, mais aussi les soins post-traumatiques, les dépressions, anxiété, euh donc tout ça c'est des choses qui m'intéressaient et surtout plus au niveau **évaluation** mais surtout **intervention** pour voir ce qui est possible pour ces gens-là, parce que **je trouvais qu'il n'y avait pas**, euh, **c'est presque tout nouveau si on peut dire. en ergothérapie**. Là, ça l'est moins maintenant. Je dois dire **il y a 5 ans ça l'était**. C'est beaucoup **plus en demande**. Et c'est beaucoup plus connu non seulement des **assureurs** mais aussi des **médecins**.

J'ai fait des formations par rapport au diagnostic (dépression, anxiété ...) auprès de ces personnes mais pas au niveau de l'intervention en ergothérapie parce qu'ils n'y en avaient pas beaucoup de proposées. Maintenant il y en a beaucoup plus.

Pour faire partir mon cabinet, j'ai fait vraiment une **étude de marché**, j'ai été voir les besoins, les autres services étaient où, les assureurs j'étais leur demander aussi s'ils avaient du besoin dans telle place et telle place, fais de la « projection » avec les médecins, ça s'est parti et puis ça a été très très occupé de suite.

J'ai choisi le nom de ma clinique parce que je trouve que les gens qui venaient me voir avant que je crée le cabinet, **c'était lié à des déséquilibres qu'il y avait dans leurs habitudes de vie, dans leur quotidien, qui avaient par rapports à leurs rôles**, ça m'a inspiré. C'est peut-être les aider à trouver un certain équilibre grâce à l'ergothérapie. Je suis seule dans mon cabinet. Mon activité est auprès de personnes mais je travaille avec les assureurs parce qu'ils me réfèrent des clients parfois. Les prestations sont parfois remboursées. C'est pour cela que les assureurs, ça devient un peu nos clients.

2.

Je trouvais qu'il y avait des problématiques qui n'étaient pas, il y avait comme un creux, un vide entre les besoins et ce qui était offert. On leur demandait par exemple, à des gens qui avaient des problématiques de santé mentale et autres de **retourner rapidement au travail sans les outiller**, sans leur expliquer, **sans leur donner le temps de pouvoir retrouver un quotidien**. Je trouvais qu'il y avait un besoin pour les outiller et **l'ergothérapie était une très bonne façon, une très bonne thérapie** si on peut dire, à leur donner pour s'outiller.

3.

Laissez-moi voir.

C'est souvent des **problèmes de sommeil**, des **problèmes par rapport à avoir de bonnes habitudes de vie, gestion du stress**, difficultés avec le stress, parfois c'est **avec les rôles pas seulement au travail** c'est les rôles autres comme de de mère ou de père des choses comme cela, ils ont des difficultés à gérer, lié à des **changements dans leur vie**; des fois c'est des deuils, des **stress post-traumatiques** qui reviennent qui fait qu'ils des **difficultés au quotidien**, des fois c'est de l'**isolement**, aussi la **difficulté à dire non**, ils ont à dire oui tout le temps, et que finalement c'est ça ils empiètent, **ils empiètent des choses à faire à la maison et au travail** et puis ça bouchonne et malheureusement **ça explose**. Ils ne peuvent plus gérer.

Des fois c'est un **manque de soutien** ça peut-être au **travail** mais ça peut être **aussi à la maison**, les gens qui n'ont pas de réseau et l'isolement. Je pense que c'est tout.

4

Bonne question. C'est une **diminution du fonctionnement optimal au niveau des activités et de la vie quotidienne**, au niveau du travail, de l'activité domestique, au niveau des loisirs aussi et dans tous les rôles. Je sais que c'est une définition très reliée à l'ergothérapie. En fait, **c'est un déséquilibre**. Par rapport aux **activités** et pour moi c'est beaucoup par rapport aux **rôles**. Oui, voilà. Surtout par rapport aux rôles cela inclut l'**identité**, les ressources aussi, des **difficultés à chercher et à avoir avec soi les bonnes ressources**.

Des fois il y a des comportements, on peut dire il y a des **comportements précurseurs** parfois au burnout, mais parfois c'est aussi **l'environnement au travail** qui fait que la personne tombe en burnout et donc c'est

nécessairement la personne mais ça peut être **contextuel** aussi. Mais des fois les **personnes peut être prédisposée** à cela. C'est une **personnalité** aussi. Des fois ce que je vois c'est qu'il y a des gens ce n'est pas leur 1er burnout, c'est leur 2ème, 3ème maintenant, 3ème arrêt de travail. Qu'est-ce qu'ils ont fait avant qui n'a pas fonctionné ? Qu'est-ce qui fait qu'ils y sont retournés ? Ça peut être fonctionnel. C'est donc des choses que j'explore aussi avec eux.

Les signes, pour moi le **sommeil** c'est toujours quelque chose d'important, je pose beaucoup de questions sur le sommeil, le **niveau de fatigue**, le **déséquilibre au niveau des rôles**. Par exemple un père après le travail il n'a plus le temps de jouer avec ses enfants, même les fins de semaine, quelqu'un qui **pleure** tout le temps, au niveau des émotions aussi, quelqu'un dont son **estime de soi est très basse** et des fois aussi on quantifie le **stress**, si j'ai un 10/10 de stress tous les jours à tous les moments de la journée, quelqu'un aussi qui ne prend pas de pose au travail, qui ne prend jamais **jamais de pauses** et **qui en plus arrive en retard** régulièrement. Ça c'est des choses qui sont des signes pour moi. Des fois c'est drôle c'est de la **désorganisation** dans leur travail. Mais il faut être capable de poser les bonnes questions. Est-ce qu'ils sont plus ou moins organisés s'ils se comparent à avant. Parce qu'avant ils se trouvaient plus organisé au travail mais à la maison aussi. Ça je l'ai dit quelqu'un **qui s'agite**, qui pleure souvent. Aussi, on va parler de fatigue. Mais c'est une **fatigue physique et émotionnelle**.

Il y a un côté péjoratif aussi au burnout. Comme si : « Oh elle va avoir un burnout », « Oh elle est en burnout », mais il y a un grand sens médical aussi qui est important à pas sous-estimé et des fois les gens ils prennent cela à la légère, c'est à toutes les sauces. Pour les gens qu'on voit en soin, c'est très sérieux. Au fait, c'est **beaucoup plus fréquent qu'on ne le pense**. Oui, c'est ça un des services que ma clinique offre, c'est que **des fois on arrive à voir qu'on a des risques d'être en burnout**. Alors **comment on fait pour les reconnaître ces signes-là, comment on peut prendre de l'avance pour ne pas tomber dans le gouffre et puis ne plus être capable de se relever**. Oui c'est un de mes rôles c'est aussi **aider le patient à reconnaître lui-même ces signes-là**. Voilà. Pour que justement, on puisse peut-être éviter un 2ème ou un 3ème burnout. S'il en a eu 2, il pourra sûrement en avoir un 3ème. Il faut qu'ils reconnaissent qu'il y a des hauts et des bas et quand il y a des bas et bien comment on essaie d'aller un peu plus vers le haut, comment prendre plus soin de soi-même etc ...

**5.**

Au début, c'est sûr que j'avais seulement une seule cliente en burnout, que je voyais une à 2 fois par semaine, et puis grâce à mon travail, j'ai pu me bâtir une réputation, j'en avais une bonne avant, donc ça aider à avoir des clients, ça a été plus par rapport au fait que un médecin m'a référencé un client, il a été content alors il m'en a envoyé d'autres. Je peux dire que cela allait jusqu'à 3 personnes par jour, **soit 15 par semaine**. Les demandes fluctuent. Ça dépend de beaucoup de choses, des fois des médecins, surtout les assureurs ils veulent des trucs ponctuels, ils te disent non je peux payer seulement pour 6 semaines avec 1 séance par semaine. Ça peut être très très occupé et puis après s'il y en a 2 ou 3 qui finissent en même temps, après il peut y avoir des période creuses ou tu as 2 ou 3 patients par semaine.

Il y a d'autres cabinets qui se sont ouverts. C'est une **tendance à la hausse**. **Les clients, les patients, les assureurs et les médecins reconnaissent que l'ergothérapie peut aider**. Je ne sais pas comment ça se passe en France, mais ici le médecin de signe un burnout. Il te voit chaque mois. Et en fait, des fois il y a des patients qui ne font rien. Le médecin les voit chaque mois et ils ne font rien, ils restent à la maison, ils ne font rien. Alors le médecin leur demande de s'activer. Et il n'y a rien qui fait. Alors, pourquoi pas **venir en ergothérapie ?** Des fois c'est juste le fait qu'ils sortent de la maison, ça c'est un effort. Et parfois, ce que je fais c'est que je débute les services à domicile, juste pour que la personne puisse s'organiser et puis après à peu près 3 séances, je leur demande de venir. J'insiste pour qu'ils viennent me voir en clinique. **Ça les fait sortir**. Et **ça leur donne une activité**.

**6.**

Parfois c'est des **personnes extrêmes** dans plusieurs rôles, dans leur rôle de parents, d'enfant, extrême dans leurs loisirs et au travail. Et on ne peut pas être parfait partout. Donc c'est exigeant au travail et c'est **exigeant dans toutes les sphères** de leur vie, et bien ils ont plus de chance de tomber. Ça pourrait être du perfectionnisme. C'est quelqu'un de très exigeant, ça peut être perfectionniste, mais c'est quelqu'un avec des standards très hauts u niveau de la performance, au niveau de ses attentes. Voilà.

Mais des fois, ce n'est pas nécessairement ce genre de personnes là. Il y a des **gens aussi qui ont des troubles de l'attention**, qui ne sont pas toujours détecté et qui vont très bien à l'école, qui une fois sur le marché du travail ça va bien, c'est peut-être **dans des contextes de travail changeants**, c'est ceux qui **n'arrivent pas à s'adapter** à tous ses changements. C'est ça.

**Le problème c'est que les troubles de l'attention ne sont pas nécessairement détectés**. Techniquement c'est les neuropsychologues qui ici les détectent. Mais en tant qu'ergothérapeute avec expérience ça fait partie des questions que je pose. Comment est-ce qu'ils s'organisent dans leur travail, dans leur quotidien ? Des fois, il y a des signes, mais je ne peux pas poser de diagnostic. Parfois ce qui se passe, c'est si j'ai un psychiatre avec qui je travaille je peux le proposer. Le psychiatre peut référer à un neuropsychologue et là il y a des études plus détaillées et des tests qui sont complétés.

7.

Ce sont les assureurs qui paient ou les personnes elles-même.

Des fois ils viennent d'eux-même, ils ont cherché ergothérapeute sur le site ergothérapeute du Québec et je suis là.

Des fois c'est le médecin qui me référence, le psychiatre ou parfois c'est les assureurs.

Donc, c'est 3 sortes de références.

Mais le diagnostic de burnout est posé par le médecin de famille ou un psychiatre et là la personne est mise en arrêt de travail. Le médecin du travail c'est beaucoup plus tard dans le processus

8.

Je fais une **évaluation plus qualitative** qui est l'**entrevue semi-structurée** avec des questions sur le quotidien, le travail, toutes les sphères, l'environnement social, l'environnement physique, l'historique, qui est leur support, le travail, leur expérience de travail, depuis combien de temps à cet emploi-là puis comme je l'ai dit sur les habitudes de vie le sommeil et tout cela, ce qu'il mange etc... leurs activités de la vie quotidienne donc.

Et pour ce qui est plus **quantitatif**, j'ai différents **questionnaires** pour essayer de quantifier un petit peu le stress, l'attention, la concentration et la mémoire. C'est des **outils standardisés**, c'est requis par notre ordre professionnel. Il faut en partie.

La partie évaluation se fait en 1 à 2 séances. Mais il y a toujours une petite réévaluation qui est faite à chaque fois qu'on se voit pour voir où on en est et tout. Pour l'évaluation officielle initiale c'est 1 à 2 séances.

La séance ça peut-être 1h ou 2h. Ça dépend du client et de la demande du référent.

9.

C'est sûr que **oui**.

L'ergothérapie se concentre sur les activités de la personne.

**Comment est-ce qu'on peut savoir si la personne est en déséquilibre fonctionnel si il n'y a pas un spécialiste de l'activité qui se renseigne** sur comment la personne arrive à être fonctionnelle ? Est-ce que le fonctionnement est idéal ?

Comment la personne elle se sent par rapport à ses activités là mais aussi parfois comment est-ce que l'employeur se sent par rapport aux attentes qu'il a de l'employé ?

C'est essentiel. Et c'est pas parce que je travaille là-dedans précisément que je dis ça.

Mon modèle c'est le modèle Canadien et j'utilise la MCRO.

Sinon, **à qui on va demander ?** Au kiné ? Est-ce que le kiné pense que la personne peut retourner au travail si elle un problème de santé mentale ou de burnout, ça ne fait pas de sens.

Le médecin peut avoir des entretiens mais ici c'est de plus en reconnu que le médecin fait **appel aux ergothérapeutes**.

Le truc, c'est que mon mari est français et j'ai eu à utiliser les services 1 à 2 fois d'un médecin en France. C'est pas la même chose du tout. Le médecin prend beaucoup plus de temps avec son patient en France. Au Québec, c'est 5 minutes, si tu es chanceux tu as 10 minutes avec ton médecin. C'est pas la même chose du tout. C'est bien que le médecin chez vous prenne plus de temps, **mais le médecin n'est toujours pas un spécialiste de l'activité**. C'est sûr que le médecin peut demander beaucoup de questions au niveau du sommeil, des habitudes de vie, mais pousser un peu plus et d'aller voir plus en profondeur par rapport au travail ?

C'est sur que le médecin peut un peu évaluer ces choses-là, mais est-ce que le médecin peut aller intervenir de façon spécifiquement sur ces choses-là ? Je ne sais pas.

Ici, c'est clair que non. En 10 minutes, c'est impossible. Ici le médecin : évaluer non, intervenir encore moins.

Un patient en burnout peut avoir **associé des problématiques physiques et psychiques**. Mais le diagnostic est, honnêtement l'axe 1er est physique et l'axe 2ème est santé mentale. Dans ce cas-là, par exemple, en torsions lombaires, mais moi dans mon service d'ergo je ne prends pas les gens qui ont axe 1er santé physique. C'est sûr que si j'avais une grosse clinique avec plusieurs franchises on pourrait voir les 2mais j'ai choisi de servir exclusivement la santé mentale. Et la visite du lieu de travail en santé mentale, je n'ai pas rencontré un cas où c'est nécessaire. Par contre, l'exposition in vivo j'en fais. Par exemple, il y a des gens qui ont peur, qui ont un stress post-traumatique par rapport au métro, ça je le fais mais honnêtement sur le lieu de travail non.

10.

**C'est clair que oui.**

Par exemple une personne qui mange mal, qui est en mal bouffe pendant 10 ans par exemple, qui n'a jamais pris de pause en plus au travail, qui ne fait que carburger au café, qui a un sommeil agité et qui ne fait aucune activité physique et qui rentre en burnout. Il y a probablement des choses à questionner, des questions à poser et des interventions à faire. Pour moi, c'est évident.

C'est bien ça les habitudes de vie.

Est-ce que la personne se lave ? Si la personne est en burnout et qu'elle ne se lave pas et puis que le médecin il ne demande pas si elle se lave.

11.

Oui, ça va beaucoup avec les **activités significatives** de la personne.

Si la personne me dit que son rôle le plus important, c'est d'être mère mais qu'elle n'a pas de **temps de qualité** avec ses enfants. Et qu'elle me dit que son activité significative c'est de jouer au soccer avec sa fille le dimanche, 1 fois/ semaine, **il faut essayer de construire un horaire par rapport à ça.**

Si un monsieur me dit que son activité significative c'est de travailler et c'est son rôle de camionneur d'homme politique ou de policier eh bien il faut tout faire pour, la thérapie à mon sens doit tourner autour de ça et comment rendre cela possible.

Donc comment je fais pour évaluer l'équilibre occupationnel.

D'abord je demande c'est son activité significative.

Puis je demande c'est quoi ces priorités.

Puis ensuite je regarde son horaire, je lui demande de m'écrire son horaire sur 1 semaine, sur 1 mois qu'est-ce qu'il a fait

Et je lui demande si les activités qu'elle aime son les activités qu'elle accomplit.

Il y a une **évaluation standardisée** qui regarde cela, j'ai oublié le nom de cette évaluation faite par une université du Québec, c'est standardisé.

J'utilise la grille. J'essaie de faire une version modifiée dépendante du temps que j'ai.

Si j'ai plus de temps je le fais, si j'ai pas de temps je leur demande verbalement qu'est-ce que vous avez fait sur 1 mois. Des fois il faut partir là-dessus parce que c'est tellement pas clair ou j'ai besoin de comprendre le les déséquilibres et le fonctionnement.

J'utilise toujours un outil standardisé. Je dois évaluer de façon objective au début, au milieu et à la fin de l'intervention. Ça veut dire que si je vois quelqu'un sur 6 semaines, je l'évalue à la 1ère semaine, à la 3ème et à la 6ème. Je vais en profondeur à la 1ère et à la dernière. A la dernière séance, j'évalue l'évolution du rendement et la satisfaction du patient.

12.

Un équilibre occupationnel moi je trouve que ça peut être quantifié.

Est-ce que la personne atteint ses objectifs occupationnels à elle ? Un équilibre occupationnel **c'est pas arriver à tout faire. L'activité significative de la personne**, est-ce qu'elle arrive à l'accomplir à la faire ?

Et est-ce que tout son fonctionnement, ses habitudes de vie, son sommeil, ses activités de la vie quotidienne, est-ce que toutes ces choses-là sont en ligne pour qu'elle puisse réaliser son activité significative ? Les activités significatives c'est super important, surtout dans le burnout, **c'est avec l'activité significative qu'on arrive à réactiver la personne.** Moi, **c'est la clé** au fait.

Si l'activité significative de la personne, c'est, elle me dit qu'elle adore peindre alors que cela fait 1 an qu'elle a pas peint et que là elle en burnout, tout ce qu'elle fait chez elle c'est dormir. Je vais essayer de voir qu'est-ce qui vous arrive, c'est quoi l'activité que vous préférez faire, qu'est-ce que vous avez toujours voulu faire et que vous n'avez pas fait, qu'est-ce que vous faisiez avant et que vous n'avez plus le temps. Moi c'est la clé, c'est le centre de ma thérapie.

J'essaie de voir c'est quoi cette activité significative. Est-ce que c'est la danse, des fois c'est faire la cuisine mais qu'est-ce que c'est ? Et on parle de cela.

Donc pour moi ce n'est pas juste une perception, c'est donc est-ce que la personne **arrive à effectuer son activité significative** ? Ça c'est un début d'équilibre

Mais aussi qu'est ce que le **plus gros objectif de la personne** ? Si c'est de travailler, si la personne me dit « oui il faut que je travaille parce qu'il faut que je paie mes factures », si la personne me dit « Ok je retourne au travail et je suis **capable d'intégrer mon activité significative dans mon quotidien** ». Pour moi, là c'est l'équilibre occupationnel. Si elle, elle est contente avec ça, je suis contente. Parce qu'un équilibre occupationnel, **ça veut dire être content. Et être capable de participer dans ses rôles au niveau où on veut.**

Ce n'est pas passer 5 h au travail, et puis 5 h à la maison et ensuite 5h de sommeil.

L'équilibre c'est **selon la signification, la définition du patient.** Qu'est-ce qui est important pour la personne ?

Si la personne passe 10h par jour à son travail, mais qu'elle me dit que son activité significative c'est de faire de la danse tous les soirs. Comment tu peux t'assurer que tu fais de la danse mais que en même temps tu peux travailler ? Pourquoi tu passes autant d'heure au travail ? Est-ce que tu es payé pour les 10h ? Si tu es payé 8h mais que tu en fais 10. Si tu es payé pour 8 alors essaies de faire ton travail en 8 et tu vas à ton cours de danse. Et pendant les 8h, est-ce que tu es capable de prendre tes pauses ? « oui ça va de prendre des pauses ». Est-ce que tu es capable de prendre ton lunch ? « non, je ne suis pas capable de prendre mon lunch ». Bon, normalement tu dois être capable de faire ça aussi. C'est aussi la gestion des limites, est-ce que tu es capable de dire non ? Si ton boss te dit il faut que tu fasses 2 dossiers aujourd'hui, et si le client il dit oui, il faut qu'il apprenne à gérer ses limites, non il n'est pas capable. Il faut qu'il puisse travailler jusqu'à 6h pour être à son cours de danse à 8h. Et donc c'est pas seulement gérer ses émotions, mais c'est aussi apprendre à dire non et apprendre à prioriser.

Est-ce qu'une personne ne peut s'accomplir qu'avec seulement son travail ? Je ne pense pas. Je n'en connais pas. Pourquoi, parce qu'on est des bêtes sociales, on est des personnes qui veulent s'accomplir à l'extérieur du travail. Je n'ai jamais rencontré une seule personne comme cela.

Même un homme seul qui n'a pas d'enfants, qui n'a personne dans sa vie, ils vont toujours me dire moi j'aime faire la cuisine par exemple. Ils ont toujours une activité significative autre que le travail. Toujours, toujours.



13.

J'ai déjà répondu : inventaire et tout cela, l'entrevue, grille horaire, emploi du temps ...

14.

En fait, c'est une combinaison de signes, même si aussi surtout c'est un **changement important par rapport aux capacités de la personne auparavant**.

Quand quelqu'un qui me dit « moi je dors que 4h ». Il y a 5 ans est-ce que vous dormiez 4h ? « oui j'ai toujours dormi 4h ». Qui suis-je pour dire non vous devriez dormir 6h ou 8h par soir ?

Donc pour moi c'est par rapport à auparavant.

Précédemment est-ce que la personne était différente ? Est-ce qu'elle était plus fonctionné, ou moins fonctionné ? même quantité de sommeil ? Est-ce que la personne mangeait moins ? Auparavant au travail est-ce qu'elle performait de la même façon ? est-qu'il y a eu changement de rôle ?

Est-ce qu'au niveau de ses rôles à la maison ? il y a eu des changements à la maison ?

Ce je regarde c'est **avant/après pour toutes les sphères du rendement occupationnel**.

15.

**Parfois, un équilibre insatisfaisant peut influencer un burnout.** Parfois les gens arrivent à rester en équilibre même si au niveau fonctionnel il y a du déséquilibre. Par exemple bon je vais me donner comme exemple moi. J'ai une fille de 4 ans et j'ai un bébé. Avant d'avoir des enfants, je dormais pas beaucoup et je travaillais beaucoup. Ensuite, j'ai eu ma fille et je ne dormais pas beaucoup non plus mais j'étais capable de retourner au travail. J'ai travaillé, je dormais, en fait je m'auto-évaluais. Même après avoir été au travail avec ma fille, j'étais en retard parce que je devais gérer ma fille et l'habiller et tout cela et négocier des trucs le matin et donc j'étais en retard, je prenais des pauses mais pas tout le temps, je dormais beaucoup moins, j'avais un sommeil agité, parce qu'elles étaient toute petite mais j'ai eu un **contexte de travail très flexible**. Du coup ça n'a pas dérangé personne que je sois un peu en retard où mes collègues et mon employeur ont eu des enfants et ils connaissaient ma réalité et où j'ai pas eu de changement de poste et où j'ai pas eu ce stress de performance à avoir parce que je connaissais mon travail. Mon seul changement c'était par rapport à mon rôle de mère.

Donc dans mon déséquilibre fonctionnel, j'étais quand même **en équilibre parce que j'arrivais à relever mon activité significative** qui était dans mon rôle de mère avec ma fille mais aussi de travailler.

J'ai de la chance maintenant ma fille a grandi et on n'arrive plus en retard à cause de ma fille, maintenant elle coopère.

On peut donner le même scénario à un homme par exemple qui n'a pas d'enfant mais qui arrive souvent en retard, il ne prend pas ses pauses, il mange mal, au niveau de la productivité là il carbure au travail, et puis tout à coup il y a un changement de patron. Le nouveau patron n'accepte plus qu'il soit en retard, il trouve que sa performance doit augmenter, lui il essaie ; il essaie et après 3 à 4 mois ou 1 an, il tombe en burnout parce qu'il n'arrive pas à faire les objectifs de productivité donnés par l'employeur et il est complètement brûlé. Donc là ; lui il est complètement en déséquilibre. Parce qu'il essayait d'atteindre un certain équilibre mais là en plus au travail ça va mal, **contextuellement au travail ça ne va pas donc c'est ce qui a précipité**. Ça a été un facteur précipitant pour moi le contexte de travail par rapport au burnout.

Le **changement de contexte et l'environnement joue donc aussi également beaucoup**. C'est ce que je trouve, c'est ce que j'ai vu dans ma pratique dans mon cabinet.

Oui, le contexte et l'environnement. Ce n'est pas que l'environnement de travail, c'est l'environnement tout court, ça peut être social, familial, des fois il y a des gens qui ont des deuils. Et donc bien que l'environnement de travail soit stable, parce qu'il y a eu des changements pour eux et c'est difficile pour être retrouver leur équilibre et leur santé.

16.

Oui, ça peut aider. **Oui**.

17.

**L'ergothérapeute**, c'est la meilleure personne.

La préoccupation au Québec de la conciliation travail-vie personnelle a influencé ma façon de travailler avec mes patients pour que cela devient une réalité pour eux d'avoir cette flexibilité-là. Parfois, ils sont chez un employeur qui ne permet pas cette conciliation-là. Mais cette conciliation est importante pour leur équilibre. Et en même temps, elle leur est dû cette conciliation. Donc, moi ça m'a influencé en tant qu'ergothérapeute. Par contre, est-ce que j'ai moins de patients parce qu'il y a plus d'employeurs qui veulent encourager la conciliation, je ne pense pas. C'est extrêmement compétitif ici en Amérique justement, il y a des changements au niveau technologies, au niveau des attentes des employeurs qui sont toujours plus hautes. Les babyboomers sont partie à la retraite, là c'est la génération des 30-45 ans qui là à essayer d'être plus productif, on est plus à l'aise avec la technologie mais c'est pas facile pour cette génération-là, ils doivent gérer beaucoup de choses. Les mères à temps plein, j'en connais beaucoup et les pères aussi et c'est pas facile donc les idéaux conciliation famille-travail ne sont pas toujours présents mais on est une génération qui essaie de chercher à trouver cet équilibre fonctionnel.

Oui, donc peut-être que les gens viennent me voir par eux-même dans le but de trouver cet équilibre-là.

Pour moi, la conciliation travail-vie personnel c'est culturel ici. Ça toujours était présent. Par exemple, on a des congés de maternité de 1 an à 2 ans au Québec, vous c'est environ 3 mois etc ...

18.

/

19.

J'aimerais être tenue au courant, si il y a des suites présentées ou une publication. Ça m'a fait plaisir de pouvoir participer à votre recherche. Si vous avez quelque chose d'écrit, ça me ferait plaisir de vous lire. Si c'est possible.

20.

Peut-être un médecin, au Québec mais je pense pas qu'il aurait le temps. Ouais un médecin au Québec se serait intéressant. **Un médecin de famille.** Oui.

## ANNEXE XIII: VERBATIM DE L'ENTRETIEN DE L'ERGOTHERAPEUTE QUEBECOISE MME EQ

1.

Je vais commencer par mon parcours de formation. Moi, j'ai étudié l'ergothérapie à l'Université, j'ai graduée en **2005**. J'ai donc **14 ans d'expérience en ergothérapie**. Après cette formation, en 2013 j'ai gradué une maîtrise en affaires, parce que j'avais un intérêt pour les **affaires et administration**. Et je prends toujours des cours tu sais là pour améliorer mon parcours professionnel. A l'université, présentement je prends un cours d'**ergonomie**. Pour ce mon parcours professionnel, j'ai commencé en soins plus gériatriques, c'est des soins de longue durée. Ça a été mon expérience initiale. J'ai fait 3 ans là-dedans.

Puis j'ai fait plus ce qui est soins à domicile par la suite auprès d'adultes et personnes âgées mais pas d'enfants. Puis j'ai travaillé plus au privé. Parce qu'au Canada, il y a les soins publics et privés. **Dans le privé**, j'ai travaillé beaucoup avec des **personnes qui avaient des difficultés en santé mentale mais qui avaient aussi de la douleur**, tout ce qui était **lié au travail**, que se soit en santé physique ou mentale, mais mon intérêt était beaucoup plus pour la santé mentale. Et j'ai décidé de créer mon propre cabinet pour les personnes qui avaient on peut dire des burnouts. Mais aussi tout ce qui est retour au travail, ou tout ce qui est essayer de maintenir le travail. J'ai débuté la boîte a peu près en 2015.

J'ai eu cet intérêt pour tout ce qui est santé mentale ce qui n'inclut pas seulement les burnouts, mais aussi les soins post-traumatiques, les dépressions, anxiété, euh donc tout ça c'est des choses qui m'intéressaient et surtout plus au niveau **évaluation** mais surtout **intervention** pour voir ce qui est possible pour ces gens-là, parce que **je trouvais qu'il n'y avait pas**, euh, **c'est presque tout nouveau si on peut dire. en ergothérapie**. Là, ça l'est moins maintenant. Je dois dire **il y a 5 ans ça l'était**. C'est beaucoup **plus en demande**. Et c'est beaucoup plus connu non seulement des **assureurs** mais aussi des **médecins**.

J'ai fait des formations par rapport au diagnostic (dépression, anxiété ...) auprès de ces personnes mais pas au niveau de l'intervention en ergothérapie parce qu'ils n'y en avaient pas beaucoup de proposées. Maintenant il y en a beaucoup plus.

Pour faire partir mon cabinet, j'ai fait vraiment une **étude de marché**, j'ai été voir les besoins, les autres services étaient où, les assureurs j'étais leur demander aussi s'ils avaient du besoin dans telle place et telle place, fais de la « projection » avec les médecins, ça s'est parti et puis ça a été très très occupé de suite.

J'ai choisi le nom de ma clinique parce que je trouve que les gens qui venaient me voir avant que je crée le cabinet, **c'était lié à des déséquilibres qu'il y avait dans leurs habitudes de vie, dans leur quotidien, qui avaient par rapports à leurs rôles**, ça m'a inspiré. C'est peut-être les aider à trouver un certain équilibre grâce à l'ergothérapie. Je suis seule dans mon cabinet. Mon activité est auprès de personnes mais je travaille avec les assureurs parce qu'ils me réfèrent des clients parfois. Les prestations sont parfois remboursées. C'est pour cela que les assureurs, ça devient un peu nos clients.

2.

Je trouvais qu'il y avait des problématiques qui n'étaient pas, il y avait comme un creux, un vide entre les besoins et ce qui était offert. On leur demandait par exemple, à des gens qui avaient des problématiques de santé mentale et autres de **retourner rapidement au travail sans les outiller**, sans leur expliquer, **sans leur donner le temps de pouvoir retrouver un quotidien**. Je trouvais qu'il y avait un besoin pour les outiller et **l'ergothérapie était une très bonne façon, une très bonne thérapie** si on peut dire, à leur donner pour s'outiller.

3.

Laissez-moi voir.

C'est souvent des **problèmes de sommeil**, des **problèmes par rapport à avoir de bonnes habitudes de vie, gestion du stress**, difficultés avec le stress, parfois c'est **avec les rôles pas seulement au travail** c'est les rôles autres comme de de mère ou de père des choses comme cela, ils ont des difficultés à gérer, lié à des **changements dans leur vie**; des fois c'est des deuils, des **stress post-traumatiques** qui reviennent qui fait qu'ils des **difficultés au quotidien**, des fois c'est de l'**isolement**, aussi la **difficulté à dire non**, ils ont à dire oui tout le temps, et que finalement c'est ça ils empilent, **ils empilent des choses à faire à la maison et au travail** et puis ça bouchonne et malheureusement **ça explose**. Ils ne peuvent plus gérer.

Des fois c'est un **manque de soutien** ça peut-être au **travail** mais ça peut être **aussi à la maison**, les gens qui n'ont pas de réseau et l'isolement. Je pense que c'est tout.

4

Bonne question. C'est une **diminution du fonctionnement optimal au niveau des activités et de la vie quotidienne**, au niveau du travail, de l'activité domestique, au niveau des loisirs aussi et dans tous les rôles. Je sais que c'est une définition très liée à l'ergothérapie. En fait, **c'est un déséquilibre**. Par rapport aux **activités** et pour moi c'est beaucoup par rapport aux **rôles**. Oui, voilà. Surtout par rapport aux rôles cela inclut l'**identité**, les ressources aussi, des **difficultés à chercher et à avoir avec soi les bonnes ressources**.

Des fois il y a des comportements, on peut dire il y a des **comportements précurseurs** parfois au burnout, mais parfois c'est aussi **l'environnement au travail** qui fait que la personne tombe en burnout et donc c'est

nécessairement la personne mais ça peut être **contextuel** aussi. Mais des fois les **personnes peut être prédisposée** à cela. C'est une **personnalité** aussi. Des fois ce que je vois c'est qu'il y a des gens ce n'est pas leur 1er burnout, c'est leur 2ème, 3ème maintenant, 3ème arrêt de travail. Qu'est-ce qu'ils ont fait avant qui n'a pas fonctionné ? Qu'est-ce qui fait qu'ils y sont retournés ? Ça peut être fonctionnel. C'est donc des choses que j'explore aussi avec eux.

Les signes, pour moi le **sommeil** c'est toujours quelque chose d'important, je pose beaucoup de questions sur le sommeil, le **niveau de fatigue**, le **déséquilibre au niveau des rôles**. Par exemple un père après le travail il n'a plus le temps de jouer avec ses enfants, même les fins de semaine, quelqu'un qui **pleure** tout le temps, au niveau des émotions aussi, quelqu'un dont son **estime de soi est très basse** et des fois aussi on quantifie le **stress**, si j'ai un 10/10 de stress tous les jours à tous les moments de la journée, quelqu'un aussi qui ne prend pas de pose au travail, qui ne prend jamais **jamais de pauses** et **qui en plus arrive en retard** régulièrement. Ça c'est des choses qui sont des signes pour moi. Des fois c'est drôle c'est de la **désorganisation** dans leur travail. Mais il faut être capable de poser les bonnes questions. Est-ce qu'ils sont plus ou moins organisés s'ils se comparent à avant. Parce qu'avant ils se trouvaient plus organisé au travail mais à la maison aussi. Ça je l'ai dit quelqu'un **qui s'agite**, qui pleure souvent. Aussi, on va parler de fatigue. Mais c'est une **fatigue physique et émotionnelle**.

Il y a un côté péjoratif aussi au burnout. Comme si : « Oh elle va avoir un burnout », « Oh elle est en burnout », mais il y a un grand sens médical aussi qui est important à pas sous-estimé et des fois les gens ils prennent cela à la légère, c'est à toutes les sauces. Pour les gens qu'on voit en soin, c'est très sérieux. Au fait, c'est **beaucoup plus fréquent qu'on ne le pense**. Oui, c'est ça un des services que ma clinique offre, c'est que **des fois on arrive à voir qu'on a des risques d'être en burnout**. Alors **comment on fait pour les reconnaître ces signes-là, comment on peut prendre de l'avance pour ne pas tomber dans le gouffre et puis ne plus être capable de se relever**. Oui c'est un de mes rôles c'est aussi **aider le patient à reconnaître lui-même ces signes-là**. Voilà. Pour que justement, on puisse peut-être éviter un 2ème ou un 3ème burnout. S'il en a eu 2, il pourra sûrement en avoir un 3ème. Il faut qu'ils reconnaissent qu'il y a des hauts et des bas et quand il y a des bas et bien comment on essaie d'aller un peu plus vers le haut, comment prendre plus soin de soi-même etc ...

**5.**

Au début, c'est sûr que j'avais seulement une seule cliente en burnout, que je voyais une à 2 fois par semaine, et puis grâce à mon travail, j'ai pu me bâtir une réputation, j'en avais une bonne avant, donc ça aider à avoir des clients, ça a été plus par rapport au fait que un médecin m'a référencé un client, il a été content alors il m'en a envoyé d'autres. Je peux dire que cela allait jusqu'à 3 personnes par jour, **soit 15 par semaine**. Les demandes fluctuent. Ça dépend de beaucoup de choses, des fois des médecins, surtout les assureurs ils veulent des trucs ponctuels, ils te disent non je peux payer seulement pour 6 semaines avec 1 séance par semaine. Ça peut être très très occupé et puis après s'il y en a 2 ou 3 qui finissent en même temps, après il peut y avoir des période creuses ou tu as 2 ou 3 patients par semaine.

Il y a d'autres cabinets qui se sont ouverts. C'est une **tendance à la hausse**. **Les clients, les patients, les assureurs et les médecins reconnaissent que l'ergothérapie peut aider**. Je ne sais pas comment ça se passe en France, mais ici le médecin de signe un burnout. Il te voit chaque mois. Et en fait, des fois il y a des patients qui ne font rien. Le médecin les voit chaque mois et ils ne font rien, ils restent à la maison, ils ne font rien. Alors le médecin leur demande de s'activer. Et il n'y a rien qui fait. Alors, pourquoi pas **venir en ergothérapie ?** Des fois c'est juste le fait qu'ils sortent de la maison, ça c'est un effort. Et parfois, ce que je fais c'est que je débute les services à domicile, juste pour que la personne puisse s'organiser et puis après à peu près 3 séances, je leur demande de venir. J'insiste pour qu'ils viennent me voir en clinique. **Ça les fait sortir**. Et **ça leur donne une activité**.

**6.**

Parfois c'est des **personnes extrêmes** dans plusieurs rôles, dans leur rôle de parents, d'enfant, extrême dans leurs loisirs et au travail. Et on ne peut pas être parfait partout. Donc c'est exigeant au travail et c'est **exigeant dans toutes les sphères** de leur vie, et bien ils ont plus de chance de tomber. Ça pourrait être du perfectionnisme. C'est quelqu'un de très exigeant, ça peut être perfectionniste, mais c'est quelqu'un avec des standards très hauts au niveau de la performance, au niveau de ses attentes. Voilà.

Mais des fois, ce n'est pas nécessairement ce genre de personnes là. Il y a des **gens aussi qui ont des troubles de l'attention**, qui ne sont pas toujours détecté et qui vont très bien à l'école, qui une fois sur le marché du travail ça va bien, c'est peut-être **dans des contextes de travail changeants**, c'est ceux qui **n'arrivent pas à s'adapter** à tous ses changements. C'est ça.

**Le problème c'est que les troubles de l'attention ne sont pas nécessairement détectés**. Techniquement c'est les neuropsychologues qui ici les détectent. Mais en tant qu'ergothérapeute avec expérience ça fait partie des questions que je pose. Comment est-ce qu'ils s'organisent dans leur travail, dans leur quotidien ? Des fois, il y a des signes, mais je ne peux pas poser de diagnostic. Parfois ce qui se passe, c'est si j'ai un psychiatre avec qui je travaille je peux le proposer. Le psychiatre peut référer à un neuropsychologue et là il y a des études plus détaillées et des tests qui sont complétés.

7.

Ce sont les assureurs qui paient ou les personnes elles-même.

Des fois ils viennent d'eux-même, ils ont cherché ergothérapeute sur le site ergothérapeute du Québec et je suis là.

Des fois c'est le médecin qui me référence, le psychiatre ou parfois c'est les assureurs.

Donc, c'est 3 sortes de références.

Mais le diagnostic de burnout est posé par le médecin de famille ou un psychiatre et là la personne est mise en arrêt de travail. Le médecin du travail c'est beaucoup plus tard dans le processus

8.

Je fais une **évaluation plus qualitative** qui est l'**entrevue semi-structurée** avec des questions sur le quotidien, le travail, toutes les sphères, l'environnement social, l'environnement physique, l'historique, qui est leur support, le travail, leur expérience de travail, depuis combien de temps à cet emploi-là puis comme je l'ai dit sur les habitudes de vie le sommeil et tout cela, ce qu'il mange etc... leurs activités de la vie quotidienne donc.

Et pour ce qui est plus **quantitatif**, j'ai différents **questionnaires** pour essayer de quantifier un petit peu le stress, l'attention, la concentration et la mémoire. C'est des **outils standardisés**, c'est requis par notre ordre professionnel. Il faut en partie.

La partie évaluation se fait en 1 à 2 séances. Mais il y a toujours une petite réévaluation qui est faite à chaque fois qu'on se voit pour voir où on en est et tout. Pour l'évaluation officielle initiale c'est 1 à 2 séances.

La séance ça peut-être 1h ou 2h. Ça dépend du client et de la demande du référent.

9.

C'est sûr que **oui**.

L'ergothérapie se concentre sur les activités de la personne.

**Comment est-ce qu'on peut savoir si la personne est en déséquilibre fonctionnel si il n'y a pas un spécialiste de l'activité qui se renseigne** sur comment la personne arrive à être fonctionnelle ? Est-ce que le fonctionnement est idéal ?

Comment la personne elle se sent par rapport à ses activités là mais aussi parfois comment est-ce que l'employeur se sent par rapport aux attentes qu'il a de l'employé ?

C'est essentiel. Et c'est pas parce que je travaille là-dedans précisément que je dis ça.

Mon modèle c'est le modèle Canadien et j'utilise la MCRO.

Sinon, **à qui on va demander ?** Au kiné ? Est-ce que le kiné pense que la personne peut retourner au travail si elle un problème de santé mentale ou de burnout, ça ne fait pas de sens.

Le médecin peut avoir des entretiens mais ici c'est de plus en reconnu que le médecin fait **appel aux ergothérapeutes**.

Le truc, c'est que mon mari est français et j'ai eu à utiliser les services 1 à 2 fois d'un médecin en France. C'est pas la même chose du tout. Le médecin prend beaucoup plus de temps avec son patient en France. Au Québec, c'est 5 minutes, si tu es chanceux tu as 10 minutes avec ton médecin. C'est pas la même chose du tout. C'est bien que le médecin chez vous prenne plus de temps, **mais le médecin n'est toujours pas un spécialiste de l'activité**. C'est sûr que le médecin peut demander beaucoup de questions au niveau du sommeil, des habitudes de vie, mais pousser un peu plus et d'aller voir plus en profondeur par rapport au travail ?

C'est sur que le médecin peut un peu évaluer ces choses-là, mais est-ce que le médecin peut aller intervenir de façon spécifiquement sur ces choses-là ? Je ne sais pas.

Ici, c'est clair que non. En 10 minutes, c'est impossible. Ici le médecin : évaluer non, intervenir encore moins.

Un patient en burnout peut avoir **associé des problématiques physiques et psychiques**. Mais le diagnostic est, honnêtement l'axe 1er est physique et l'axe 2ème est santé mentale. Dans ce cas-là, par exemple, en torsions lombaires, mais moi dans mon service d'ergo je ne prends pas les gens qui ont axe 1er santé physique. C'est sûr que si j'avais une grosse clinique avec plusieurs franchises on pourrait voir les 2mais j'ai choisi de servir exclusivement la santé mentale. Et la visite du lieu de travail en santé mentale, je n'ai pas rencontré un cas où c'est nécessaire. Par contre, l'exposition in vivo j'en fais. Par exemple, il y a des gens qui ont peur, qui ont un stress post-traumatique par rapport au métro, ça je le fais mais honnêtement sur le lieu de travail non.

10.

**C'est clair que oui**.

Par exemple une personne qui mange mal, qui est en mal bouffe pendant 10 ans par exemple, qui n'a jamais pris de pause en plus au travail, qui ne fait que carburger au café, qui a un sommeil agité et qui ne fait aucune activité physique et qui rentre en burnout. Il y a probablement des choses à questionner, des questions à poser et des interventions à faire. Pour moi, c'est évident.

C'est bien ça les habitudes de vie.

Est-ce que la personne se lave ? Si la personne est en burnout et qu'elle ne se lave pas et puis que le médecin il ne demande pas si elle se lave.

11.

Oui, ça va beaucoup avec les **activités significatives** de la personne.

Si la personne me dit que son rôle le plus important, c'est d'être mère mais qu'elle n'a pas de **temps de qualité** avec ses enfants. Et qu'elle me dit que son activité significative c'est de jouer au soccer avec sa fille le dimanche, 1 fois/ semaine, **il faut essayer de construire un horaire par rapport à ça.**

Si un monsieur me dit que son activité significative c'est de travailler et c'est son rôle de camionneur d'homme politique ou de policier eh bien il faut tout faire pour, la thérapie à mon sens doit tourner autour de ça et comment rendre cela possible.

Donc comment je fais pour évaluer l'équilibre occupationnel.

D'abord je demande c'est son activité significative.

Puis je demande c'est quoi ces priorités.

Puis ensuite je regarde son horaire, je lui demande de m'écrire son horaire sur 1 semaine, sur 1 mois qu'est-ce qu'il a fait

Et je lui demande si les activités qu'elle aime son les activités qu'elle accomplit.

Il y a une **évaluation standardisée** qui regarde cela, j'ai oublié le nom de cette évaluation faite par une université du Québec, c'est standardisé.

J'utilise la grille. J'essaie de faire une version modifiée dépendante du temps que j'ai.

Si j'ai plus de temps je le fais, si j'ai pas de temps je leur demande verbalement qu'est-ce que vous avez fait sur 1 mois. Des fois il faut partir là-dessus parce que c'est tellement pas clair ou j'ai besoin de comprendre le les déséquilibres et le fonctionnement.

J'utilise toujours un outil standardisé. Je dois évaluer de façon objective au début, au milieu et à la fin de l'intervention. Ça veut dire que si je vois quelqu'un sur 6 semaines, je l'évalue à la 1ère semaine, à la 3ème et à la 6ème. Je vais en profondeur à la 1ère et à la dernière. A la dernière séance, j'évalue l'évolution du rendement et la satisfaction du patient.

12.

Un équilibre occupationnel moi je trouve que ça peut être quantifié.

Est-ce que la personne atteint ses objectifs occupationnels à elle ? Un équilibre occupationnel **c'est pas arriver à tout faire. L'activité significative de la personne**, est-ce qu'elle arrive à l'accomplir à la faire ?

Et est-ce que tout son fonctionnement, ses habitudes de vie, son sommeil, ses activités de la vie quotidienne, est-ce que toutes ces choses-là sont en ligne pour qu'elle puisse réaliser son activité significative ? Les activités significatives c'est super important, surtout dans le burnout, **c'est avec l'activité significative qu'on arrive à réactiver la personne.** Moi, **c'est la clé** au fait.

Si l'activité significative de la personne, c'est, elle me dit qu'elle adore peindre alors que cela fait 1 an qu'elle a pas peint et que là elle en burnout, tout ce qu'elle fait chez elle c'est dormir. Je vais essayer de voir qu'est-ce qui vous arrive, c'est quoi l'activité que vous préférez faire, qu'est-ce que vous avez toujours voulu faire et que vous n'avez pas fait, qu'est-ce que vous faisiez avant et que vous n'avez plus le temps. Moi c'est la clé, c'est le centre de ma thérapie.

J'essaie de voir c'est quoi cette activité significative. Est-ce que c'est la danse, des fois c'est faire la cuisine mais qu'est-ce que c'est ? Et on parle de cela.

Donc pour moi ce n'est pas juste une perception, c'est donc est-ce que la personne **arrive à effectuer son activité significative** ? Ça c'est un début d'équilibre

Mais aussi qu'est ce que le **plus gros objectif de la personne** ? Si c'est de travailler, si la personne me dit « oui il faut que je travaille parce qu'il faut que je paie mes factures », si la personne me dit « Ok je retourne au travail et je suis **capable d'intégrer mon activité significative dans mon quotidien** ». Pour moi, là c'est l'équilibre occupationnel. Si elle, elle est contente avec ça, je suis contente. Parce qu'un équilibre occupationnel, **ça veut dire être content. Et être capable de participer dans ses rôles au niveau où on veut.**

Ce n'est pas passer 5 h au travail, et puis 5 h à la maison et ensuite 5h de sommeil.

L'équilibre c'est **selon la signification, la définition du patient.** Qu'est-ce qui est important pour la personne ?

Si la personne passe 10h par jour à son travail, mais qu'elle me dit que son activité significative c'est de faire de la danse tous les soirs. Comment tu peux t'assurer que tu fais de la danse mais que en même temps tu peux travailler ? Pourquoi tu passes autant d'heure au travail ? Est-ce que tu es payé pour les 10h ? Si tu es payé 8h mais que tu en fais 10. Si tu es payé pour 8 alors essaies de faire ton travail en 8 et tu vas à ton cours de danse. Et pendant les 8h, est-ce que tu es capable de prendre tes pauses ? « oui ça va de prendre des pauses ». Est-ce que tu es capable de prendre ton lunch ? « non, je ne suis pas capable de prendre mon lunch ». Bon, normalement tu dois être capable de faire ça aussi. C'est aussi la gestion des limites, est-ce que tu es capable de dire non ? Si ton boss te dit il faut que tu fasses 2 dossiers aujourd'hui, et si le client il dit oui, il faut qu'il apprenne à gérer ses limites, non il n'est pas capable. Il faut qu'il puisse travailler jusqu'à 6h pour être à son cours de danse à 8h. Et donc c'est pas seulement gérer ses émotions, mais c'est aussi apprendre à dire non et apprendre à prioriser.

Est-ce qu'une personne ne peut s'accomplir qu'avec seulement son travail ? Je ne pense pas. Je n'en connais pas. Pourquoi, parce qu'on est des bêtes sociales, on est des personnes qui veulent s'accomplir à l'extérieur du travail. Je n'ai jamais rencontré une seule personne comme cela.

Même un homme seul qui n'a pas d'enfants, qui n'a personne dans sa vie, ils vont toujours me dire moi j'aime faire la cuisine par exemple. Ils ont toujours une activité significative autre que le travail. Toujours, toujours.

13.

J'ai déjà répondu : inventaire et tout cela, l'entrevue, grille horaire, emploi du temps ...

14.

En fait, c'est une combinaison de signes, même si aussi surtout c'est un **changement important par rapport aux capacités de la personne auparavant**.

Quand quelqu'un qui me dit « moi je dors que 4h ». Il y a 5 ans est-ce que vous dormiez 4h ? « oui j'ai toujours dormi 4h ». Qui suis-je pour dire non vous devriez dormir 6h ou 8h par soir ?

Donc pour moi c'est par rapport à auparavant.

Précédemment est-ce que la personne était différente ? Est-ce qu'elle était plus fonctionné, ou moins fonctionné ? même quantité de sommeil ? Est-ce que la personne mangeait moins ? Auparavant au travail est-ce qu'elle performait de la même façon ? est-qu'il y a eu changement de rôle ?

Est-ce qu'au niveau de ses rôles à la maison ? il y a eu des changements à la maison ?

Ce je regarde c'est **avant/après pour toutes les sphères du rendement occupationnel**.

15.

**Parfois, un équilibre insatisfaisant peut influencer un burnout.** Parfois les gens arrivent à rester en équilibre même si au niveau fonctionnel il y a du déséquilibre. Par exemple bon je vais me donner comme exemple moi. J'ai une fille de 4 ans et j'ai un bébé. Avant d'avoir des enfants, je dormais pas beaucoup et je travaillais beaucoup. Ensuite, j'ai eu ma fille et je ne dormais pas beaucoup non plus mais j'étais capable de retourner au travail. J'ai travaillé, je dormais, en fait je m'auto-évaluais. Même après avoir été au travail avec ma fille, j'étais en retard parce que je devais gérer ma fille et l'habiller et tout cela et négocier des trucs le matin et donc j'étais en retard, je prenais des pauses mais pas tout le temps, je dormais beaucoup moins, j'avais un sommeil agité, parce qu'elles étaient toute petite mais j'ai eu un **contexte de travail très flexible**. Du coup ça n'a pas dérangé personne que je sois un peu en retard où mes collègues et mon employeur ont eu des enfants et ils connaissaient ma réalité et où j'ai pas eu de changement de poste et où j'ai pas eu ce stress de performance à avoir parce que je connaissais mon travail. Mon seul changement c'était par rapport à mon rôle de mère.

Donc dans mon déséquilibre fonctionnel, j'étais quand même **en équilibre parce que j'arrivais à relever mon activité significative** qui était dans mon rôle de mère avec ma fille mais aussi de travailler.

J'ai de la chance maintenant ma fille a grandi et on n'arrive plus en retard à cause de ma fille, maintenant elle coopère.

On peut donner le même scénario à un homme par exemple qui n'a pas d'enfant mais qui arrive souvent en retard, il ne prend pas ses pauses, il mange mal, au niveau de la productivité là il carbure au travail, et puis tout à coup il y a un changement de patron. Le nouveau patron n'accepte plus qu'il soit en retard, il trouve que sa performance doit augmenter, lui il essaie ; il essaie et après 3 à 4 mois ou 1 an, il tombe en burnout parce qu'il n'arrive pas à faire les objectifs de productivité donnés par l'employeur et il est complètement brûlé. Donc là ; lui il est complètement en déséquilibre. Parce qu'il essayait d'atteindre un certain équilibre mais là en plus au travail ça va mal, **contextuellement au travail ça ne va pas donc c'est ce qui a précipité**. Ça a été un facteur précipitant pour moi le contexte de travail par rapport au burnout.

Le **changement de contexte et l'environnement joue donc aussi également beaucoup**. C'est ce que je trouve, c'est ce que j'ai vu dans ma pratique dans mon cabinet.

Oui, le contexte et l'environnement. Ce n'est pas que l'environnement de travail, c'est l'environnement tout court, ça peut être social, familial, des fois il y a des gens qui ont des deuils. Et donc bien que l'environnement de travail soit stable, parce qu'il y a eu des changements pour eux et c'est difficile pour être retrouver leur équilibre et leur santé.

16.

Oui, ça peut aider. **Oui**.

17.

**L'ergothérapeute**, c'est la meilleure personne.

La préoccupation au Québec de la conciliation travail-vie personnelle a influencé ma façon de travailler avec mes patients pour que cela devient une réalité pour eux d'avoir cette flexibilité-là. Parfois, ils sont chez un employeur qui ne permet pas cette conciliation-là. Mais cette conciliation est importante pour leur équilibre. Et en même temps, elle leur est dû cette conciliation. Donc, moi ça m'a influencé en tant qu'ergothérapeute. Par contre, est-ce que j'ai moins de patients parce qu'il y a plus d'employeurs qui veulent encourager la conciliation, je ne pense pas. C'est extrêmement compétitif ici en Amérique justement, il y a des changements au niveau technologies, au niveau des attentes des employeurs qui sont toujours plus hautes. Les babyboomers sont partie à la retraite, là c'est la génération des 30-45 ans qui là à essayer d'être plus productif, on est plus à l'aise avec la technologie mais c'est pas facile pour cette génération-là, ils doivent gérer beaucoup de choses. Les mères à temps plein, j'en connais beaucoup et les pères aussi et c'est pas facile donc les idéaux conciliation famille-travail ne sont pas toujours présents mais on est une génération qui essaie de chercher à trouver cet équilibre fonctionnel.

Oui, donc peut-être que les gens viennent me voir par eux-même dans le but de trouver cet équilibre-là.

Pour moi, la conciliation travail-vie personnel c'est culturel ici. Ça toujours était présent. Par exemple, on a des congés de maternité de 1 an à 2 ans au Québec, vous c'est environ 3 mois etc ...

18.

/

19.

J'aimerais être tenue au courant, si il y a des suites présentées ou une publication. Ça m'a fait plaisir de pouvoir participer à votre recherche. Si vous avez quelque chose d'écrit, ça me ferait plaisir de vous lire. Si c'est possible.

20.

Peut-être un médecin, au Québec mais je pense pas qu'il aurait le temps. Ouais un médecin au Québec se serait intéressant. **Un médecin de famille.** Oui.



## ANNEXE XIII : RESULTATS

Tableau de présentation de l'échantillon

N°	Profession	Lieu exercice et activité actuels	Pays	Année diplôme	Expérience auprès du public (années)
1	Médecin du travail	Service de santé au travail (activité salariée)	France	1983	36
2	Ergothérapeute	Hôpital Universitaire (activité salariée) et clinique privée (santé mentale) en libéral	Belgique	1987	32
3	Ergothérapeute	Clinique privée (santé mentale) en libéral	Québec	2005	10

Diagramme en barre de l'occurrence des références de mots des 3 entretiens

► Analyse via le logiciel TROPES : 20 références de mots les plus fréquentes / 194

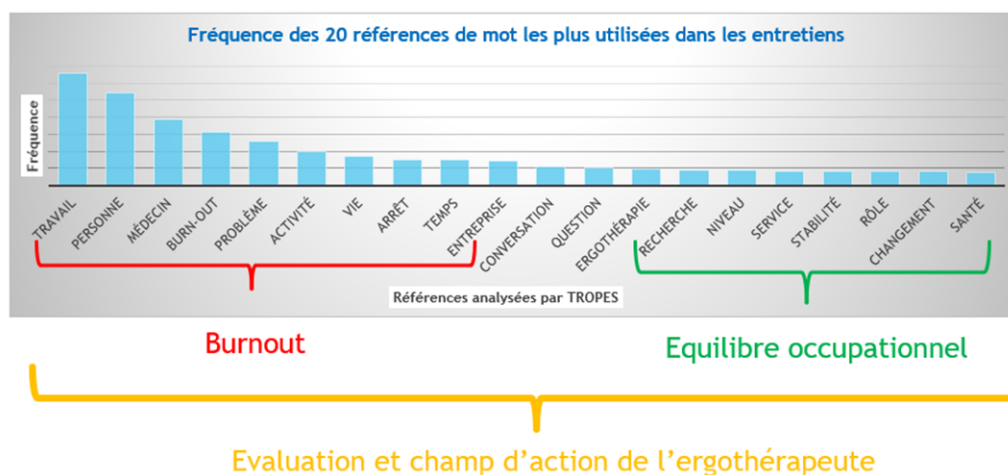


Tableau synthétique comparatif des cadres conceptuels et expérimental

Cadre conceptuel	Résultats issus du cadre expérimental		
	Confirmations / Cadre théorique	Compléments	Divergences
<b>Burnout (BO)</b>	<p>OUI</p> <p>Besoin d'études Difficulté de diagnostic Intérêt d'un repérage au plus tôt</p>	Souvent trop tard	
<b>Equilibre occupationnel (EO)</b>	<p>OUI</p> <p>Concept complexe. Définition variable selon représentation interviewés. Générateur de santé et bien-être</p> <p>OUI</p> <p>Confirmation hypothèse de recherche</p>	Oui, mais fonction d'autres facteurs protecteurs ou précipitants	
<b>-Evaluation niveau d'EO</b>	<p>-Pour les ergothérapeutes : Relève de leurs compétences. Évaluations maison issues de modèles de pratiques et/ ou outils de recherche</p>	Besoin d'adaptation sur le terrain.	<p>Outil rapide, fiable et reproductible à développer pour le terrain</p> <p>Rôle et compétences de l'ergothérapeute mal connus, à préciser auprès des autres professionnels de santé et du public.</p>

## Tableau complet comparatif des cadres conceptuels et expérimental

Cadre conceptuel	Résultats issus du cadre expérimental		
	Confirmations / Cadre théorique	Compléments	Divergences
<b>Burnout (BO)</b>			
-Sujet d'actualité	Tendance confirmée		
-Syndrome lié au travail	Définition confirmée		
-Symptômes multiples	Confirmation		
-Physiques et psychiques	Confirmation		
-Causes multifactorielles dont risques psychosociaux	Confirmation		
-Lié à la personne et son comportement (surengagement) Notion de surcharge au travail	Confirmation Faible estime de soi Personnes perfectionnistes et exigeantes	Personne ayant des troubles de l'attention plus sujettes (soucis adaptation)	
-Lié à l'environnement de travail : facteur de risque	Confirmation	Peut-être aussi protecteur (idem pour l'environnement social)	
-Manque de données scientifiques et d'études sur le sujet	Confirmation	Programme d'étude	
Difficulté de diagnostic du burnout	Confirmation	Lors de l'arrêt de travail	
Difficulté de repérage du risque de burnout	Confirmation		
<b>Equilibre occupationnel (EO)</b>			
-Concept complexe dans la littérature	Définition variable selon représentations interviewés Associé au temps, à la conciliation travail-vie personnelle, à la qualité de vie		
-Générateur de santé	Confirmation Bonnes habitudes de vie		
-Déséquilibre est un facteur de risque de burnout (hypothèse de recherche)	Confirmation	Oui, mais fonction d'autres facteurs protecteurs ou précipitants	
<b>-Evaluation niveau d'EO</b>			
-Divers outils utilisés en recherche fonction définition de l'EO retenue (Validés ou non en français) -Outils maison	Pour les ergothérapeutes interrogés : Évaluation maison issue de modèles de pratiques et/ ou outils de recherche Besoin d'adaptation sur le terrain (éviter les grilles, s'adapter à la personne et au temps disponible ...)		Outil rapide, fiable et reproductible à développer pour le terrain
-Relève de la compétence de l'ergothérapeute	Confirmation pour les ergothérapeutes interrogés.		Rôle et compétences de l'ergothérapeute méconnus, à préciser auprès des autres professionnel.de santé et du public.

# REPERAGE DU BURNOUT ET EQUILIBRE OCCUPATIONNEL

BEBIN Marie-Claire

## Résumé :

Le burnout (BO) représente un enjeu de santé publique. Ce syndrome d'épuisement lié au travail est défini. Néanmoins, son repérage semble complexe. A ce titre, cette étude s'interroge sur l'éventuelle contribution de l'ergothérapeute par l'évaluation du niveau d'équilibre occupationnel d'une personne rencontrant des difficultés en lien avec son activité professionnelle. Une approche hypothético-déductible a été conduite. L'entretien individuel a été retenu comme outil d'expérimentation. Des entretiens téléphoniques ont été réalisés avec des professionnels intervenants auprès de la population ciblée. L'analyse des résultats semble indiquer que l'évaluation du niveau d'équilibre occupationnel pourrait être un indicateur intéressant. Cependant, ce n'est pas le seul élément. Par ailleurs, ce rôle de l'ergothérapeute paraît peu connu et déployé en France. La communication et un partenariat avec tous les acteurs de la prévention semble être nécessaire. L'étude ne permet pas de généraliser les résultats, mais cette perspective d'ouverture de la pratique de l'ergothérapie semble être une piste à explorer.

**Mots-clés :** Ergothérapie – Burnout - Equilibre occupationnel – Evaluation - Prévention.

## Detection of burnout and occupational balance

### Abstract :

Burnout (BO) represents a public health issue. This syndrome of exhaustion linked to work is characterized. However, this detection seems complex. To this end, this dissertation examines the potential participation of occupational therapist (OT) by the assessment of occupational balance lever of a person with job difficulties. A hypothetico-deductive approach has been used. Individual interviews have been selected as experimental tools. Some telephone interviews with professionals, who take part with target population, have been utilized. The analysis of results seems to show that the assessment of occupational balance level can be an interesting burnout indicator. However, it is not the only component. In addition, this role of OT appears uncommon and very little developed in France. Communication and partnership with all participants of prevention seem necessary. The study does not permit to generalize results, but this prospect of occupational therapy practice seems to be a good lead of exploration.

**Keys words:** Occupational therapy – Burnout - Occupational balance – Assessment - Prevention