



**Institut de Formation
en
Ergothérapie**

- TOULOUSE-



**Approche ergothérapique dans la prévention du syndrome d'épuisement
professionnel chez les soignants en oncologie**

Mémoire d'initiation à la recherche présenté pour l'obtention de l'UE 6.5 S6
et du Diplôme d'Etat d'Ergothérapeute

Référent méthodologie : Thierry DORVAL

**Marine BORIE
Promotion 2017- 2020**

Engagement et Autorisation

Je soussignée Marine BORIE, étudiante en troisième année, à l'Institut de Formation en Ergothérapie de Toulouse, m'engage sur l'honneur à mener ce travail en respectant les règles éthiques de la recherche, professionnelles et du respect de droit d'auteur ainsi que celles relatives au plagiat.

L'auteur de ce mémoire autorise l'Institut de Formation en Ergothérapie de Toulouse à diffuser, à des fins non lucratives, une copie de son mémoire.

Cette diffusion n'entraîne pas une renonciation de la part de l'auteur à ses droits de propriété intellectuelle, incluant le droit d'auteur, sur ce mémoire. Notamment la reproduction ou la publication de la totalité ou d'une partie importante de ce mémoire requiert son autorisation.

Fait à Toulouse.

Le : 3 mai 2020

Signature du candidat :



Remerciements

Je tiens à remercier sincèrement toutes les personnes qui m'ont soutenu et aidé tout au long de la rédaction de ce mémoire et au cours de l'ensemble de mon cursus.

Tout d'abord, je tiens à remercier mon référent méthodologique : Thierry Dorval pour ses précieux conseils, son aide et le temps qu'il m'a consacré durant les mois de préparation de ce travail.

Merci également à Jean-Michel Caire, directeur de l'Institut de Formation en Ergothérapie de Toulouse, ainsi qu'à l'ensemble de l'équipe pédagogique pour la qualité des enseignements fournis tout au long de ma formation.

Je souhaite aussi remercier l'ensemble des personnes ayant participé à la phase expérimentale de ce mémoire pour leur collaboration et leur bienveillance.

Enfin, je tiens à exprimer ma reconnaissance à ma famille et mes proches pour leur aide, leur patience et leur soutien sans faille.

Sommaire

Introduction	1
I Cadre théorique	2
I.1. L'équilibre occupationnel	2
I.1.A. Science de l'occupation et ergothérapie	3
I.1.B. Concept d'équilibre de vie	3
I.1.C. Equilibre travail et vie personnelle	4
I.1.D. Equilibre personnel et facteurs de risque d'épuisement professionnel	5
I.2. Le syndrome d'épuisement professionnel ou burn-out	6
I.2.A. Etat des lieux	7
I.2.B. Les facteurs de risque du SEP	8
I.2.C. Les conséquences du burn-out	10
II Méthodologie de recherche	12
II.1. Phase exploratoire	12
II.1.A. Choix de l'outil de recherche	12
II.1.B. Création et passation du questionnaire	12
II.1.C. Description et analyse des résultats	12
II.2. Phase expérimentale	13
II.2.A. Choix des outils de recherche	14
II.2.B. IEV : Inventaire de l'Equilibre de Vie	15
II.2.C. MBI : Maslach Burn-out Inventory	16
II.2.D. Elaboration de l'entretien semi-directif	17
II.2.E. Description des méthodes de recueil et de traitement des données	18
II.2.F. Description des résultats	19
II.2.G. Analyse des résultats	24
II.2.H. Synthèse de l'étude	28
II.2.I. Limites de l'étude	28
II.2.J. Perspectives dans l'approche en ergothérapie	30
III Recommandations	32

III.1.	Contexte de prévention	32
III.2.	Guide de recommandations et bonnes pratiques.....	33
III.2.A.	Agir sur les facteurs de risques.....	33
III.2.B.	Repérage et diagnostic.....	35
III.2.C.	Accompagnement jusqu'à la reprise de l'activité professionnelle	36
III.3.	Recommandations spécifiques chez les soignants en oncologie	36
IV	Spécificité de l'intervention ergothérapique.....	39
IV.1.	Evaluation d'une situation et aide à l'élaboration d'un diagnostic.....	39
IV.2.	Concevoir et conduire un projet d'intervention en ergothérapie et d'aménagement de l'environnement.....	39
IV.3.	Mettre en œuvre et conduire des activités de soins, de rééducation, de réadaptation, de réinsertion et de réhabilitation psychosociale en ergothérapie	40
IV.4.	Elaborer et conduire une démarche d'éducation et de conseil en ergothérapie et santé publique.....	41
IV.5.	Conduire une relation dans un contexte d'intervention en ergothérapie	41
IV.6.	Former et informer.....	41
	Conclusion.....	43
	Liste des tableaux.....	44
	Liste des figures	44
	Bibliographie.....	45
	Annexes.....	50
	Annexe 1 : Grille d'évaluation MBI	50
	Annexe 2 : Questionnaire adressé aux soignants en addictologie.....	51
	Annexe 3 : Synthèse du questionnaire de la phase exploratoire	52
	Annexe 4 : Fiche d'information et de consentement	56
	Annexe 5 : Formulaire de consentement.....	57
	Annexe 6 : Inventaire de l'équilibre de vie.....	58
	Annexe 7 : Grille pour guider l'entretien semi-directif	62
	Annexe 8 : Exemple de mail envoyé aux professionnels pour les questionnaires.....	64
	Annexe 9 : Exemple de mail envoyé aux professionnels pour l'entretien.....	65
	Annexe 10 : Tableau descriptif du panel d'étude.....	66
	Annexe 11 : Tableau des résultats obtenus avec calcul de variables	67
	Annexe 12 : Verbatim de l'entretien avec le professionnel de santé paramédical.....	68

Annexe 13 : Verbatim de l'entretien avec le professionnel de santé médical.....	71
Résumé.....	74
Abstract.....	75

Introduction

Depuis toujours, le travail et l'Homme sont indissociables. Le travail est l'« activité de l'homme appliquée à la production, à la création, à l'entretien de quelque chose » (Larousse, 2018). Il reste indispensable à la survie de l'Homme et la satisfaction de ses besoins. C'est une composante fondamentale de la vie dans notre société, le travail permet d'assurer sa sécurité, ses besoins fondamentaux, son confort. C'est une source de valorisation pour la personne et peut favoriser son épanouissement.

De nos jours, le travail est plutôt défini communément comme l'exercice d'une activité professionnelle. La durée moyenne de vie active, ou d'activité professionnelle, pour un individu âgé de 15 ans est de 35,2 années en France (Eurostat, 2017). Actuellement, un homme a une espérance de vie de 79,3 années (INSEE, 2018). Ce qui signifie qu'un homme passe près de la moitié de sa vie à travailler.

Cependant, le travail peut être associé à une tâche pénible, épuisante, ennuyante ou affligeante. Durant mes stages de formation en ergothérapie, j'ai été témoin de situations où certains soignants exprimaient leur insatisfaction, leur fatigue à cause de leurs conditions de travail, parfois couplées à des difficultés personnelles. Cette notion de fatigue et de pénibilité au travail s'est retrouvée fréquemment au cœur de problématiques avec les autres professionnels ou les patients. En tant que future ergothérapeute, je me suis alors interrogée sur les composantes sources de stress ou de fatigue au travail, leurs liens et leurs incidences sur la vie personnelle des soignants, notamment lorsqu'il y a une proximité avec la mort dans le soin.

Le sujet de ce mémoire est donc centré sur l'influence de l'épuisement professionnel sur l'équilibre de vie des soignants en oncologie dans une démarche de prévention du burn-out et de promotion de leur santé et de leur sécurité au travail. Nous allons d'abord définir dans un cadre théorique deux concepts clés : l'équilibre occupationnel et le syndrome d'épuisement professionnel, ou burn-out. Nous chercherons à vérifier l'hypothèse suivante à travers la phase expérimentale : plus le niveau d'épuisement professionnel est important, plus le niveau d'équilibre de vie est faible. Enfin, à partir des éléments recueillis dans ces deux parties, nous allons élaborer un guide de recommandations, de bonnes pratiques afin de prévenir l'épuisement professionnel chez les soignants et mettre en évidence le rôle de l'ergothérapeute dans cette démarche de prévention en tant qu'acteur de santé et de sécurité au travail.

I Cadre théorique

I.1. L'équilibre occupationnel

Les occupations sont l'ensemble des activités de la vie quotidienne d'un individu, il peut s'agir : des loisirs, d'activités de soins personnels et des activités productives (Baum, C. M. & Law, M. 1997 ; Specht et al., 2002). Les loisirs constituent l'ensemble des activités sources d'attrait, de plaisir et peuvent être différents en fonction des individus, il peut s'agir d'activités artistiques, récréatives, etc. Les activités de soin personnel regroupent l'ensemble des activités essentielles pour garantir une bonne hygiène de vie : se laver, manger et dormir par exemple. Quant aux activités productives, elles sont en lien avec l'utilisation de compétences et d'engagement tels que le travail, le mentorat, etc. Le bien-être, la santé et la satisfaction peuvent découler lorsque l'ensemble du temps accordé à ces activités est équilibré. Christiansen considère que l'équilibre occupationnel se produit lorsque l'impact perçu des occupations est harmonieux, cohérent et sous contrôle. Cela renvoie à la manière dont les personnes organisent leurs journées afin qu'elles soient source de satisfaction (Christiansen, 1996). Selon Backman, l'équilibre occupationnel est l'ensemble du temps consacré aux activités significantes, obligatoires et choisis par l'individu (Backman, 2004). Elle met en évidence l'influence de l'équilibre occupationnel sur le bien-être de l'individu. En effet, l'équilibre occupationnel est composé de l'ensemble des activités réalisées et voulues par un individu et de la perception propre qu'il en a (Figure 1).

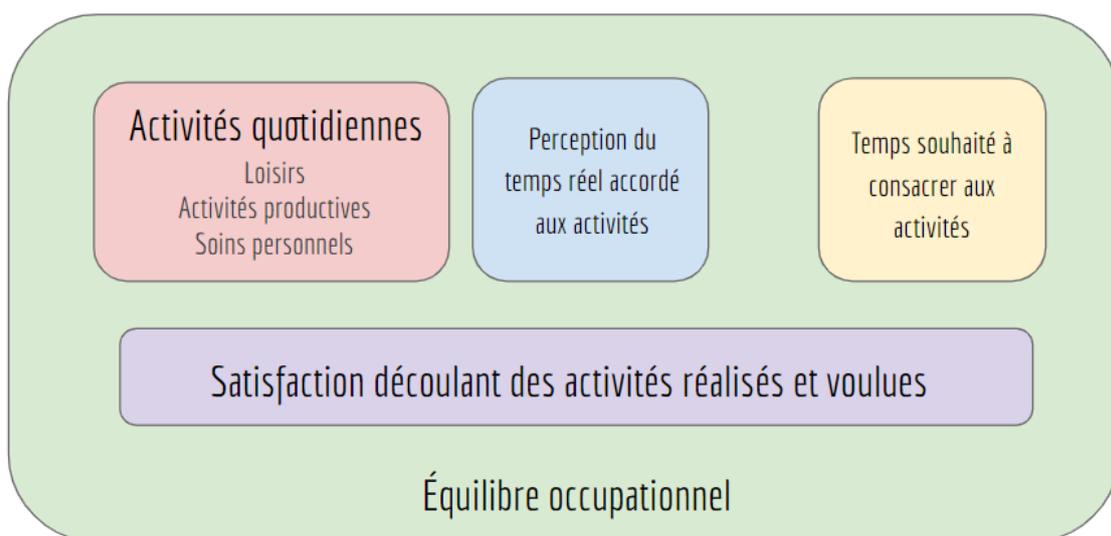


Figure 1 Représentation de l'équilibre occupationnel

1.1.A. Science de l'occupation et ergothérapie

Définir la science de l'occupation est primordial pour mieux comprendre les différentes composantes de l'équilibre occupationnel et l'ergothérapie de manière générale. La science de l'occupation est une science dont les résultats visent à améliorer la compréhension et souligner la complexité de l'occupation humaine dans l'environnement sociétal. L'occupation regroupe l'ensemble des activités humaines ayant un sens pour l'individu et réalisées de façon quotidienne. L'objectif de cette science en plein essor depuis les années 1990 est de développer des savoirs et des savoir-faire disciplinaires et interdisciplinaires en lien avec l'exercice de l'ergothérapie. La science de l'occupation constitue donc un des fondements de l'ergothérapie. L'objectif de cette discipline est « de maintenir, de restaurer et de permettre les activités humaines de manière sécurisée, autonome et efficace » (ANFE, 2019). L'action de l'ergothérapeute vise à prévenir et réduire les situations de handicap en adaptant les composantes de l'activité et l'environnement selon les besoins, les habitudes de vie et les attentes de la personne. Cette vision vise à promouvoir l'autonomie, c'est-à-dire la capacité de gérer sa vie, de choisir en toute connaissance de cause et de gérer ses liens de dépendances. L'approche ergothérapique permet d'identifier les difficultés rencontrées par l'individu dans son quotidien, dont les activités sources d'insatisfaction. Des solutions peuvent être proposées pour faciliter la réalisation des activités de vie quotidienne, comme des aides techniques ou des stratégies adaptées, en tenant compte de la notion du temps, des capacités de l'individu de l'environnement. Selon le Modèle Canadien du Rendement et de l'Engagement Occupationnel (MCREO), l'environnement est composé de quatre aspects : physiques, sociaux, culturels et institutionnels. Ils ont une influence positive ou négative sur le choix, la capacité d'agir et de s'engager dans les occupations de celui qui y évolue. Les actions de l'ergothérapeute doivent être menées avec l'implication de la personne qui en est l'acteur principal : on parle d'approche client-centré. L'engagement dans l'activité est fondamental dans l'approche en ergothérapie. Il s'agit d'une adaptation dynamique liée aux interactions entre la personne, ses motivations, son style de vie, ses capacités et son environnement (Kielhofner, 2002). L'engagement contribue à maintenir un bon état de santé et de bien-être. De plus, il a été démontré qu'utiliser des activités ayant du sens pour le patient permettait d'atteindre des résultats plus efficaces que des soins thérapeutiques purs (Pierce, 2016).

1.1.B. Concept d'équilibre de vie

Le concept d'équilibre de vie fait l'objet d'un modèle conceptuel ergothérapique par Matuska (2008). Elle a choisi d'utiliser le terme d'équilibre de vie plutôt qu'équilibre

occupationnel pour en faciliter la compréhension auprès d'un large public. Selon ce modèle, l'équilibre de vie repose sur deux principes : la congruence et l'équivalence. La congruence est le rapport entre le temps souhaité pour réaliser les activités et le temps réellement consacré aux activités. L'équivalence correspond à la satisfaction découlant du temps accordé aux activités qui répondent à quatre besoins fondamentaux. Le premier de ces besoins est la santé et la sécurité physique. Il s'agit de subvenir aux besoins physiologiques de base tels que se loger, avoir une source de revenus, des ressources nécessaires pour manger ou accéder à des soins afin de garantir une certaine santé et sécurité à l'individu. Le deuxième de ces besoins correspond aux relations interpersonnelles gratifiantes. Ces relations renvoient aux interactions sources de satisfaction dans la sphère familiale, sociale et professionnelle. Le troisième besoin fondamental est celui du défi, de l'engagement et de la compétence. Enfin, le quatrième de ces besoins est le sens donné à sa vie et l'identité personnelle positive.

Ce concept de l'équilibre de vie est repris par Nadine Larivière. En 2015, elle participe à la conception d'un cadre de référence canadien visant à promouvoir l'occupation, la santé et le bien-être : « Do-live-well » ou « Vivez bien votre vie ». Ce cadre élaboré par des ergothérapeutes met en lien à la fois les dimensions de l'expérience, l'utilisation du temps, la santé et le bien-être. De plus, les facteurs personnels et sociaux peuvent influencer les expériences, l'utilisation du temps et leur répercussion sur la santé et le bien-être (Moll et al., 2015). Ce nouveau modèle est centré sur une approche positive destinée à inciter les individus à réfléchir sur leur engagement dans les activités de la vie quotidienne et l'utilisation de leur temps. Ainsi, on peut distinguer cinq éléments en lien avec la notion de temps : l'engagement, la routine, le choix et le contrôle, l'équilibre et le sens personnel. Il souligne également que le temps accordé aux activités du quotidien peut avoir des répercussions positives et négatives sur la santé et le bien-être de la personne et donc, représenter un risque pour sa santé. Cette étude met en évidence l'impact de l'équilibre de vie dans le bien-être et la santé d'un individu mais également l'importance de la notion du temps dans la perception de cet équilibre.

1.1.C. Équilibre travail et vie personnelle

La notion d'équilibre occupationnel apparaît fréquemment avec le concept d'équilibre entre travail et vie personnelle. Ce concept est utilisé pour expliquer comment les travailleurs sont capables de gérer leur emploi du temps entre le travail et le domicile (Cinite, Duxbury et Higgins, 2009). Christiansen met en évidence le bénéfice pour la santé et le bien-être que peut apporter un équilibre professionnel satisfaisant pour l'individu. Néanmoins, c'est l'étude entreprise par Yerxa en 1998 qui va apporter la preuve d'une relation causale entre satisfaction au travail et santé et bien-être chez le travailleur (Yerxa, 1998). Ainsi, elle

établit que l'équilibre désiré « tamponne l'ennui » et se compose d'une variété significative de professions qui encouragent l'apprentissage. Pour être en bonne santé, les personnes doivent apprendre à créer un équilibre qui leur est propre, constitués d'activités significatives, modelées à la fois par la découverte, le développement et conformes aux règles prescrites dans leur société et leurs cultures. Un emploi rémunéré impose une structure temporelle à la journée, fait appel régulièrement à des expériences partagées à des contacts autre que la famille ou les proches. Le travail relie la personne à des objectifs et des intentions qui transcendent les siens et favorise le sentiment de compétence, de défi. Il définit également des aspects importants de la situation et de l'identité personnelle.

Dans une étude épidémiologique réalisée auprès de 2958 travailleurs en 2001, Tausig et Fenwick ont cherché à identifier les prédicteurs de l'équilibre entre travail et vie personnelle. Cette étude leur a permis de tirer les trois conclusions suivantes :

- (1) le contrôle perçu des horaires de travail, qu'ils soient flexibles ou non, augmente l'équilibre perçu entre le travail et la vie personnelle ;
- (2) être un parent conduit à une plus grande perception de déséquilibre ;
- (3) les femmes, les employés à temps partiel ou plus jeunes, ont signalé un déséquilibre nettement plus important que les autres employés concernant le contrôle perçu sur leurs horaires de travail (Tausig & Fenwick, 2001).

Ces études démontrent que l'équilibre occupationnel peut être perçu comme le juste équilibre entre vie professionnelle et vie personnelle chez les travailleurs. Il apparaît également que le statut, le sexe et le rôle de la personne a une influence significative dans la perception de son équilibre de vie et professionnel.

Le travail favorise l'activité, apporte un rythme de vie et favorise à la fois le sentiment de compétence et l'identité personnelle positive. L'équilibre professionnel apparaît alors comme inhérent au concept d'équilibre de vie car le temps consacré à cette activité est complémentaire au temps consacré à d'autres activités routinières qu'elles soient source de ressourcement, de productivité ou de plaisir. Le contrôle perçu du temps consacré à chacune des activités quotidiennes influence l'équilibre occupationnel des travailleurs ainsi que leur santé et bien-être.

1.1.D. Equilibre personnel et facteurs de risque d'épuisement professionnel

Sardas (2008) considère que le bien-être du travailleur passe par la recherche d'un équilibre entre l'offre identitaire de l'entreprise et sa demande identitaire. L'équilibre personnel des travailleurs se traduit par la satisfaction et l'implication dans leur travail mais

aussi un épanouissement dans la vie familiale et affective. Cet équilibre repose donc à la fois sur l'équilibre professionnel et sur l'équilibre de vie de l'individu.

Selon ce modèle, l'équilibre personnel des travailleurs est déterminé par 3 variables. Deux de ces variables sont des facteurs personnels : le sentiment d'efficacité personnelle général et le locus de contrôle interne. Le 3^{ème} est organisationnel : le soutien du responsable hiérarchique (Spector & O'Connel, 1994 ou Baker & Aldrich, 1996). Le locus de contrôle interne est le terme désignant la sensation de contrôle exercé par l'individu dans son activité. Une étude a été menée par Roger et Othmane pour évaluer l'influence de ces trois variables sur l'équilibre professionnel et l'équilibre de vie du travailleur (Roger & Othmane, 2013). Le locus de contrôle interne améliore l'équilibre de vie et l'équilibre professionnel. Le sentiment d'efficacité personnelle améliore l'équilibre de vie. Le soutien du responsable hiérarchique influence significativement la relation entre le locus de contrôle et le sentiment d'efficacité personnelle, ainsi que les deux dimensions de l'équilibre personnel. En effet, le soutien est utile pour améliorer l'équilibre de vie des personnes ayant un faible sentiment d'efficacité personnelle. Cependant, il semble que le travailleur doive se reposer sur ses efforts personnels et sa persévérance pour trouver un bon équilibre professionnel.

L'équilibre professionnel est inhérent au concept d'équilibre occupationnel chez les travailleurs et peut l'influencer positivement ou négativement. Une perception satisfaisante de l'ensemble des activités de la vie quotidienne avec un juste équilibre entre vie personnelle et professionnelle, favorise le bien-être et la santé chez l'individu. Un déséquilibre peut induire des risques de santé sur le plan physique, mental et social chez le travailleur.

I.2. Le syndrome d'épuisement professionnel ou burn-out

À l'origine, le terme « burn-out » est composé du verbe anglais « to burn » et renvoie à une notion de combustion interne des énergies individuelles (Neveu, 1996). Girault, cité également dans Neveu en 1996, propose que la traduction française la plus fidèle à l'idée de burn-out, soit l'expression « carbonisation psychologique ». Toutefois, le terme français le plus souvent utilisé est le syndrome d'épuisement professionnel (SEP). Il est défini comme : « un épuisement mental et physique des personnes dont le travail nécessite un contact permanent avec autrui » par Maslach en 1976. C'est une expérience négative pour l'individu concernant des problèmes, de la détresse, de l'embarras, un dysfonctionnement et des conséquences négatives reliées au travail. Le processus d'épuisement professionnel est donc

associé à des comportements improductifs variés reliés au travail, tels que l'absentéisme (Maslach, 1982). Elle conçoit le syndrome d'épuisement comme un processus de dégradation du rapport subjectif au travail. Dans la littérature scientifique, le SEP est également redéfini à un cadre restreint : celui du soignant, on parle de syndrome d'épuisement professionnel du soignant (SEPS). Le soignant regroupe l'ensemble des professionnels de santé, qu'il soit axé sur les soins médicaux ou paramédicaux. La définition la plus utilisée du SEPS est celle de D. Bédard et A. Duquette : « expérience psychologique négative vécue par un individu, liée au stress émotionnel et chronique causé par un travail ayant pour but d'aider les gens ».

1.2.A. Etat des lieux

Le syndrome d'épuisement professionnel, ou « burn-out », est un concept apparu dans les années 1960. En 1974, Freudenberger publie le premier article qui conceptualise le terme de burn-out. Il est utilisé comme une métaphore pour décrire l'état d'épuisement de travailleurs et de bénévoles travaillant avec des toxicomanes, ils sont « consumés » progressivement de l'intérieur. Depuis, de nombreuses définitions et outils de mesures ont été proposés, mais peu d'entre eux font l'objet d'une validation scientifique. Selon Christina Maslach, le burn-out est « un épuisement mental et physique des personnes dont le travail nécessite un contact permanent avec autrui ». En 1981, Maslach et Jackson créent le Maslach Burnout Inventory (Annexe 1) évaluant les 3 dimensions du syndrome d'épuisement professionnel : l'épuisement émotionnel, la dépersonnalisation et la perte de l'accomplissement personnel. Cet outil est utilisé de manière quasi-systématique pour définir les prévalences d'épuisement professionnel des populations au travail car ces qualités psychométriques de validité et fidélité sont constantes. Actuellement, le syndrome d'épuisement professionnel est considéré comme un phénomène lié au travail, il n'est pas classé parmi les maladies de la Onzième Révision de la Classification Internationale des Maladies (CIM-11) par l'OMS. Il est inclus dans le chapitre : « Facteurs influant sur l'état de santé ou sur les motifs de recours aux services de santé » et est classé dans la catégorie des risques psycho-sociaux par l'Institut National de la Recherche Scientifique (INRS). Néanmoins, le 27 avril 2017, la Haute Autorité de Santé a été saisie par la Ministre des Affaires sociales pour élaborer les recommandations de bonnes pratiques sur le repérage, la prévention et la prise en charge du SEP, ainsi que sur l'accompagnement à la reprise du travail. Cette demande est inscrite dans l'objectif de prévention des risques psychosociaux au travail du Plan Santé au Travail 2016-2020 (PST3). Ce rapport répertorie de nombreuses études indiquant le taux de personnes touchés par le SEP. Tout d'abord, l'étude réalisée en 2014 par le cabinet Technologia a permis d'estimer à 3,2 millions le nombre de salariés

français exposés à un risque élevé de développer un SEP. Pourtant, en 2012 les médecins du travail rapportent que 7% des salariés atteints de troubles psychiques souffrent d'un burn-out, soit 30 000 cas répertoriés. Le diagnostic différentiel entre burn-out et autres psychopathologies en lien avec le travail reste complexe ; il est difficile d'estimer le nombre de personnes souffrant d'un SEP actuellement. Selon le rapport d'activité du Réseau National de Vigilance et de Prévention des Pathologies Professionnelles (RNV3P), les troubles psychosociaux et comportementaux sont les premiers problèmes de santé au travail observés dans les centres de consultation de pathologies professionnelles (CCPP). Ces troubles représentent 36% des pathologies professionnelles chez les professions intermédiaires de la santé. Le secteur d'activité de la « santé » est le secteur d'activité le plus touché par les psychopathologies du travail. En effet, les professions médicales et paramédicales sont particulièrement exposées aux risques d'épuisement professionnel. Notamment dans le domaine de l'oncologie, où de nombreuses études ont été réalisées. En 2008, Lissandre et al. publie une étude où le taux de SEP est de 38% chez les médecins, 24,5% chez les infirmières et 35,2% chez les aides-soignants. Au vu des chiffres et des mesures mises en place pour prévenir le risque d'apparition du SEP auprès de la population française, c'est un problème actuel de santé publique. Les professionnels médicaux et paramédicaux sont particulièrement exposés aux risques d'épuisement professionnel à tel point qu'on parle de syndrome d'épuisement professionnel du soignant (SEPS).

1.2.B. Les facteurs de risque du SEP

Le mal-être, le stress, la souffrance au travail peuvent être à l'origine de psychopathologies tel que le syndrome d'épuisement professionnel ou burn-out. Il est important d'identifier les facteurs de risque afin de mettre en place des moyens pour le prévenir et le dépister. L'HAS identifie plusieurs facteurs de risque du burn-out (HAS, 2017) :

- Intensité et organisation du travail (surcharge de travail, imprécision des missions, objectifs irréalisables, etc.) ;
- Exigences émotionnelles importantes avec confrontation à la souffrance, à la mort, dissonance émotionnelle ;
- Autonomie et marge de manœuvre ;
- Relations dans le travail (conflits interpersonnels, manque de soutien du collectif de travail, management délétère, etc.) ;
- Conflits de valeurs ;
- Insécurité de l'emploi ;

- Facteurs individuels : antécédents personnels et familiaux, événements de vie, support social, rapport au travail.

Cependant, ces facteurs de risque ne sont pas spécifiques aux professions médicales et paramédicales. Il est possible d'identifier 4 catégories de facteurs de risque du SEPS, en dehors des facteurs liés à l'individu (Colombat et al., 2011).

Le premier facteur de risque est lié à la discipline, c'est-à-dire au rôle du soignant. « Gouverner, éduquer, soigner » sont des notions inhérentes au métier de soignant, un métier « impossible » décrit par Freud (Freud, 1925). Le soignant a pour but de soigner les autres, c'est-à-dire « procurer les soins nécessaires à la guérison, à l'amélioration de la santé de quelqu'un » (Larousse, 2018). La santé se définit par : « un état complet de bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité » (OMS, 1993). Les soignants s'occupent de personnes dont la perception de la santé est subjective et intégrée dans une représentation de la qualité de vie. Le rôle du soignant est donc complexe et source de mal-être car il peut être confronté à la souffrance des autres, à un sentiment d'impuissance, voire d'échec face à l'inefficacité de traitements ou stratégies mis en place pour améliorer la santé de la personne.

Le deuxième facteur de risque est lié au management, c'est-à-dire l'organisation du travail au sein de la structure. Le type de management influence la qualité de vie au travail des soignants, la satisfaction au travail et la qualité des soins. Il existe 4 types de management : directif, informatif ou persuasif, participatif et délégitif. Le management directif permet de structurer, de fixer des règles et de donner des directives. Il est adapté aux situations d'urgence, aux jeunes équipes et induit un faible investissement personnel. Le management délégitif repose sur la confiance, l'auto-motivation et est adapté à des personnes capables de gérer des équipes. Le management participatif se base sur l'échange des acteurs au sein d'une équipe et favorise l'engagement et la prise d'initiative des équipes au sein de la structure.

Le troisième facteur de risque est lié à la quantité de travail, voire la surcharge. Le manque de personnel soignant dans le milieu hospitalier fait l'objet d'une véritable problématique de santé publique, à tel point que certains médias parlent d'une crise profonde pour le secteur hospitalier (Enquête Franceinfo, 2018). Le manque de personnel implique souvent une charge de travail plus importante. Il peut générer du stress, un manque d'efficacité ou d'efficacités chez le soignant pour réaliser ses objectifs et obtenir les résultats escomptés, tout en tenant

compte des conditions de travail. Ainsi, certains soignants effectuent des heures de travail supplémentaires afin de réaliser le travail demandé.

Enfin, le quatrième facteur de risque est lié aux conditions de travail. Les conditions de travail sont l'ensemble des éléments qui constituent la situation d'un travailleur : salaires, horaires, risques, nature des tâches à effectuer, organisation de la tâche à effectuer. Dans le cas du soignant, il s'agit d'œuvrer à plusieurs pour prodiguer les soins adaptés à la situation d'une seule personne. La complexification de la tâche est une source d'ambiguïté pour coordonner les soins entre les différents acteurs de santé. Le manque de temps d'échanges, de soutien et de formation pour lutter contre les difficultés rencontrées induisent des conditions de travail pénibles. De plus, la proximité avec la mort, les questions éthiques non discutées ou mal résolues sont des problématiques souvent rencontrés par les soignants, notamment dans les services palliatifs ou accompagnant des patients atteints de maladies chroniques, en phase terminale, etc. Il peut également y avoir une perte de sens du rôle de soignant.

Par ailleurs, les causes de la souffrance des soignants peuvent être liées à l'individu en lui-même : il s'agit de facteurs de risques personnels. Ils peuvent être associés à des traits de la personnalité, les expériences de vie, les habitudes de vie, les rôles, les relations avec les autres professionnels, les valeurs et la culture. Par exemple, la distance thérapeutique adoptée dans la relation de soins avec le patient ou un événement marquant de l'histoire de vie du soignant sont des facteurs qui pourraient avoir une répercussion sur son équilibre de vie. Les facteurs de risque personnels peuvent aussi être liés à la dimension affective dans la relation de soin : on peut parler de transfert lorsque le soignant s'identifie ou se projette au patient à travers des mécanismes affectifs inconscients (Molière et Friard, 2012). Ces transferts sont fréquents et peuvent avoir des répercussions sur la charge émotionnelle au quotidien.

Les facteurs de risques impersonnels sont des éléments sur lesquels des solutions potentielles peuvent être recherchées pour limiter le risque d'épuisement professionnel du soignant. Leur identification pourra permettre un dépistage précoce et la mise en place de moyens de prévention adaptés.

1.2.C. Les conséquences du burn-out

Les conséquences potentielles du syndrome d'épuisement professionnel chez les soignants peuvent être le développement d'une dépression caractérisée, de troubles anxieux, de troubles du sommeil (Ekerstedt et coll., 2006 ; Armon et coll., 2008 ; Vela-Bueno et coll., 2008), de troubles addictifs comme l'alcool (Ahola et coll., 2006), des conséquences sur les

systèmes cardio-vasculaire, musculosquelettique (Honkonen et coll., 2006) et immunitaire. Les caractéristiques entre burn-out et dépression font l'objet d'un grand nombre d'études. Cependant, la majorité des études concluent que le SEP et la dépression sont deux psychopathologies distinctes. D'après l'étude de Lindblom et coll. parue en 2006, elles partageraient des caractéristiques communes, de par les symptômes exprimés et leur retentissement sur les activités de la vie quotidienne de l'individu.

Le soignant exposé à un risque d'épuisement professionnel important peut mettre en place de mécanismes de défense. Ces mécanismes sont le signe d'un retentissement psychique sur la posture professionnelle du soignant et dans sa relation de soins avec les patients (Barbier, 2004). Il existe aussi des processus de coping en plus des mécanismes de défense. Alors que les mécanismes de défense sont des processus mentaux automatiques, inconscients, les processus de coping sont des opérations mentales volontaires, choisis en réponse à un problème interne ou externe (Chabrol, 2005). Ces deux processus agissent ensemble pour faciliter l'adaptation face aux difficultés rencontrées au quotidien. Actuellement, peu d'études établissent une corrélation entre la maturité de ces processus et la santé physique, psychique et morale de l'individu. Néanmoins, la défense et le coping sont des processus qui modèlent les réactions de manière adaptée ou inadaptée face à un problème que ce soit de manière volontaire ou involontaire. Le coping est une stratégie comportementale consciente et volontaire centrée sur soi ou sur la situation problématique. Elle permet d'expliquer certains processus réactionnels de l'individu qu'ils soient basés sur la mise en place d'actions ou leur absence. Chez les soignants, certains types de processus tels que le refoulement, l'intellectualisation, la rationalisation, le retrait apathique ou encore le clivage peuvent être davantage utilisés par les soignants lorsqu'ils sont exposés à un niveau d'épuisement important. L'épuisement professionnel est donc un processus ayant un retentissement sur le sens donné aux relations sur le lieu d'exercice professionnel.

Ainsi, l'épuisement professionnel, ou burn-out, a un impact potentiel sur la santé physique, psychique et morale. Ces répercussions peuvent être une source de déséquilibre pour le soignant sur son lieu d'exercice mais aussi avoir des conséquences sur sa vie personnelle.

L'apport de l'ensemble de ces concepts amène à s'interroger sur les interactions entre l'épuisement professionnel et l'équilibre occupationnel chez le soignant : Est-ce que le niveau d'épuisement professionnel influence le niveau d'équilibre de vie du soignant ? Par quels moyens peut-on prévenir et endiguer l'apparition du burn-out auprès de cette population ?

II Méthodologie de recherche

II.1. Phase exploratoire

II.1.A. Choix de l'outil de recherche

Suite à mes observations durant mes stages et mes expériences professionnelles, j'ai commencé à m'interroger sur les motifs de la souffrance au travail chez les soignants. J'ai effectué quelques recherches pour approfondir mes connaissances sur la relation de soin et l'épuisement professionnel. Une de mes pistes de réflexion portait sur l'importance de la relation de soin et la posture professionnelle du soignant. J'ai décidé de réaliser un questionnaire afin de récolter un maximum d'informations sur la perception de la relation de soin et de l'épuisement professionnel chez les soignants.

II.1.B. Création et passation du questionnaire

Je me suis basée sur mes observations et les recherches que j'avais réalisé pour concevoir un questionnaire (Annexe 2) avec des questions à réponses multiples, ouvertes et fermées. Il était destiné à l'équipe soignante d'une clinique spécialisée dans l'accompagnement de personnes souffrant de conduites addictives. Ce questionnaire a été distribué en main propre au personnel qui était présent ce jour-ci. D'autres feuilles ont été laissées en libre distribution dans l'infirmerie afin que le reste du personnel puisse le remplir lors des changements d'équipe. Au bout de 3 jours, j'ai récupéré l'ensemble des questionnaires qui avaient été remplis. Le but de ce questionnaire était de :

- Identifier les composantes émotionnelles des soignants lors de l'accompagnement des résidents ;
- Déterminer les difficultés rencontrées lors de leur arrivée dans la structure et la satisfaction de l'évolution de leur posture professionnelle ;
- Définir, selon leur point de vue, les facteurs d'épuisement professionnel ;
- Connaître des moyens ou stratégies utilisés pour prévenir le risque d'épuisement professionnel.

II.1.C. Description et analyse des résultats

Le nombre de participants fut de dix-neuf, la durée de passation du questionnaire était estimée à environ cinq minutes. Près de 50% du corps paramédical de la structure m'a retourné le questionnaire rempli. Le document est anonyme, seule la profession, l'âge et la durée d'exercice du professionnel sont indiqués. J'ai réalisé une synthèse du questionnaire

(Annexe 3) où je décris et analyse les résultats obtenus. Les principaux facteurs de risque d'épuisement professionnel perçus par les soignants sont liés :

- Au stress et à la gestion de leurs émotions ;
- A l'organisation au sein des services et des équipes ;
- Au manque de valorisation et de reconnaissance du travail fourni ;
- A la survenue d'événements indésirables, de violences verbales ou physiques.

Une liste des difficultés recensées par les soignants lorsqu'ils ont commencé à accompagner les patients en addictologie a également été réalisée. Ces difficultés étaient majoritairement liées à un manque de connaissances théoriques ou d'expériences pratiques. Les moyens utilisés par les soignants pour se préserver lors l'accompagnement des patients ont été classés en deux catégories : les techniques acquises via des formations professionnels ou extérieures et les techniques acquises lors d'expériences sur le terrain. 89% des soignants sont satisfaits de l'évolution de leur posture professionnelle et 66% d'entre eux envisagent une reconversion professionnelle.

N'ayant jamais réalisé de questionnaire auparavant, j'ai également énuméré les limites de cette étude et les axes d'améliorations possibles. Une des principales limites résidait dans l'élaboration des questions et la gradation, le choix des questions et des réponses proposées pour les questions fermées était subjectif. Par ailleurs, j'avais effectué bien des recherches pour identifier les éléments à aborder dans le questionnaire mais trop peu portant sur la manière de le concevoir. Néanmoins, ce travail exploratoire m'a permis de me conforter sur le choix de la thématique de mon mémoire où le concept de syndrome d'épuisement professionnel serait un concept clé. En tant qu'étudiante en ergothérapie, le concept d'équilibre occupationnel, notamment celui entre travail et vie personnelle, me semblait être un élément essentiel dans la conception du bien-être pour les soignants. Ainsi, j'ai décidé d'axer ma démarche de recherche autours de ces concepts clés : l'épuisement professionnel et l'équilibre occupationnel chez le soignant.

II.2. Phase expérimentale

La phase exploratoire m'a permis d'acquérir des informations sur les problématiques liées au rôle du soignant dans l'accompagnement de personnes atteint de maladies chroniques et de me conforter sur le sujet de ma recherche. Au vu du nombre d'études déjà réalisées auprès des soignants en oncologie, il m'a semblé pertinent d'orienter ma recherche auprès de cette population fortement exposée aux risques d'épuisement professionnel. J'ai choisi d'utiliser la méthode avec l'acronyme P.I.C.O. pour m'aider dans la formulation de la

question de recherche du mémoire (Schardt et al. 2007). Elle définit les quatre éléments d'une question clinique qui permet une recherche dans la littérature scientifique :

- Population : Soignants accompagnant des patients atteints de maladies chroniques (oncologie)
- Intervention : Administrer deux questionnaires à l'ensemble des soignants et un entretien semi-directif en complément auprès de deux soignants
- Comparaison : Pas d'outil ou source de comparaison identifié
- Outcome, ou retombées attendues : Vérifier l'existence d'un lien entre équilibre de vie et équilibre professionnel

Ma question de recherche est la suivante : Quelle est l'influence des facteurs de risque de l'épuisement professionnel dans l'équilibre de vie des soignants en oncologie ?

II.2.A. Choix des outils de recherche

La phase expérimentale de ma recherche sera divisée en deux étapes : une première phase de récolte de données quantitatives, à l'aide de deux questionnaires auto-administrés, et une seconde phase de récoltes de données qualitatives, avec réalisation d'un entretien semi-directif. J'ai transmis le questionnaire à environ 50 soignants en oncologie. Les deux professionnels de santé interviewés ont également répondu aux questionnaires. Les données ont été récoltées et traitées dans le respect de l'anonymat. Seules les professions, l'âge, le lieu d'exercice et la durée d'ancienneté dans la structure ont été demandés. L'entretien semi-directif sera enregistré à l'aide d'une application d'enregistrement sur téléphone portable. Une fiche d'information et de consentement (Annexe 4) a été transmise à chacun des participants lors de la phase de récoltes des données quantitatives. Un formulaire de consentement (Annexe 5) a été réalisé pour respecter l'anonymat et autoriser l'exploitation des données récoltées et sera signé par la personne interviewée en amont de cet entretien. Avant de réaliser l'entretien semi-directif, je souhaite utiliser deux outils référencés pour récolter des informations auprès des soignants. Ces évaluations sont : l'Inventaire de l'Équilibre de Vie et le Maslach Burn-out Inventory. Ils ont été traduits et validés en français et serviront de base pour réaliser la grille de l'entretien semi-directif. Ces tests seront administrés au minimum 2 semaines avant l'entretien, ils permettront de faire un état des lieux de l'équilibre de vie de la personne et de son niveau d'épuisement professionnel. L'objectif est de mettre en évidence l'existence d'un lien entre deux variables : l'équilibre de vie de la personne et son exposition au risque d'épuisement professionnel. Cette première phase permettra d'infirmer ou de confirmer l'hypothèse suivante : plus le niveau d'épuisement professionnel est important, plus le niveau d'équilibre de vie est faible. Si l'hypothèse est validée, alors il existe une corrélation

négative entre ces deux variables, sinon il s'agit d'une corrélation positive. De plus, l'entretien semi-directif va permettre le recueil de données qualitatives et donc faciliter l'identification des facteurs de risques de l'épuisement professionnel et leur retentissement dans l'équilibre de vie de la personne. Ainsi, les objectifs généraux de la phase expérimentale sont de vérifier l'existence d'un lien entre SEP et équilibre occupationnel et également d'identifier les facteurs de risque d'épuisement professionnel spécifiques aux soignants en oncologie.

II.2.B. IEV : Inventaire de l'Equilibre de Vie

Le questionnaire « Life Balance Inventory » (LBI) a été créé en 2008 par Matuska et Christiansen. Le développement du concept d'équilibre de vie et plusieurs études de recherches ont permis d'élaborer et valider cet outil d'évaluation (Matuska, 2012). Cet outil d'évaluation a été traduit et validé en français sous le nom de « Inventaire de l'Equilibre de Vie » (IEV), par Larivière et Levasseur en 2016, pour aider les ergothérapeutes à évaluer l'emploi du temps de leur client (Annexe 6). Il est fondé sur le modèle conceptuel de l'équilibre de vie de Matuska et évalue l'équilibre de vie subjectif. La passation du questionnaire se réalise en deux étapes. Dans un premier temps, la personne doit indiquer si elle fait, ou voudrait faire, l'activité citée en choisissant « oui » ou « non ». Dans un second temps, si la personne a répondu à l'affirmative, elle doit indiquer le temps accordé à l'activité selon une échelle de cotation à 3 niveaux. La cotation va de 1 à 3, un score de 1 correspond à : « toujours plus ou toujours moins que je voudrais », un score de 2 correspond à : « parfois plus ou parfois moins que je voudrais » et un score de 3 correspond à : « autant ou près de ce que je voudrais ». Ainsi la personne estime le temps qu'elle passe à réaliser une activité et évalue son niveau de satisfaction en fonction du temps qu'elle y accorde. Au total, l'IEV regroupe 53 items correspondant chacun à une activité de la vie quotidienne. Les 53 activités sont classées par catégorie. Chaque catégorie représente un des besoins identifiés dans le domaine de l'équivalence, c'est-à-dire : (1) « Satisfaire besoins de base pour santé et sécurité », (2) « Avoir des relations satisfaisantes », (3) « Se sentir engagé, mis au défi et compétent », (4) « Donner un sens et une identité personnelle positive ». Le score total (score des items cochés « oui »/ # items cochés oui) correspond à l'ensemble des scores des items cochés divisés par le nombre d'item coché. Un score est calculé pour chaque catégorie afin d'interpréter le niveau d'équilibre exprimé par la personne pour chacun de ses besoins.

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

Tableau 1 : Echelle de cotation de l'IEV

Un meilleur équilibre de vie, généralement représenté par un score proche de 3, est significativement associé à un niveau inférieur de stress, à une meilleure santé physique et mentale et à une qualité de vie supérieure.

II.2.C. MBI : Maslach Burn-out Inventory

Le Maslach Burn-out Inventory (MBI) est un outil évaluant l'épuisement professionnel chez les personnes travaillant au service de la personne. Un manuel d'utilisation de cet outil a été développé et réédité (Maslach, Jackson et Leiter, 1996). Cette échelle a été validée et traduite en français par Dion et Tessier en 1994. C'est un questionnaire de 22 questions regroupant 3 dimensions. La première dimension est l'épuisement émotionnel. C'est le sentiment d'être vidé de ces ressources, une incapacité à accueillir des émotions nouvelles, qu'elles soient positives ou négatives, et l'absence d'une amélioration de l'état émotionnel de la personne après un temps de repos. La seconde dimension est la déshumanisation de la relation à l'autre, aussi appelé dépersonnalisation ou cynisme. Elle se manifeste par une baisse de considération, d'empathie ou un détachement dans la relation à l'autre. Cette déshumanisation peut se traduire par des attitudes cyniques voire même de la maltraitance. La troisième dimension est la perte de sens et de l'accomplissement de soi au travail. Elle se traduit par le sentiment de ne pas être efficace, de ne pas arriver à répondre aux attentes et la perte de sens dans le rôle de soignant. Cela peut entraîner une démotivation, un absentéisme ou un manque de rigueur à long terme. Cette troisième dimension fait l'objet de controverse, certains auteurs considèrent qu'il s'agit davantage d'un trait de personnalité ou d'un facteur indépendant. Ainsi, les deux premières dimensions sont présentes de manière prépondérante pour définir le degré de burn-out de l'individu évalué à travers de nombreuses études. Cependant, il semble pertinent de considérer la troisième dimension au même niveau que les autres pour les professionnels de santé car la perte de sens au travail est fréquemment évoquée par les soignants souffrant du SEP (Baumann, 2018). Par ailleurs, il n'y a pas de

score global pour l'échelle du MBI, un score est calculé pour chacune des dimensions. Un score élevé dans la dimension de l'épuisement émotionnel, ou de la dépersonnalisation, indique un niveau de burn-out élevé tandis qu'un score élevé dans la dimension d'accomplissement personnel indique un niveau de burn-out faible. L'échelle de cotation pour chaque item est en sept points : de « jamais », ce qui correspond à 0 point pour l'item, à « tous les jours », ce qui correspond à 6 points pour l'item. Le tableau ci-dessous indique pour chaque dimension, les items correspondants et le degré de burn-out en fonction du score.

Dimension	Item	Degré faible de burn-out	Degré modéré de burn-out	Degré élevé de burn-out
Epuisement émotionnel	1 ; 2 ; 3 ; 6 ; 8 ; 13 ; 14 ; 16 ; 20	Score < 17	18 < Score < 29	30 < Score
Dépersonnalisation	5 ; 10 ; 11 ; 15 ; 22	Score < 5	6 < Score < 11	12 < Score
Accomplissement personnel	4 ; 7 ; 9 ; 12 ; 17 ; 18 ; 19 ; 21	40 < Score	34 < Score < 39	Score < 33

Tableau 2 : Items et scores des domaines du MBI

Ces trois dimensions sont indépendantes, ainsi un score élevé dans une de ces dimensions n'aura pas d'incidence sur les autres.

II.2.D. Elaboration de l'entretien semi-directif

Dans un second temps, j'ai choisi l'entretien semi-directif comme outil de recherche qualitative. Je me suis appuyée sur le manuel de recherche en réadaptation (Tétreault & Guillez, 2015) pour trouver la méthode la plus adaptée aux recueils de données relatives à l'expérience vécue par les soignants de leur situation de travail et de leur équilibre de vie. L'entretien semi-directif permet d'orienter le discours de la personne interrogée tout en conservant une certaine marge de liberté d'expression. De plus, l'enquêteur a la possibilité de demander des précisions ou de réagir aux propos de l'interviewé pour approfondir un sujet si nécessaire. Il s'appuie sur un guide d'entretien avec des questions ouvertes écrites au préalable afin de récolter des informations sur les thèmes définis en amont de l'entretien. Cet entretien est un échange de vive voix avec la personne interrogée et sera enregistré à l'aide d'une application d'enregistrement sur téléphone portable.

Pour réaliser l'entretien semi-directif, j'ai d'abord créé une grille d'entretien (Annexe 7) afin d'élaborer une question ouverte pour chaque thématique clé. J'ai choisi de cibler trois thématiques : le niveau d'épuisement professionnel, le niveau d'équilibre de vie et la nature

de la relation de soin. Je me suis appuyé sur les éléments recensés dans le cadre théorique précédemment décrit pour définir les informations que je souhaite récolter. Les mots clefs sont les éléments pertinents que je cherche à retrouver lors de l'entretien dans le discours de la personne interrogée. Pour chaque mot clef, j'ai listé des synonymes ou des mots utilisés dans le langage courant et rédigé une question orientée sur cet élément. Rédiger des questions spécifiques à chaque mot clef me permettra de soutenir la discussion plus facilement si les informations récoltées grâce aux questions ouvertes ne sont pas suffisantes. Quant au déroulement de l'entretien, je prévois de consacrer un temps en amont de l'entretien pour :

- Rappeler le contexte du mémoire, le déroulement et le temps prévu pour l'entretien ;
- Informer la personne que l'entretien sera retranscrit de manière anonyme ;
- Expliquer que l'entretien sera enregistré vocalement afin de le retranscrire en verbatim ;
- Signer un formulaire de consentement pour enregistrer et exploiter les données recueillies lors de l'entretien ;
- Afin de limiter les biais de réponses, le thème et les objectifs de ma démarche de recherche ne seront révélés qu'à la fin de l'entretien ;
- Rappeler du contexte de confidentialité, des lieux et de l'absence de jugement sur ce qui sera évoqué au cours de l'entretien.

II.2.E. Description des méthodes de recueil et de traitement des données

Différentes méthodes ont été utilisées afin d'établir un contact avec les professionnels de santé répondant aux critères d'inclusion. Tous les professionnels de santé du domaine médical, paramédical et social, qui travaillent auprès de personnes atteintes d'un cancer pouvaient être inclus dans la phase expérimentale. Les questionnaires ont été adaptés sous deux formats différents afin de laisser un choix aux participants sur ce qu'ils leur convenaient le plus. Les deux questionnaires ont été retranscrits sous la forme de tableaux à choix multiples pour chaque item. Une fois les tableaux conçus, ils peuvent être diffusés par l'intermédiaire d'un lien internet : chaque lien est associé à un tableur Excel en ligne (Google Sheet). Plusieurs liens ont été générés pour que chacun d'entre eux soit transmis à un unique participant. Sinon, les questionnaires étaient transmis en Portable Document Format (PDF) aux participants qui retournaient les questionnaires remplis par scan. J'ai utilisé les réseaux sociaux, des pages dédiées aux soignants en oncologie et envoyé des messages par mail (Annexe 8) à plusieurs soignants travaillant à l'Institut Universitaire du Cancer de Toulouse (IUCT). J'ai obtenu plusieurs réponses favorables qui m'ont permises de partager les questionnaires auprès des soignants en oncologie. Un tableau a été réalisé pour regrouper

l'ensemble des données récoltées au cours de cette étude quantitative. Ainsi chacun des scores obtenus au MBI et à l'IEV ont été calculés et inscrits dans ce tableau afin d'obtenir des données chiffrées. Dans un second temps, j'ai renvoyé pour certains participants un message supplémentaire (Annexe 9) pour savoir s'il serait volontaire et intéressé pour participer à un entretien d'une durée de 15 minutes maximum. Les entretiens semi-directifs ont été retranscrits suite à leur enregistrement en verbatim, c'est-à-dire mot à mot. Quelques modifications ont été réalisées afin d'en faciliter la relecture :

- Les fautes de langage ou expressions trop familières ont été remplacées par un équivalent plus soutenu ou courant ayant le même sens.
- Les négations ont été restaurés en totalité : « C'est pas » devenant « Ce n'est pas » par exemple.
- Le cumul de deux négations entraîne leur suppression : « Je ne peux pas être insatisfait de ... » devenant « Je peux être satisfait de ... ».
- Les hésitations et silences ont été conservés et sont exprimés par des points de suspension ou « Eh bien ».

Les objectifs de cet entretien sont de comprendre et expliquer quels peuvent être les facteurs d'épuisement professionnel chez les soignants en oncologie et leur incidence dans la vie quotidienne. Les questions posées lors de l'entretien sont centrées sur les expériences, les comportements et l'opinion de la personne interrogée.

II.2.F. Description des résultats

Au total, 18 soignants ont complété les questionnaires. La moyenne d'âge des participants est de 31 ans. 83,3% des participants sont des femmes et 16,7% des hommes. Les infirmières diplômées d'état (IDE) représentent un tiers des participants. Les aides-soignants et les médecins représentent 22,2% des participants chacun. D'autres professions sont également représentées : le métier d'ergothérapeute à 5,5%, celui de neuropsychologue à 5,5%, d'assistante sociale à 5,5% et d'assistante médicale à 5,5%. L'ensemble de ces professionnels de santé, qu'ils appartiennent au domaine médical, paramédical ou social, exercent au sein de l'Institut Universitaire du Cancer de Toulouse (IUCT). La durée moyenne d'ancienneté dans cet établissement est de 4 ans et demi. Le taux de participants de sexe féminin est de 83,3% tandis que celui de participants de sexe masculin est de 17,7%. L'ensemble de ces informations sont regroupés dans un tableau en annexe (Annexe 10).

Voici le tableau récapitulatif de l'ensemble des résultats obtenus lors de la passation de l'IEV :

	Besoins de base de santé et de sécurité	Avoir des relations satisfaisantes	Se sentir engagé, mis au défi et compétent	Donner un sens et une identité personnelle positive
Moyenne des scores	2,1	2,02	2,02	2,04
Taux de personnes ayant un déséquilibre important	5,5 %	11,1 %	5,5 %	5,5 %
Taux de personnes ayant un déséquilibre modéré	33,3 %	33,3 %	33,3 %	11,1 %
Taux de personnes ayant un équilibre modéré	44,5 %	27,8 %	50 %	61,1 %
Taux de personnes ayant un équilibre important	16,7 %	27,8 %	11,1 %	22,2 %

Tableau 3 : Synthèse des scores à l'IEV des participants à l'étude

Les résultats obtenus de l'IEV permettent de mettre en évidence les composantes qui sont sources de déséquilibre ou d'équilibre auprès de cette population. Les soignants interrogés sont en grande majorité satisfaits du sens donné à leur vie. Plus de la moitié d'entre eux se sentent engagés, mis au défi et compétents dans les activités qu'ils investissent et répondent de manière satisfaisante à leurs besoins physiologiques de base. Pourtant, un tiers des soignants perçoit le temps consacré à avoir des relations sociales comme non satisfaisant. De même, les besoins de base et de sentiment d'engagement et compétence sont sources de déséquilibres pour un tiers des participants. Cette échelle de cotation subjective permet d'évaluer l'équilibre de vie d'une personne. L'écart entre temps souhaité et temps réellement consacré à une activité induit un déséquilibre de vie subjectif pour l'individu. Nous pouvons également constater que plus le nombre d'activités réalisées et voulues par un individu est restreint, plus l'équilibre de vie de la personne est élevé. A l'inverse, il apparaît que les personnes ayant un déséquilibre de vie modéré ou élevé réalisent ou souhaitent réaliser un

grand panel d'activités différentes. Les activités pouvant être associés à l'exercice de l'activité professionnelle se retrouve dans l'ensemble des catégories établies par l'IEV. En effet, le travail est un système complexe et interactif : il comprend à la fois les relations avec autrui sur le lieu d'exercice, il favorise ou défavorise le sentiment de compétence, d'engagement et de défi, il permet de répondre aux besoins de base de l'individu et induit une représentation positive ou négative de lui-même.

Un tableau récapitulatif des résultats obtenus avec le MBI a également été réalisé :

	Dépersonnalisation	Épuisement émotionnel	Accomplissement personnel
Moyenne des scores	7,19	19,25	40,39
Taux de personnes avec degré faible de burn-out	33,3 %	55,5 %	50 %
Taux de personnes avec degré modéré de burn-out	50 %	33,3%	38,9 %
Taux de personnes avec degré élevé de burn-out	16,7%	11,1 %	11,1 %

Tableau 4 : Synthèse des scores au MBI des participants à l'étude

Ces résultats permettent de déduire plusieurs faits de par la moyenne obtenue dans les trois domaines qui composent le MBI. Tout d'abord, les soignants en oncologie sont fortement exposés à des risques d'épuisement émotionnel au travail et peuvent être amenés à considérer moins autrui. Cependant, la moyenne obtenue des scores d'AP de l'ensemble des personnes interrogées montre leur investissement et le sens positif perçu au travail. Un tableau supplémentaire a été réalisé (Annexe 11) regroupant l'ensemble des variables calculées telles que la moyenne, la médiane et la variance pour chacun des domaines évalués à travers le MBI et l'IEV. Les valeurs des moyennes et médianes obtenues pour chaque score sont très proches, avec un écart maximal de 3 pour les catégories suivantes : âge et score d'épuisement émotionnel. Les valeurs de variance obtenues sont toutes inférieures à 100 ce qui signifie que l'écart entre l'ensemble des scores obtenus pour chaque domaine sont assez faibles de manière générale. Les valeurs des scores pour les domaines de l'IEV étant compris entre 1 et 3, les valeurs des variances obtenues sont toutes proches de zéro.

Deux soignants ont accepté de réaliser un entretien-semi directif. Le premier est un professionnel de santé du corps paramédical (Soignant 1) et le second du corps médical

(Soignant 2). Les entretiens ont été retranscrits sous forme de verbatim (Annexe 12 ; Annexe 13). Tout d'abord, les deux participants décrivent les conditions de travail dans lesquels ils exercent au sein de l'Oncolole de Toulouse. La quantité de travail est conséquente quotidiennement, l'un d'entre eux travaille 12 heures par jour. Les deux soignants se sentent à la fois utiles et valorisés mais également épuisés par leur travail : « L'émotion positive ça va être le fait de rentrer chez soi le soir et de savoir que tu as servi à quelque chose, tu as le feedback directement. L'émotion négative ça va être surtout sur du palliatif, de la fin de vie, où là c'est assez difficile à gérer. [...] Donc quand tu rentres chez toi le soir, t'es un peu épuisée, émotionnellement. » ; (Soignant 1) et « A la fois bien, et à la fois parfois fatigué et anxieux sur comment est-ce que je vais faire pour tenir » (Soignant 2). Au cours de l'entretien, le médecin décrit les difficultés auxquelles il est confronté sources de frustration pour lui. La principale difficulté énumérée est la non résolution de problèmes à cause des démarches administratives complexes qui sont liés à la prise en charge du handicap : « tu te rends compte qu'en fait malgré toute ta bonne volonté il va y avoir sept ou huit mois d'un dossier MDPH avant que quelque chose puisse être mis en place. » (Soignant 2). De plus, l'investissement personnel perçu par le médecin est important et il exprime des difficultés pour lâcher prise dans certaines situations : « je laisse très rarement les choses en suspens » (Soignant 2). Les principales difficultés exprimées par le professionnel de santé paramédical sont centrées sur la gestion des émotions et la réalisation d'objectifs pertinents dans la prise en charge de personnes atteintes d'un cancer. En effet, il partage ses réflexions personnelles et ses questionnements en lien avec l'influence du pronostic vital sur l'accompagnement qu'il pourrait proposer : « il faut jauger entre trop en faire parce que c'est « travailler dans le vent », ça n'apportera rien à la personne et ça va la mettre en difficulté, ou pas assez en faire, mais dans ce cas-là, c'est délicat parce que ça veut dire que l'espérance influence ce que tu vas apporter à la personne. » (Soignant 2). Ses stratégies pour faciliter la gestion des émotions reposent principalement sur la préparation en amont des entretiens avec la personne et s'il se sent malgré tout en difficulté, il a la possibilité d'en discuter avec ses collègues : « Le fait que le milieu soit difficile fait qu'il y a une sacrée solidarité, qu'il n'y a pas de jugements et tout le monde est bienveillant. » (Soignant 1). Une des questions posées lors de l'entretien était centrée sur l'identification du sens des actions réalisés par le soignant au travail : pour le médecin, il comprend le sens qu'ont ses actions au travail. Pour le professionnel de santé paramédical, il lui arrive fréquemment de s'interroger sur le sens de ses actions et suscite des questionnements sous-jacents : « Je dirais que depuis que j'ai commencé à travailler en oncologie j'ai changé personnellement, sur la vision de la vie, le pourquoi des choses, pourquoi, eh bien c'est important de faire du sport, pourquoi c'est important de se bouger, de

faire les choses, de pas attendre. Pourquoi, y a toujours la question de la justice, pourquoi certains ont le cancer et pas d'autres. » (Soignant 2). J'ai demandé à ces deux professionnels s'il pensait que leur travail les avait endurcis ou risquait de les endurcir. Ils ont tous les deux répondu à l'affirmative : « Oui. Tu t'endurcies par la force des choses parce que eh bien je m'étais imposé que le soir en rentrant chez moi, il fallait que j'aie coupé, que je ne pense plus aux patients et donc, il faut que je me protège tout au long de la journée. » (Soignant 1) et « Je pense que mon travail m'a endurci, je pense que c'est important. Pourquoi est-ce que ça m'a endurci c'est ça la suite de la question ? Car forcément quand tu vois des gens qui ont ton âge qui meurent ou qui sont handicapés forcément ça t'endurcit. [...] Donc si tu ne te débrouilles pas et que tu t'endurcies pas ce n'est pas que toi que tu embêtes : ce sont tous les gens qui comptent sur toi. » (Soignant 2). Le concept de proximité à la mort est présent dans le discours des deux soignants interrogés pour l'accompagnement en oncologie.

Quant à l'équilibre de vie perçu, le médecin décrit son équilibre comme « complètement foireux » (Soignant 2) et n'est pas satisfait du temps consacré à certaines de ces activités quotidiennes : « Il y a pleins d'activités que je souhaiterais faire plus souvent que ce que je fais actuellement. » (Soignant 2). Au niveau de ses interactions sociales, il se décrit comme « presque entièrement » satisfait par celles-ci et souligne par un exemple que « les activités plus complexes que les activités routinières de loisir, c'est difficile à mettre en place et que ce n'est pas très satisfaisant. » (Soignant 2). De plus, les activités sources de stimulation et de satisfaction sont le sport, être au travail et manger. Quand je l'interroge sur sa situation financière, il est à moitié satisfait car elle lui permet « d'avoir un toit au-dessus de la tête, 3 repas chauds par jour, de quoi payer un resto et quelques bières, et de partir en vacances de temps en temps » (Soignant 2), mais aussi à moitié insatisfait car d'après ces 12 derniers mois de salaire il « gagne entre 8 et 9 euros de l'heure. » (Soignant 2). Le professionnel de santé paramédical se décrit actuellement comme en train d'essayer « de trouver un équilibre entre mon sport, ma vie sociale et ma vie professionnelle » (Soignant 1) en tant que jeune travailleur. De plus, il se décrit comme satisfait du temps consacré aux activités qui lui sont importantes : le sport, « Voir mes amis, aller faire des sorties culturelles, le ciné, le théâtre, aller voir des concerts, [...] passer du temps avec ma famille » (Soignant 1), ainsi que de sa situation financière. Enfin, j'ai demandé aux deux participants de se décrire en quelques mots pour obtenir l'appréciation qu'ils ont d'eux même. Le professionnel de santé paramédical a répondu : « Dynamique, entière, tenace, eh bien fluctuante. » (Soignant 1) et le professionnel de santé médical : « proactif, bienveillant, sanguin, honnête, et excessif. » (Soignant 2).

Cette seconde phase de recueil de données a permis de récolter des données qualitatives sur la nature des composantes de l'épuisement professionnel des soignants au travail mais

également les composantes occupationnelles perçues comme ayant du sens et de l'importance pour eux.

II.2.G. Analyse des résultats

Les résultats obtenus par le MBI sont divisés en trois catégories interdépendantes. J'ai choisi d'établir un système de cotation afin de faciliter l'analyse des résultats et vérifier le lien en croisant le taux d'épuisement professionnel avec le taux d'équilibre de vie pour chaque participant. J'ai d'abord calculé de manière globale un pourcentage de niveau d'épuisement professionnel pour chaque participant. Selon Maslach, un score élevé aux échelles de dépersonnalisation (DP) et d'épuisement émotionnel (EE) et un score faible dans le domaine de l'accomplissement personnel (AP) est le signe d'un épuisement professionnel, ou burn-out. Les scores d'accomplissement personnel ont été revus pour qu'un score élevé corresponde à un degré de burn-out élevé, c'est-à-dire qu'un score initial de 46 sur 48 devient un score de 2 sur 48. Le degré faible de burn-out est compris entre 0 et 8, le degré modéré entre 9 et 14 et le degré élevé entre 15 et 48. En me référant aux résultats obtenus pour chacun des participants, j'ai calculé pour chaque domaine un pourcentage d'épuisement professionnel. L'ensemble de ces trois pourcentages divisés par 3 permet d'obtenir grossièrement le niveau global du degré d'épuisement professionnel de l'individu en pourcentage. Plus le pourcentage est élevé ; plus la personne représente un niveau d'épuisement professionnel important :

- Un taux de 0 à 20 % correspond à un faible degré de burn-out ;
- Un taux compris entre 20 et 40% correspond à un degré modéré de burn-out ;
- Un taux compris entre 40 et 60% correspond à un degré élevé de burn-out ;

Les scores obtenus par chacun des participants ont été revus en tenant compte des critères ci-dessus. Ainsi, on obtient le tableau suivant :

	Faible degré de burn-out	Degré modéré de burn-out	Degré élevé de burn-out
Nombre de participants	4	13	1
Taux en pourcentage	22%	72%	6%

Tableau 5 : Distribution du niveau de burn-out constaté chez les participants à l'étude

Ainsi, il est possible de croiser les résultats obtenus sur le niveau d'épuisement professionnel de l'individu et les résultats décrivant son niveau d'équilibre de vie global pour obtenir le tableau ci-dessous :

	Niveau d'équilibre de vie dans l'ensemble des domaines			
	Très déséquilibré	Déséquilibré	Moyennement équilibré	Très équilibré
Faible degré de burn-out (n=4)			75 %	25 %
Degré modéré de burn-out (n=13)	7 %	39 %	54 %	
Degré élevé de burn-out (n=1)		100 %		

Tableau 6 : Corrélation entre burn-out et équilibre de vie dans l'étude

L'ensemble des participants ayant un faible degré de burn-out ont tous un niveau d'équilibre de vie équilibré voire très équilibré. Le niveau d'équilibre de vie des participants ayant un degré modéré de burn-out est équilibré pour 54% d'entre eux et déséquilibré pour les 46% restants. Enfin, la personne ayant un degré élevé de burn-out a obtenu un score correspondant à un déséquilibre selon l'Inventaire de l'Equilibre de Vie. Il est donc possible de relever un lien négatif entre le niveau d'épuisement professionnel et le niveau d'équilibre de vie chez les soignants en oncologie interrogés : plus le niveau d'épuisement professionnel est faible, plus le niveau d'équilibre de vie de l'individu est important. Cela souligne l'importance de proposer des conditions favorables à l'épanouissement du travailleur dans son milieu professionnel afin d'influencer positivement son équilibre de vie, source de santé et de bien-être. L'équilibre professionnel semble avoir une influence sur l'équilibre de vie car il peut en être considéré comme une partie propre. Cet équilibre professionnel doit être cohérent, c'est-à-dire que l'offre et la demande identitaire soient harmonieuses. Le travailleur doit également avoir une sensation de contrôle au travail, que ce soit à travers de ses horaires ou de sa participation au sein de la structure.

Le second objectif de cette étude expérimentale est d'identifier les facteurs d'épuisement au travail et les incidences dans la vie quotidienne à travers deux entretiens semi-directifs. Différents facteurs de risques d'épuisement professionnels énumérés dans le cadre théorique peuvent être retrouvés dans le discours des deux soignants interviewés. Ce sont les facteurs de risques liés à la discipline, au management, à la quantité de travail, aux conditions de travail et à la personnalité (Pronost, Le Gouge, Leboul et al. 2008). Tout

d'abord, la quantité de travail est jaugée comme conséquente par les deux soignants : « il y a beaucoup de travail, beaucoup de patients à voir et c'est un peu un cercle qui ne s'arrête jamais c'est-à-dire que quand tu as fini ta journée tu sais que la prochaine sera aussi chargée et celle d'après aussi. » (Soignant 1), et « J'arrive le matin au travail il est sept heures et demi et quand je repars il n'est jamais moins de vingt heures trente. [...] je m'investis beaucoup au travail, en termes de temps et d'intensité » Soignant 2, ce qui constitue un facteur de risque d'épuisement et de déséquilibre dans l'équilibre de vie de la personne. De plus, une des difficultés évoquées est relative à la complexité des démarches administratives : « il y a des freins dans le système, [...], notamment dans le système de prise en charge du handicap. [...] il va y avoir sept ou huit mois d'un dossier MDPH avant que quelque chose puisse être mis en place [...]. Donc non, ça ne m'amène pas à remettre en question le sens de ce que je fais, ça m'amène à remettre en question la lourdeur administrative du système et le sens de cette lourdeur administrative. » (Soignant 2). Elle est identifiée comme une entrave dans la mise en place de moyens nécessaires à l'accompagnement des patients et donc, un facteur de stress et de frustration pour le soignant. Cet exemple illustre l'importance de l'organisation des soins, et pourquoi il peut représenter un facteur de risque d'épuisement professionnel chez le soignant.

Le métier de soignant est considéré comme un métier où la charge émotionnelle (INSERM, 2011) est élevée car la relation de soin avec le patient est une relation complexe où des émotions positives et négatives intenses sont fréquemment mises en jeu. Le professionnel de santé paramédical les décrit tels quelles : « Des émotions très contradictoires mais au final, qui sont toutes dans les extrêmes, c'est-à-dire soit extrêmement positive [...] soit extrêmement négative » (Soignant 1). Face aux événements auxquels ils ont été confrontés, les soignants se sont endurcis émotionnellement afin de se protéger soi-même ou autrui : « Oui. Tu t'endurcies par la force des choses parce que [...] je m'étais imposé que le soir en rentrant chez moi, il fallait que j'aie coupé, que je ne pense plus aux patients et donc, il faut que je me protège tout au long de la journée. » (Soignant 1), et « Alors oui je pense que c'est le cas. Je pense que mon travail m'a endurci, je pense que c'est important. [...] si tu ne te débrouilles pas et que tu t'endurcies pas ce n'est pas que toi que tu embêtes : ce sont tous les gens qui comptent sur toi. » (Soignant 2). L'endurcissement émotionnel peut être vu comme un mécanisme de défense pour se protéger soi, ou les autres. D'autres mécanismes de défense tels que le développement d'attitudes détachées, négatives ou cyniques peuvent conduire à une déshumanisation dans la relation à l'autre et sont des manifestations d'un des domaines du burn-out : la dépersonnalisation.

La proximité à la mort est inhérente au suivi en oncologie, notamment en soins palliatifs et représente un facteur de risque supplémentaire chez les soignants « tu vois des gens qui ont ton âge qui meurent » (Soignant 2). Un des soignants interviewés parle d'eux comme de « « morts vivants », c'est à dire avec des personnes qui ne sont ni vraiment dans la vie ni vraiment dans la mort, elles sont dans l'entre deux. » (Soignant 1). Cette caractéristique spécifique du suivi en oncologie est recensée comme un facteur de risque déterminant auprès des soignants (Machavoine, 2015). En effet, les soignants en oncologie voient leur idéal de soin mis à mal car la mort y est omniprésente, et il est difficile de déterminer si l'état de santé d'une personne peut s'améliorer jusqu'à la guérison. Malgré les difficultés rencontrées, ces deux soignants sont satisfaits et se sentent utiles et valorisés par leur travail. Néanmoins, ils sont conscients et expriment leurs difficultés pour trouver un équilibre entre travail et vie personnelle, « j'ai encore un peu de mal comme je suis jeune travailleuse [...] mais j'essaye de trouver un équilibre entre mon sport, ma vie sociale et ma vie professionnelle. » (Soignant 1), ou pour lâcher prise, « je laisse très rarement les choses en suspens, tu sais ce concept de lâcher prise [...]. Ce sont des choses que je n'arrive pas trop bien à mettre en place. » (Soignant 2).

La seconde partie de l'entretien était centrée sur la perception que les soignants avaient de leur équilibre de vie. Il existe une discordance entre le discours de la personne concernant sa perception globale et son score global à l'IEV. La perception, qu'elle soit positive ou négative, des différents domaines de l'occupation d'une personne par lui-même se suffit et ne fait pas l'objet d'analyse. Cependant, il reste possible d'interpréter certains phénomènes à travers le discours des personnes interviewés. Par exemple, chez le professionnel de santé paramédical on peut remarquer qu'une stratégie de coping a pu être mise en place. En effet, le sport est une activité importante pour lui d'autant plus depuis le début de son mi-temps : « depuis que j'ai commencé à travailler en oncologie j'ai changé personnellement, sur la vision de la vie, le pourquoi des choses, pourquoi, eh bien c'est important de faire du sport, pourquoi c'est important de se bouger » (Soignant 1). Le sport est également la première activité significative citée, avec la vie sociale et professionnelle comme composante de son équilibre de vie.

Cette étude qualitative a permis de mettre en évidence certains facteurs de risque d'épuisement professionnel auprès de deux soignants en oncologie et d'obtenir les perceptions de leur propre équilibre occupationnel.

II.2.H. Synthèse de l'étude

L'objectif de cette étude expérimentale était de mettre en évidence un lien entre épuisement professionnel et équilibre occupationnel chez les soignants en oncologie. Le MBI a été utilisé pour évaluer le niveau d'épuisement et l'IEV pour le niveau d'équilibre de vie. En complément, deux entretiens ont été réalisés afin de vérifier cette corrélation et identifier des facteurs d'épuisement au travail et de déséquilibre auprès de deux soignants. L'analyse des résultats a permis de vérifier l'existence d'une corrélation négative entre épuisement professionnel et équilibre de vie chez les soignants interrogés. Par ailleurs, plusieurs facteurs de risque d'épuisement ont été identifiés dans le discours des soignants et peuvent faire l'objet de pistes de réflexion pour agir et prévenir l'apparition du burn-out. Ces risques sont liés à la quantité de travail, ou encore à la discipline qui induit une proximité avec la mort sous-jacente et à l'origine d'un endurcissement émotionnel chez les soignants interrogés. Malgré l'expression de sentiments très intenses, ils se sentent globalement satisfaits et valorisés dans leur travail. L'équilibre de vie perçu par les soignants est très subjectif mais permet de souligner l'impact perçu de l'exercice professionnel au travers de plusieurs dimensions occupationnelles. Il semble y avoir un écart entre la satisfaction découlant des occupations souhaitées de celles réalisées ou entre le temps accordé et celui désiré pour réaliser les occupations. Il n'existe pas d'indication pour mesurer le déséquilibre de vie ou la quantité appropriée d'occupations définissant un équilibre de vie « standard ». Le partage de l'expérience de vie professionnelle et personnelle des soignants illustre le défi occupationnel que représente l'utilisation du temps (Pierce, 2016) et la gestion des occupations quotidiennes pour favoriser l'épanouissement d'un individu au cours de sa vie.

II.2.I. Limites de l'étude

Plusieurs difficultés ont été rencontrées lors de la phase de récolte de données et lors de l'analyse. Tout d'abord, entrer en relation directe avec les instituts spécialisés dans l'accompagnement en oncologie s'avère complexe. Les questionnaires et entretiens ont été réalisés durant la période de mars et avril 2020, ce qui limite davantage le nombre de participants étant donné les conditions particulières appliquées au sein du pays. Il serait pertinent de réaliser cette étude sur une cohorte plus importante afin de vérifier le lien entre épuisement professionnel et équilibre de vie.

La durée entre la passation des questionnaires et la réalisation des entretiens était d'environ 2 semaines. Il est donc possible que la personne ait une perception différente de son équilibre tant professionnel que personnel à deux moments distincts. De plus, le fait de

réaliser les questionnaires en amont de l'entretien peut avoir une incidence sur le discours de la personne lors de l'interview.

Une fois les résultats du MBI obtenus pour chacun des participants, un niveau d'épuisement professionnel a été calculé en pourcentage afin de définir le degré de burn-out correspondant. Ce pourcentage global est le résultat de pourcentages calculés pour chaque domaine : épuisement émotionnel, dépersonnalisation et accomplissement personnel à part égale.

Cependant, le fait que les différentes catégories de degré ne soient pas définies sur une même échelle de cotation pour chacun de ces domaines induit des imprécisions de mesure dans le calcul du pourcentage global. Peu d'études s'accordent à déterminer le ratio d'importance de chacun des domaines du MBI, nous avons réalisés le calcul en se basant sur le fait que chaque domaine évalué avait une importance égale aux autres. Il était difficile de calculer de manière précise le pourcentage exact du niveau d'épuisement professionnel global à l'aide des scores obtenus au travers des trois domaines du MBI. Cette imprécision induit donc une marge d'erreur dans l'interprétation des variables et la vérification de l'existence d'un lien entre elles.

L'hypothèse de cette phase exploratoire a néanmoins été validée, un lien a pu être vérifié à travers les données obtenues entre le niveau d'épuisement professionnel et le niveau d'équilibre de vie. Cependant, le hasard ne doit pas être exclu dans l'interprétation de ces variables d'autant plus que le nombre de participants est restreint. Il serait préférable de réaliser des tests statistiques et mathématiques plus approfondis, en définissant un taux préalable, pour interpréter les résultats et vérifier l'existence d'un lien.

L'inventaire de l'équilibre de vie a été traduit et validé l'étude réalisée par Larivière et Levasseur en 2016. La version originale est originaire du Québec, là où le mode de vie et la culture diffèrent de ceux établis en France. Par exemple « Faire du mentorat » est classé dans la catégorie « Avoir des relations satisfaisantes » alors que nous l'associerions davantage à la catégorie « Se sentir, mis au défi et compétent ». Ainsi, il est possible de s'interroger sur le choix de classifications de certaines activités dans leur catégorie. La perception et le sens donné à une activité est propre à chacun. De plus, l'exercice d'une activité professionnelle, et ce qui la compose, est représenté par plusieurs items dans l'IEV et regroupe les 4 domaines de l'équilibre de vie. Il est donc difficile de déterminer à quels besoins le travail peut répondre et en quelles proportions.

La réalisation d'une phase pré-test aux entretiens semi-directif aurait permis de déterminer clairement la manière dont les questions peuvent être interprétées par des personnes extérieures et quel était le type de réponses attendues. Ainsi, cette phase

supplémentaire pour préparer l'entretien aurait facilité l'élaboration des questions et le traitement des réponses.

Enfin, lors du recueil de données qualitatives, des questions supplémentaires auraient permis d'approfondir certaines notions. En effet, peu d'informations ont été récoltées quant aux stratégies mises en place pour faire face à des situations complexes. Par exemple, lorsque les participants partageaient leurs expériences professionnelles, il aurait été intéressant de les interroger sur les changements qu'ont pu induire la rencontre de situations problématiques : mise en place de moyens organisationnels, stratégies personnelles, émotions ressenties, etc. Cela aurait pu permettre l'identification de nouveaux facteurs de risque ou d'axes de prévention de l'épuisement au travail. Enfin, la grille d'élaboration des entretiens ne peut être utilisée comme outil de description et d'analyse des résultats : les données obtenues pour chaque domaine questionné ont permis de faire ressortir des éléments significatifs sous-jacents.

II.2.J. Perspectives dans l'approche en ergothérapie

Cette étude expérimentale met en évidence la complexité des interactions liées à la sphère personnelle et la sphère professionnelle. Il existe de nombreuses composantes dans l'exercice d'une activité professionnelle. La perception de cette activité est elle-même source de satisfaction ou d'insatisfaction, d'équilibre ou de déséquilibre pour un individu, et induit un retentissement dans d'autres sphères de sa vie.

L'approche systémique est une méthodologie qui permet d'appréhender la complexité d'un système en tant d'un ensemble organisé d'éléments en interaction. Ce modèle est décrit par Marie-Chantal Morel et Jean-Michel Caire comme un outil d'étude du fonctionnement d'un système et de ses interactions avec la famille pour exemple (Morel, 2009). L'objectif de cette approche est de mieux comprendre les interactions au sein d'un système et elle peut également être utilisée pour comprendre l'origine d'un dysfonctionnement dans ce système. Dans le cas où le travail est le système complexe étudié, l'épuisement professionnel peut être identifié comme un dysfonctionnement. Plusieurs sous-systèmes peuvent être identifiés au sein du système complexe qu'est le travail de soignant. Tout d'abord, l'individu, sa personnalité, son expérience, son histoire de vie, ses rôles, est un acteur du système, en interaction et en interdépendance. De même, l'environnement est un sous-système essentiel qui interagit et ne peut être dissocié des autres. Il comprend à la fois l'environnement humain et matériel et renvoie à l'organisation du travail, les relations avec ses pairs, le lieu d'exercice, les ressources matérielles et humaines. Enfin, le travail de soignant est lui-même complexe

car les tâches sont propres à chaque corps de métier et les difficultés rencontrées peuvent différer. Les conditions et la charge de travail interagissent avec d'autres sous-systèmes : elles peuvent influencer le bien-être de l'individu et l'environnement de travail. Ainsi, il est intéressant de percevoir l'activité professionnelle comme un système complexe où l'épuisement professionnel est identifié comme un dysfonctionnement au sein de ce système. L'intérêt du modèle systémique pour l'étude du fonctionnement du travail pourrait permettre d'identifier des moyens pour faciliter le bien-être de l'individu au travail. Cette approche vise à prévenir les risques d'épuisement professionnel du soignant et à améliorer leur autonomie et leur bien-être.

Ainsi, une vision globale et holistique de la situation de travail est nécessaire afin d'établir un ensemble de recommandations, de bonnes pratiques pour réduire le niveau d'épuisement professionnel chez les soignants en oncologie et prévenir le phénomène de burn-out.

III Recommandations

III.1. Contexte de prévention

Le syndrome d'épuisement professionnel n'est actuellement pas considéré comme une maladie dans les classifications de référence telles que la CIM-10 et le DSM-5. Le burn-out et son développement sont définis dans le contexte spécifique d'activité professionnelle et reposent sur les mêmes théories que celles du stress au travail (Lindblom et coll.,2006). La prévention du SEPS est alors associée à la prévention des risques psychosociaux au travail. L'institut national de recherche et de sécurité (INRS) définit les risques psychosociaux comme : « situations de travail où sont présents, combinés ou non :

- Stress : déséquilibre entre la perception qu'une personne a des contraintes de son environnement de travail et la perception qu'elle a de ses propres ressources pour y faire face ;
- Violences internes commises au sein de l'entreprise par des salariés : harcèlement moral ou sexuel, conflits exacerbés entre des personnes ou entre des équipes ;
- Violences externes commises sur des salariés par des personnes externes à l'entreprise (insultes, menaces, agressions...). »

L'INRS est le principal organisme acteur du dispositif de prévention en France. Son objectif est le développement et la promotion d'une culture de prévention des maladies professionnelles et accident du travail. Même si les professionnels de santé sont fortement exposés à des risques liés à l'activité physique sur le lieu de travail, les situations source de stress, de violence et de fatigue représentent le deuxième risque le plus prépondérant chez les soignants (HAS, 2017). La prévention des facteurs de risques psychosociaux, dont le burn-out, s'inscrit dans une démarche de politique de santé publique. En 2011, un collège d'expertise est publié suite à la demande du Ministre du travail et des affaires sociales pour évaluer les moyens et les mesures mises en place pour évaluer les facteurs de risques psychosociaux au travail. Les soignants apparaissent comme particulièrement exposés et vulnérables. L'épuisement professionnel des soignants peut influencer la qualité et l'organisation des soins, et donc avoir des répercussions humaines.

Ainsi, en parallèle des mesures de prévention du burn-out, les actions visant à améliorer la qualité de vie au travail se poursuivent. L'Agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail (Anact) et l'HAS œuvrent ensemble pour promouvoir la santé au travail,

le repérage et la prévention des risques professionnels dans le cadre de l'organisation du travail et proposer des repères aux acteurs impliqués dans cette démarche. Selon l'OMS, il est possible de distinguer trois types de prévention :

- Primaire : elle correspond l'ensemble des actes visant à diminuer l'incidence d'une maladie au sein d'une population et donc à réduire les risques d'apparitions de cas nouveaux ;
- Secondaire : elle correspond à l'ensemble des actes visant à diminuer la prévalence d'une maladie au sein d'une population et regroupe les actes destinés à empêcher l'évolution de la maladie et supprimer les facteurs de risque ;
- Tertiaire : elle correspond à l'ensemble des actes visant à réduire les complications, invalidités ou rechutes consécutives liés à la maladie tant sur l'aspect physique, social et psychologique.

Il apparaît essentiel de mettre en place des mesures préventives de première intention, de repérer précocement les personnes en situation de burn-out, d'assurer leur prise en charge et de favoriser leur réinsertion socio-professionnelle. La démarche de prévention des risques liés à l'activité professionnelle (PRAP) est régie par neuf grands principes généraux (L.4121-2 du Code du travail) et cinq leviers qui permettent d'organiser cette démarche.

III.2. Guide de recommandations et bonnes pratiques

En 2015, un guide d'aide à la prévention du burn-out a été élaboré par la Direction générale du travail (DGT) en collaboration avec l'INRS, l'Anact et des enseignants-chercheurs et experts de terrain. Pour prévenir le burn-out, il est nécessaire d'agir sur les facteurs de risque psychosociaux au travail et mettre en place des mesures collectives et individuelles pour prévenir l'apparition de la maladie. Pour agir face au burn-out, un dépistage et une prise en charge spécifique et individuelle sont préconisées.

III.2.A. Agir sur les facteurs de risques

La recherche des facteurs de risque s'appuie sur l'analyse de la situation de travail. Il s'agit d'une démarche d'analyse et de repérage réalisée en collaboration avec le médecin du travail et une équipe pluridisciplinaire pouvant être composée d'ergonome, psychologue du travail, etc. Cette analyse peut s'appuyer sur les différentes catégories de facteurs de risque identifiés dans le cadre théorique. Les conditions de travail, c'est-à-dire l'organisation du travail, peuvent être source de risques en cas de manque d'autonomie, d'objectifs irréalistes, de faibles marges de manœuvre, insécurité de l'emploi, etc. Une forte quantité de travail, de

surcharge constitue un facteur de risque. De même, le port d'une charge émotionnelle importante où les personnes sont fortement confrontées à la mort, la maladie, la souffrance compose les risques liés à la discipline exercée chez le soignant. Les relations au travail et les conflits de valeurs sont également perçus comme des sources potentielles de risques psychosociaux. D'autres facteurs ont été identifiés par l'HAS en 2017 pour souligner la vulnérabilité des professionnels de santé, ils sont liés à la nature même de leur discipline mais également à une demande de performance, des dispositifs de soin complexes et évolutifs, des valeurs d'engagement et d'abnégation, etc. En s'appuyant sur ces facteurs de risque, des pistes d'actions et de moyens à mettre en place pour prévenir le risque d'apparition de burn-out ont été établis. Tout d'abord, l'information et la formation des soignants sur les principes généraux de prévention au travail sont fondamentales d'autant que l'employeur est un acteur responsable de la sécurité au travail. Il participe à l'élaboration de conditions favorables permettant de garantir la santé physique et mentale au travail. Il est donc important de sensibiliser les soignants afin qu'ils puissent repérer les situations à risque d'eux-mêmes et de lever les potentiels tabous autour du burn-out. Pour réduire l'exposition aux risques, il est nécessaire d'éviter les situations de surcharge de travail en assurant les temps de repos prévus, organiser les temps de présence et planifier les missions de chacun, d'adapter les horaires en cas de besoin. Favoriser le soutien social au travail permet de souligner l'importance de la valorisation des échanges avec ces pairs. Il s'agit de faciliter les relations interpersonnelles entre collègues, d'éviter les postes de travail isolés, favoriser la communication directe entre employés et responsables hiérarchiques, proposer des temps de pauses collectives et conviviales. Enfin, développer le sentiment de reconnaissance au travail et favoriser l'implication au sein du service sont des pistes favorisant l'amélioration de la qualité de vie des soignants au travail. Il est important de les laisser disposer d'une certaine marge de manœuvre, qu'ils puissent participer lors des prises de décision et se positionner en tant qu'acteur au sein d'une équipe. Les échanges réciproques et équitables entre ressources et contraintes au travail sont également nécessaires sinon ils représentent un risque accru de déséquilibre professionnel perçu pour le travailleur. Pour résumer, prévenir le risque d'épuisement professionnel chez les soignants, il faut favoriser les temps d'échanges, de communication et de partage afin d'assurer un soutien psychologique. Il est important de réguler la charge et les conditions de travail en assurant une organisation planifiée et simplifiée des démarches de soins afin que les rôles de chacun soient clairement identifiés et favorisent l'autonomie individuelle.

Enfin, comme le spécifie le premier principe général de la démarche PRAP, éviter les risques c'est supprimer le danger ou l'exposition au danger. La reconnaissance du SEP

faciliterait la mise en œuvre de l'ensemble des actions visant à réduire l'exposition aux risques, limiter son apparition et l'aggravation de l'état de santé de la personne ayant un SEP. Le repérage et le diagnostic précoce de ce syndrome sont des étapes clefs dans cette démarche de prévention et de reconnaissance.

III.2.B. Repérage et diagnostic

Il est recommandé de repérer précocement toute personne susceptible ayant une ou plusieurs manifestations cliniques du symptôme d'épuisement professionnel afin d'éviter une aggravation de son état de santé et la propagation de SEPS au sein de l'équipe. Ce repérage peut être réalisé par le médecin traitant, le médecin du travail ou l'équipe de santé au travail. Ce repérage peut être réalisé individuellement ou collectivement. Les signes permettant le repérage sont : les conditions, la quantité et l'organisation du travail et des facteurs de caractère individuel tels que l'expression de symptômes cliniques ou des difficultés familiales ou conjugales (HAS, 2017). De manière générale, il est possible de distinguer les signaux individuels et collectifs. Les signaux collectifs sont les indicateurs liés au fonctionnement de la structure et ceux liés à la santé et la sécurité des travailleurs. Ils peuvent se manifester à travers des départs fréquents du personnel, du turn-over, une hausse du taux d'accidents du travail ou maladies professionnelles, de l'absentéisme, une détérioration de la qualité des soins prodigués, etc. Les signaux individuels sont les indicateurs d'épuisement émotionnel, de dépersonnalisation ou d'une baisse de l'accomplissement personnel. Ces signes se manifestent à travers des comportements de dénigrement de l'environnement professionnel, de désinvestissement au travail, de dévalorisation, etc.

De nombreux outils permettent d'évaluer l'épuisement professionnel :

- Le Maslach Burnout Inventory (MBI) élaboré par Maslach en 1976
- Le Copenhagen Burnout Inventory (CBI) élaboré par Kristensen & al. en 2005
- Le Oldenburg Burnout Inventory (OLBI) élaboré par Demerouti et coll. en 2003
- Le Shirom-Melamed Burnout Measure (SMBM) élaboré par Shirm & Melamed en 2006
- Le questionnaire de Karasek élaboré par Karasek en 1979

Actuellement, ces échelles ne suffisent pas pour permettre l'élaboration d'un diagnostic à elles seules. Des entretiens sont préconisés en complément de la passation de ces évaluations afin de rechercher des facteurs de risque sur le lieu de travail et des manifestations de signes cliniques. Il est également nécessaire de recueillir des informations complémentaires sur le vécu du travail, de l'individu par lui-même ou auprès de l'équipe pluridisciplinaire de santé au travail.

III.2.C. Accompagnement jusqu'à la reprise de l'activité professionnelle

La prise en charge de la personne souffrant de SEP doit être adaptée selon les symptômes qui y sont associés et leur gravité. L'objectif est de traiter les troubles identifiés et d'agir sur le contexte à l'origine de l'installation de ces troubles. Une fois les troubles installés, un arrêt de travail est fréquemment nécessaire et sa durée est déterminée par la sévérité des troubles et du contexte socioprofessionnel de l'individu. Celui-ci va permettre à la personne de se reposer, de se reconstruire, faciliter sa réflexion voire susciter un désir de travailler à nouveau et possiblement, envisager la reprise de l'activité professionnelle. L'accompagnement jusqu'à la reprise d'une activité professionnelle chez le travailleur ayant des troubles du SEP peut être décomposé en deux étapes : la phase de récupération et de reconstruction individuelle et la phase de préparation du retour à l'emploi. Des traitements médicamenteux peuvent être recommandés en cas d'expression de troubles anxieux ou dépressifs par exemple. Le traitement des troubles peut également être fondé sur une approche non médicamenteuse telle que les interventions psychothérapeutiques. Pour aider les personnes atteintes de SEP dans les démarches médico-administratives, un accompagnement et une orientation auprès des services de pathologies professionnelles ou d'assistante sociale sont essentiels. En plus, de la prise en charge des troubles du SEP, il est nécessaire de réaliser une analyse sur le lieu de travail afin d'identifier les facteurs liés au travail ayant favorisé le développement du SEP. Il s'agit alors de revoir ou d'élaborer de nouvelles mesures de prévention collective.

L'ensemble des recommandations ci-dessus ont été établies par l'HAS, la DGT, l'Anact et l'INRS pour prévenir le SEPS. Cela a permis de mettre en évidence les différentes composantes du processus de prévention. Des recommandations plus spécifiques sont à préconiser pour les professionnels de santé dans le domaine de l'oncologie.

III.3. Recommandations spécifiques chez les soignants en oncologie

D'après les concepts abordés dans le cadre théorique et les résultats obtenus lors de la phase expérimentale, plusieurs facteurs de risque ont été identifiés. Agir sur ces facteurs de risque participe à la démarche de prévention de l'épuisement professionnel chez les soignants en oncologie. Le SEPS est source d'absentéisme, de détérioration de la qualité de vie chez le soignant et influence la qualité des soins prodigués. Estryn-Béhar publie en 2008 une étude axée sur la santé et la satisfaction des soignants au travail en France et en Europe. Elle y présente les enjeux pour les soignants et le management lié à l'organisation des soins. En

effet, les professionnels de santé sont vulnérables en raison de la nature de leur métier. Pour les soignants en oncologie, les soins sont de plus en plus axés sur du palliatif, de l'accompagnement en fin de vie. Ces soignants sont particulièrement exposés à un risque psychotraumatique (Barrois, 1988) car l'accumulation d'expériences de décès dans le cadre du travail peut conduire à une déchirure dans l'élaboration des deuils (Khan, 1976) et soulève des questionnements éthiques et moraux. Le soutien psychologique des soignants en oncologie est donc essentiel. En 2011, Colombat et ses collaborateurs publient un article présentant le SEPS, ses facteurs de risques et un guide de recommandations et de prévention du SEPS chez les soignants en oncologie et hématologie. La mise en place de mesures de prévention primaire et secondaire ressort comme primordiales au sein de ces unités.

La prévention primaire consiste à prévenir sur le SEPS et agir sur les facteurs de risque. La prévention secondaire est associée au dépistage précoce des troubles, à la prévention d'une contagion au sein de l'équipe. Deux types de mesures faciliteront la prévention, le dépistage et l'accompagnement pour lutter contre le SEPS et ces manifestations au sein des services spécialisés d'oncologie. Ces mesures peuvent être de nature collective ou individuelle. Les mesures individuelles sont centrées sur le soutien de la personne et sont composées du dépistage du SEP et de sa prise en charge. Il s'agit d'identifier et reconnaître le SEP et la souffrance du soignant.

Enfin, il est nécessaire de l'accompagner dans un processus de réflexion sur ses choix professionnels, son engagement, l'ajustement possible de sa condition aux réalités du travail et l'organisation du soutien vers les professionnels compétents. Les mesures collectives ont un impact sur la qualité de vie, la satisfaction (Graham et al., 2002) et la qualité des soins (Valey et al., 2004). L'amélioration des aspects positifs de l'activité professionnelle repose sur la dynamique et la cohésion des équipes au sein des services en oncologie. Celles-ci doivent favoriser l'autonomie des équipes, la clarté de leur rôle, octroyer des temps libres d'échanges, de soutien et de convivialité entre pairs.

Par ailleurs, les décisions institutionnelles doivent être transmises aux équipes de manière à ce que les enjeux et les objectifs soient compris par tous. Le management participatif se base sur l'échange des acteurs au sein d'une équipe et favorise l'engagement et la prise d'initiative des équipes au sein de la structure. Ce type de management est de plus en plus mis en avant car il facilite l'interaction et le soutien entre les différents acteurs de soin au sein des services. Il induit une reconnaissance, une valorisation du travail du soignant et de son sens. Cela permet de soulager la charge de travail et d'organiser le travail entre les différents professionnels de santé. Ainsi, le management participatif montre de réels bénéfices

auprès des soignants en oncologie (Pronost, Le Gouge, Leboul et al., 2008) et un impact sur la qualité de vie au travail.

La formation des managers de la santé au management participatif favoriserait à la fois la qualité au travail de soignants et la qualité des soins prodigués en influençant le stress perçu et leurs stratégies de coping.

La mise en place de groupe de paroles fait partie des mesures collectives pouvant être utilisées pour prévenir du SEP. Les groupes de Balint (GB) sont des groupes de parole animés par un psychologue clinicien ou un psychiatre hors des temps de travail et destiné aux personnes appartenant au même corps de métier. Les groupes de parole institutionnalisés (GPI) sont interdisciplinaires ce qui peut limiter ou favoriser la libre expression selon chacun. Ces deux groupes ont pour objectifs de laisser les participants témoigner, se recueillir et partager avec autrui leurs difficultés, leurs questionnements ou leurs réussites. Les revues morbidité-mortalités (HAS, 2015) peuvent être organisées sous forme de réunions auprès d'un groupe d'analyse de pratique entre pairs. L'objectif est l'analyse collective et systémique d'une situation marquée par un décès ou un événement source de dommage pour un patient pour proposer des actions améliorant le suivi des patients et la sécurité des soins pour la suite. Il s'agit de comprendre et apprendre à partir d'une problématique puis d'agir pour réduire le risque de survenue d'un événement indésirable similaire.

De manière générale, les mesures collectives sont centrées sur la communication et doivent permettre l'expression des émotions et promouvoir le partage. Il est important d'inciter les soignants au travail d'équipe en participant à des réunions ou à l'élaboration de projets. Pour favoriser la cohésion, il est également indispensable que le rôle de chacun soit défini de manière claire pour tous en tenant compte des compétences spécifiques de chacun.

IV Spécificité de l'intervention ergothérapique

L'ergothérapeute est un professionnel de santé qui fonde sa pratique sur l'activité. Sa formation repose sur l'acquisition de compétences spécifiques. Selon le référentiel de compétences de l'ergothérapeute, il peut participer au processus de prévention du SEPS :

- Par l'analyse de la situation de travail,
- En préconisant des pistes pour agir sur les facteurs de risque,
- En participant à l'élaboration du diagnostic,
- En accompagnement des personnes ayant un SEP jusqu'à leur réinsertion professionnelle.

Dans les paragraphes suivants, nous allons décrire de façon plus précise le rôle de l'ergothérapeute et les bénéfices de l'approche en ergothérapie pour les axes ci-dessus listés en nous appuyant sur les compétences du référentiel de formation de l'ergothérapeute.

IV.1. Evaluation d'une situation et aide à l'élaboration d'un diagnostic

Le cadre de référence en ergothérapie préventive : « Vivez bien votre vie » met en lumière les liens existants entre ce que les gens font tous les jours et leur santé et leur bien-être (Moll et al., 2015). L'activité professionnelle est une de ces activités réalisées quotidiennement. L'approche ergothérapique permet d'évaluer la situation d'un individu en fonction de sa perception sur l'ensemble de ces occupations. L'évaluation de l'équilibre occupationnel de l'individu fait partie du diagnostic en ergothérapie. Il est donc important d'analyser la situation de travail afin de mettre en lumière les facteurs de risque d'épuisement et donc de déséquilibre perçus chez l'individu. De plus, l'ergothérapeute centre son approche sur l'interaction entre l'activité, la personne et l'environnement. Il est capable d'identifier les obstacles et les facilitateurs à l'exercice d'une activité professionnelle favorisant la qualité de vie au travail. Le recueil des données et l'évaluation permettent d'élaborer un diagnostic ergothérapique ainsi que le projet d'intervention en ergothérapie, que ce soit dans un contexte de prévention du risque d'épuisement professionnel chez les soignants ou de réhabilitation socio-professionnelle pour le soignant atteint d'un SEP.

IV.2. Concevoir et conduire un projet d'intervention en ergothérapie et d'aménagement de l'environnement

L'approche ergothérapique permet d'analyser l'activité, ses composantes qu'elles soient physiques, psychiques, sensorielles, cognitives, psycho-sociales ou environnementales. A partir de l'analyse de la situation de travail et de l'identification des facteurs de risques, un projet d'intervention adapté peut être proposé et l'environnement de travail aménagé selon les

besoins des travailleurs pour faciliter la réalisation de l'activité en sécurité et en associant qualité et efficacité. Les objectifs du projet d'intervention en ergothérapie peuvent être définis à court, moyen et long terme, ainsi, des moyens généraux et spécifiques peuvent être préconisés pour les atteindre. Il s'agit de moyens individuels ou collectifs, l'intervention de l'ergothérapeute étant préconisée auprès d'un groupe ou d'un individu seul.

Par exemple, dans le cadre d'une reprise de poste, un aménagement des horaires et de l'environnement de travail peuvent être envisagés dans le but de permettre un retour progressif aux conditions de travail antérieures. Les facteurs sources d'épuisement pour le travailleur doivent être préalablement identifiés afin que des mesures soient mises en place pour réduire l'incidence de ces risques ou les faire disparaître. Des ressources matérielles peuvent également être préconisées pour faciliter la réalisation de l'activité. La conduite de ce projet d'intervention est réalisable avec un suivi à distance et des interventions ponctuelles. Malgré le fait que l'ergothérapeute ne soit pas l'unique acteur de santé participant à ce projet, il peut faciliter la communication et la coordination entre les différents acteurs de santé impliqués dans l'atteinte d'objectifs fixés à court, moyen et long terme.

IV.3. Mettre en œuvre et conduire des activités de soins, de rééducation, de réadaptation, de réinsertion et de réhabilitation psychosociale en ergothérapie

L'étude de l'équilibre de vie d'une personne permet d'orienter l'intervention en ergothérapie à partir de l'analyse des domaines sources de déséquilibre chez l'individu et proposer des activités pertinentes pour répondre à ces besoins (Wagman et al. 2012). Le processus de repos et de reconstruction pour une personne souffrant d'épuisement professionnel est variable selon l'intensité des symptômes et nécessite un suivi personnalisé. L'ergothérapeute peut intervenir au domicile de la personne ou en structure spécialisée afin de proposer des activités comme médiation thérapeutique pour favoriser l'identification et la reconnaissance des troubles du SEP, des temps de repos, de relaxation, ou encore, de reconstruction identitaire. Ainsi, l'activité peut être utilisée en tant que méthode projective pour favoriser le recueil de données subjectives et l'instauration d'une relation thérapeutique de confiance. L'ergothérapeute peut adapter le cadre thérapeutique selon la situation de la personne et ses réactions, et ainsi faciliter l'expression de la personne sur ses conflits internes lors de la réalisation d'activités. Ce sont des éléments fondamentaux sur lesquels s'appuyer pour identifier les stratégies favorisant l'engagement de la personne, l'amélioration de son autonomie et l'anticipation d'une reprise professionnelle si elle est possible.

IV.4. Elaborer et conduire une démarche d'éducation et de conseil en ergothérapie et santé publique

Etant donné le nombre de travailleurs exerçant dans le domaine de la santé, prévenir le risque de SEP et autres risques psychosociaux représente un enjeu majeur de santé public avec un fort impact humain et économique (Gollac & Bodier, 2011). L'ergothérapeute peut être identifié comme un acteur de la démarche de prévention et intervenir auprès des personnes susceptibles d'être fortement exposés à ces risques. L'intervention de l'ergothérapeute peut être préconisée auprès de professionnels exerçant déjà dans le domaine de la santé dans une démarche PRAP. L'intérêt serait de former et informer ces personnes afin qu'ils deviennent acteurs de leur propre santé au travail. Il est également possible de sensibiliser les futurs professionnels de santé en sensibilisant les étudiants en formation aux métiers de la santé au travers de journées d'éducation et de conseil par exemple.

IV.5. Conduire une relation dans un contexte d'intervention en ergothérapie

L'objectif est de construire une relation thérapeutique de confiance entre soignant et soigné au cœur de l'intervention en ergothérapie. Il s'agit de développer une relation de soin pérenne pour faciliter le recueil des informations personnelles et subjectives de l'individu. Elle permet de favoriser l'implication du patient en le mettant au cœur du processus de soins et de son accompagnement. L'approche en ergothérapie est client-centrée, c'est-à-dire centrée sur la personne, pour favoriser son engagement et sa motivation dans l'élaboration d'objectifs ou de projets, et identifier les facilitateurs et les obstacles pour les atteindre.

IV.6. Former et informer

Transmettre ses connaissances et savoir-faire participe au partage et l'évolution de la pratique en ergothérapie. Il est important d'inculquer ses savoirs aux professionnels de santé exerçant déjà au sein d'une équipe mais également aux futurs professionnels à travers des actions collectives et individuelles. Une étude a été réalisée auprès d'ergothérapeutes, en tant qu'intervenants pédagogiques, et d'étudiants en formation d'ergothérapie au Québec afin de proposer de réaliser des ateliers de formation sur la santé au travail (Lecours & Thierrault, 2017). Cette initiative a permis de démontrer que les ergothérapeutes ont les compétences pour promouvoir la santé au travail et contribue à la démarche de prévention des risques liés à l'exercice d'une activité professionnelle. La conscientisation et l'apprentissage des étudiants à cet aspect de leur futur métier facilitent le transfert de connaissances. Ce type d'actions

collectives peut être proposé à tout étudiant de santé afin de le sensibiliser et l'informer de son rôle dans cette démarche de promotion de la santé au travail. Des actions à mener lors des stages peuvent également être proposées afin que les étudiants puissent détecter les risques d'atteinte à la santé au travail et proposer des axes de prévention et de sécurité.

En complément, l'ergothérapeute se doit d'organiser les actions préconisées en coopérant avec les différents acteurs nécessaires à leur mise en place. En France, les champs d'actions de l'ergothérapeute continuent de se développer et les politiques de santé publique actuelles soulignent l'importance de développer les mesures de prévention à l'échelle nationale. En effet, le plan « Ma Santé 2022 » comprend plusieurs mesures phares dont le renforcement des actions de prévention et l'amélioration de la coopération interprofessionnelle. Cela implique donc pour l'ergothérapeute de définir le champ d'actions de ces compétences, promouvoir leurs reconnaissances et ainsi, faire évoluer la pratique professionnelle. Il doit également organiser ses activités et coopérer avec les différents acteurs dans ce contexte de développement d'une culture de prévention. Le développement de l'action de l'ergothérapeute en santé communautaire est à promouvoir pour répondre aux besoins spécifiques des travailleurs. En effet, il existe des ergothérapeutes travaillant dans le domaine de la santé mentale qui participent à l'accompagnement de personnes atteintes de SEP. Cependant, l'intervention de l'ergothérapeute dans un contexte de prévention reste peu développée en France. Pourtant, son rôle en tant qu'acteur de santé et de sécurité au travail est en pleine émergence au Québec et montre de réels bénéfices pour favoriser la montée en compétence des ergothérapeutes et des étudiants qui se sont sensibilisés à cet aspect de leur future profession.

Conclusion

Ce mémoire d'initiation à la recherche est centré sur un syndrome peu reconnu en France malgré l'impact considérable qu'il représente en matière de coûts humains et économiques. L'épuisement professionnel est pourtant clairement identifié par les médias et fait l'objet de mesures d'actions dans la prévention des risques liés à l'activité professionnelle. Les soignants apparaissent comme vulnérables en raison même de leur vocation : soigner.

Les facteurs de risque d'épuisement au travail ont pu être identifiés et sont sources de pistes de réflexions et de solutions préventives. L'épuisement professionnel chez les soignants a des conséquences sur leur état de santé, mais également sur la qualité des soins qu'ils prodiguent et leur équilibre de vie de manière générale. L'équilibre perçu de l'activité professionnelle est inhérent au concept d'équilibre de vie et c'est cet équilibre qui favorise le bien-être, la santé et la qualité de vie chez tout individu.

L'objectif de la partie expérimentale était de vérifier l'hypothèse suivante : Plus le niveau d'épuisement professionnel est faible, plus le niveau d'équilibre de vie est élevé, ainsi que d'identifier les facteurs de risque d'épuisement professionnel et leur incidence sur la vie quotidienne. La passation du MBI et de l'IEV a permis le recueil de données quantitatives auprès de 18 soignants en oncologie. Un entretien semi-directif a été réalisé pour le recueil des données qualitatives. Les résultats ont permis de valider l'hypothèse de recherche, mis en évidence les facteurs de risque liés à l'exercice d'un métier du soin en oncologie et partagés l'expérience subjective de deux soignants sur leur vie professionnelle et personnelle.

Le travail apparaît comme un système complexe et dynamique qui dépend de l'environnement et des individus qui y évoluent. Pour prévenir le SEPS, des mesures individuelles et collectives peuvent être mises en place afin de favoriser la cohésion et le soutien des équipes. C'est dans un contexte d'analyse d'activité et de prévention que l'ergothérapeute a un rôle à jouer, en repensant le travail, mais aussi, en favorisant le bien-être des personnes qui œuvrent à l'amélioration de la santé de ceux qui les entourent.

Enfin, la politique de santé publique et le contexte de prévention sont au centre de ce travail de recherche. Les actions de santé publique pour la santé et la sécurité au travail semblent se multiplier en France ces dernières années. Ainsi, il paraît pertinent de s'interroger sur l'apport de l'ergothérapeute en tant acteur de la démarche de santé et de sécurité au travail afin de promouvoir le développement d'une culture de prévention et de sa pratique sur l'ensemble de la communauté.

Liste des tableaux

Tableau 1 : Echelle de cotation de l'IEV	16
Tableau 2 : Items et scores des domaines du MBI.....	17
Tableau 3 : Synthèse des scores à l'IEV des participants à l'étude	20
Tableau 4 : Synthèse des scores au MBI des participants à l'étude	21
Tableau 5 : Distribution du niveau de burn-out constaté chez les participants à l'étude.....	24
Tableau 6 : Corrélation entre burn-out et équilibre de vie dans l'étude.....	25

Liste des figures

Figure 1 Représentation de l'équilibre occupationnel.....	2
---	---

Bibliographie

- Ahola K, Honkonen T, Pirkola S, Isometsa E, Kalimo R, Nykyri E., Aromaa A., Lönnqvist J., (2006), Alcohol dependence in relation to burnout among the Finnish working population, *Addiction*, Vol.101, page 1438 – 1443
- Armon G., Shirom A., Shapira I., Melamed S., (2008), On the nature of burnout – insomnia relationships: A prospective study of employed adults, *Journal of Psychosomatic Research*, Vol. 65, page 5 – 12
- Assemblée Nationale - Commission des Affaires Sociales, (2017), Rapport d'information relatif au syndrome d'épuisement professionnel (ou burn out)
- Association Nationale Française des Ergothérapeutes, ANFE, (2019) *Définition de l'ergothérapie*. Repéré sur : <https://www.anfe.fr/index.php/definition>
- Baker, T., Aldrich, H.E. (1996). Prometheus stretches : building identity and cumulative knowledge in multi-employer careers. *The Boundaryless Career : A New Employment Principle For a New Organizational Era*, page 133 – 149
- Backman, C. L. (2004), Occupational balance : Exploring the relationships among daily occupations and their influence on well-being, *Canadian Journal of Occupational Therapy*, Vol. 71, (No.4), page 202 – 209
- Barbier, D. (2004), Le syndrome d'épuisement professionnel du soignant, *Presse Médicale*, Vol. 33 (No.5), page 394 – 399
- Barrois C (1988) Les névroses traumatiques. Le psychothérapeute face aux détresses des chocs psychiques. Dunod, Paris
- Baum, C. M., & Law, M. (1997). Occupational therapy practice : Focusing on occupational performance. *American Journal of Occupational Therapy*, 51(4), page 277 – 288
- Baumann, F. (2018), *Le brown-out: quand le travail n'a plus aucun sens*. Josette Lyon
- Cinite, I., Duxbury, L. E., & Higgins, C. (2009). Measurement of perceived organizational readiness for change in the public sector. *British Journal of Management*, 20(2), page 265 – 277
- Chabrol, H. (2005). Les mécanismes de défense. *Recherche en soins infirmiers*, Vol.82, (No.3), page 31-42. doi:10.3917/rsi.082.0031
- Chabrol, H., & Callahan, S. (2018). *Mécanismes de défense et coping*-3e éd. Dunod.
- Christiansen, C. H. (1999). Defining lives: Occupation as identity: An essay on competence, coherence, and the creation of meaning. *American Journal of Occupational Therapy*, Vol. 53, (No.6), page 547 – 558

- Christiansen, C. H., & Matuska, K. M. (2006). Lifestyle balance: A review of concepts and research. *Journal of Occupational Science*, Vol.13, (No.1), page 49 – 61
- Colombat, P., Altmeyer, A., Rodrigues, M., Barruel F., Fouquereau, E., Pronost, A.-M. (2011), Syndrome d'épuisement professionnel des soignants, *Psycho-Oncol*, Vol. 5, page 83 – 91
- Direction Générale du travail, Agence nationale pour l'amélioration des conditions de Travail, Institut national de recherche et de sécurité, DGT, Anact, INRS, (2015), *Guide d'aide à la prévention – Le syndrome d'épuisement professionnel ou burnout*
- Dion, G., & Tessier, R. (1994). Validation de la traduction de l'Inventaire d'épuisement professionnel de Maslach et Jackson [Validation of a French translation of the Maslach Burnout, *Canadian Journal of Behavioural Science / Revue canadienne des sciences du comportement*, 26(2), 210–227.
- Editions Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale, INSERM (2011), Stress au travail et santé – Situation chez les indépendants
- Ekersedt M., Soderstrom M, Akerstedt T, Nilsson J, Sondergaard HP, Aleksander P. (2006), Disturbed sleep and fatigue in occupational burnout, *Scand J Environ Health*. Vol. 32, page 121 – 131
- Errard M., Gastal A., Collombat B., (2018), *Enquête Franceinfo cellule investigation*, réperé sur : https://www.francetvinfo.fr/sante/hopital/enquete-franceinfo-manque-de-moyens-personnel-deborde-les-hopitaux-au-bord-de-la-crise-de-nerfs_2726507.html
- Eurostat (2017), Estimated duration of working life, by country
- Estryn-Behar M (1999) Stress et souffrance des soignants à l'hôpital, reconnaissance analyse et prévention. *Édition ESTEM*
- Freud (1925), Préface « Jeunes en souffrance » écrit par August Aichhorn
- Freudenberger, H. J. (1989). Burnout: Past, present, and future concerns. *Loss, Grief & Care*, Vol.3 (1-2), page 1-10.
- Gheorghiev, C., Gault, C. (2016), Risques psycho-sociaux à l'hôpital : illustrations cliniques et réflexions autour de la place d'un idéal de soin chez les soignants, *Annales Médico-Psychologiques*, Vol. 174, page 393 – 396
- Gollac M., Bodier M., (2011), Rapport du Collège d'expertise sur le suivi des risques psychosociaux au travail, faisant suite à la demande du Ministre du travail, de l'emploi et de la santé
- Graham, J., Potts, H. W. W., & Ramirez, A. J. (2002). Stress and burnout in doctors. *The Lancet*, 360(9349), 1975-1976.

Haute Autorité de Santé, HAS, (2017). Repérage et prise en charge cliniques du syndrome d'épuisement professionnel ou burnout

Haute Autorité de Santé, HAS, (2015). Revue de mortalité et de morbidité (RMM) Outil d'amélioration des pratiques

Honkonen T, Ahola K, Pertovaara M, Isometa E, Kalimo R, Nykyri E, Aromaa A., Lönnqvist J., (2006), The association between burnout and physical illness in the general population—results from the Finnish Health 2000 Study, *Journal of Psychosomatic Research*, Vol.61, page 59 – 66

Institut National de la Statistique et des études économiques, INSEE, (2018), Comparaison de l'espérance de vie à la naissance et espérance de vie en bonne santé à la naissance des hommes en 2016, dans les pays de l'Union Européenne

Institut National de Recherche et de Santé, INRS, (2014), Principes généraux de la démarche de prévention

Khan M., (1976). Le soi caché. Gallimard, Paris

Kielhofner, G. (2002). *A model of human occupation: Theory and application*. Lippincott Williams & Wilkins.

Larivière, N. & Levasseur, M. (2016). Traduction et validation du questionnaire ergothérapeutique l'Inventaire de l'équilibre de vie, *Canadian Journal of Occupational Therapy*, Vol. 83(No.2) page 103-114

Larousse, (2018) repéré sur : <https://www.larousse.fr/encyclopedie/divers/travail/98505>

Lecours, A. & Therriault P. Y., (2017). « Devenir un acteur de ma santé et de ma sécurité au travail » : une illustration de la pratique communautaire des ergothérapeutes en promotion de la santé au travail. *Actualités ergothérapeutiques*, 19(4), page 23 – 24

Lindblom, K. M., Linton, S. J., Fedeli, C., & Bryngelsson, L. (2006). Burnout in the working population : relations to psychosocial work factors. *International journal of behavioral medicine*, 13(1), page 51 – 59

Lissandre, S., Abbey-Huguenin, H., Bonnin-Scaon, S., Arsene, O., & Colombat, P. (2008). Facteurs associés au burnout chez les soignants en oncohématologie. *Oncologie*, 10(2), page 116 – 124

Machavoire, J.-L. (2015), L'épuisement professionnels des médecins et des soignants en cancérologie, Approche psychodynamique et institutionnelle, *Psycho-Oncol.*, Vol. 9, page 9 – 13

Maslach, C. (1982), The Cost of Caring, publié par *Institute for the Study of Human Knowledge (2003)*

- Maslach, C., & Jackson, S.E. (1981). The measurement of experienced burnout, *Journal of Occupational Behaviour*, Vol.2, page 99 – 113
- Maslach, C., Jackson, S.E., & Leiter, M. (1996), Maslach burnout inventory manual (3rd. ed.), *Palo Alto, CA : Consulting Psychologists Press*. Page 191 – 218 Repéré à <https://www.researchgate.net/publication/277816643>
- Matsuka, K. (2012). Description and Development of the Life Balance Inventory. *OTJR : Occupation, Participation and Health*, Vol. 32(No.1), page 220 –228
- Matuska, K. & Christiansen, C. (2006), Lifestyle Balance : A review of Concepts and Research. *Journal of Occupational Science*, Vol. 13 (No.1), page 49 – 61
- Matuska, K. & Christiansen, C. (2008). A proposed model of lifestyle balance. *Journal of Occupational Science*, Vol.15 (No.1), page 9 – 19
- Matuska, K. (2012). Validity evidence of a model and measure of life balance. *OTJR : Occupation, Participation and Health*, Vol.32, page 229 – 237
- Ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes. (2014). *Portfolio ergothérapie*
- Molière, F. & Friard, D. (2012). Transfert. Dans : Monique Formarier éd., *Les concepts en sciences infirmières (2ème édition)*, page 322 – 325
- Moll, S. E., Gewurtz, R. E., Krupa, T. M., Law, M. C., Lariviere, N., & Levasseur, M. (2015). “Do-Live-Well”: A Canadian framework for promoting occupation, health, and well-being: «Vivez-Bien-Votre Vie»: un cadre de référence canadien pour promouvoir l’occupation, la santé et le bien-être. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, Vol. 82, (No.1), page 9 – 23
- Morel-Bracq M.-C., (2009), Le modèle conceptuel en ergothérapie : Introduction aux concepts fondamentaux, *De Boeck Supérieur (2ème édition)*, page 42 – 50
- Neveu E., (1996), Sociologie des Mouvements sociaux, *La découverte (3ème édition)*
- Organisation Mondiale de la Santé, OMS, (2019), *Classification internationale des maladies (CIM 11)*
- Pierce, D. (2016). *La science de l'occupation pour l'ergothérapie*. De Boeck Supérieur.
- Pronost AM, Le Gouge A, Le Boul D, Gardembas M., Berthou C., Giraudeau B., Colombat P., (2008) Effet des caractéristiques des services d’oncohématologie développant la démarche palliative et des caractéristiques sociodémographiques des soignants sur les indicateurs de santé : soutien social, stratégies de coping et qualité de vie au travail, *Oncologie Vol. 10, (No.2)*, page 125 – 134
- Réseau national de vigilance et des préventions des pathologies professionnelles, RNV3P, (2016), *Rapport d’activité 2016*

- Roger A., Othmane J., (2013), Améliorer l'équilibre professionnel et l'équilibre de vie liés à l'individu et au soutien hiérarchique, *De Boeck Supérieur, Vol. 1*, (No.6), page 91 – 115
- Sardas, J.C. (2008). La « dynamique identitaire globale » comme analyseur des risques de non performance et des risques psychosociaux. *Prévention du stress et risques psychosociaux au travail*. Paris, Editions Anact.
- Schardt, C., Adams, M.-B., Owens, T., Keitz, S. & Fontelo P. (2007) *Utilization of the PICO framework to improve searching PubMed for clinical questions. BMC medical informatics and decision making, Vol. 7*, (No. 1), page 16.
- Specht, J., King, G., Brown, E., & Foris, C. (2002). The importance of leisure in the lives of persons with congenital physical disabilities. *American Journal of Occupational Therapy*, 56(4), page 436 – 445
- Sphector, P. E., O'Connell, B. J. (1994). The contribution of personality traits, negative affectivity, locus of control and Type A to the subsequent reports of job stressors ad job strains. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 67, page 1 – 11
- Tausig, M., & Fenwick, R. (2001). Unbinding time: Alternate work schedules and work-life balance. *Journal of family and economic issues*, Vol. 22, (No.2), page 101 – 119
- Technologia, (2014), Le syndrome d'épuisement, une maladie professionnelle
- Tétréault S. & Guillez P. (2015). Guide pratique de recherche en réadaptation.
- Vahey, D. C., Aiken, L. H., Sloane, D. M., Clarke, S. P., & Vargas, D. (2004). Nurse burnout and patient satisfaction. *Medical care*, 42(2 Suppl), II57.
- Vela-bueno A., Moreno-jiménez B., Rodríguez-muñoz A., Olavarrieta-bernardinoa S., Fernández-mendozaa J., De la Cruz-Troca JJ., Bixler EO., Vgontzas AN., (2008), Insomnia and sleep quality among primary care physicians with low and high burnout levels, *Journal of Psychosomatic Research*, Vol. 64, page 435 – 442
- Wagman P., Hakansson C., Blorcklund A., (2012), Occupational balance as used in occupational therapy : a concept analysis, *Scand J Occup Ther*, Vol. 4, page 322 – 327
- Yerxa, E. J. (1998). Health and the human spirit for occupation. *American Journal of Occupational Therapy*, Vol. 52, (No.6), page 412 – 418

Annexes

Annexe 1 : Grille d'évaluation MBI, traduction par Dion et al. (1994)

Le Maslach Burn Out Inventory (MBI)

Cochez la case correspondant à votre réponse.

	jamais	quelques fois par an	une fois par mois	quelques fois par mois	une fois par semaine	quelques fois par semaine	chaque jour
1- Je me sens émotionnellement vidé(e) par mon travail.							
2- Je me sens à bout à la fin de ma journée de travail.							
3- Je me sens fatigué(e) lorsque je me lève le matin et que j'ai à affronter une autre journée de travail.							
4- Je peux comprendre facilement ce que mes clients ressentent.							
5- Je sens que je m'occupe de certains clients de façon impersonnelle comme s'ils étaient des objets.							
6- Travailler avec des gens tout au long de la journée me demande beaucoup d'efforts.							
7- Je m'occupe très efficacement des problèmes de mes clients.							
8- Je sens que je craque à cause de mon travail.							
9- J'ai l'impression, à travers mon travail, d'avoir une influence positive sur les gens.							
10- Je suis devenu(e) plus insensible aux gens depuis que j'ai ce travail.							
11- Je crains que ce travail ne m'endurcisse émotionnellement.							
12- Je me sens plein (e) d'énergie.							
13- Je me sens frustré(e) par mon travail.							
14- Je sens que je travaille « trop dur » dans mon travail.							
15- Je ne me soucie pas vraiment de ce qui arrive à certains de mes clients.							
16- Travailler en contact direct avec les gens me stresse trop.							
17- J'arrive facilement à créer une atmosphère détendue avec mes clients.							
18- Je me sens ragaillardi(e) lorsque dans mon travail j'ai été proche de mes clients.							
19- J'ai accompli beaucoup de choses qui valent la peine dans ce travail.							
20- Je me sens au bout du rouleau.							
21- Dans mon travail, je traite les problèmes émotionnels très calmement.							
22- J'ai l'impression que mes malades me rendent responsable de certains de leurs problèmes.							

Annexe 2 : Questionnaire adressé aux soignants en addictologie

Questionnaire de recherche

Profession : Age :

Durée d'exercice en addictologie :

- Parmi cette liste, quelles sont les 5 principales émotions ou sentiments auxquels vous êtes confrontés lors de la prise en charge des patients ?

- | | | | |
|--------------------------------------|---------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Admiration | <input type="checkbox"/> Empathie | <input type="checkbox"/> Désintérêt | <input type="checkbox"/> Mépris |
| <input type="checkbox"/> Sympathie | <input type="checkbox"/> Affection | <input type="checkbox"/> Peur | <input type="checkbox"/> Antipathie |
| <input type="checkbox"/> Attachement | <input type="checkbox"/> Satisfaction | <input type="checkbox"/> Dégoût | <input type="checkbox"/> Inquiétude |
| <input type="checkbox"/> Confiance | <input type="checkbox"/> Estime | <input type="checkbox"/> Epuisement | <input type="checkbox"/> Colère |

- Quels sont pour vous les facteurs d'épuisement professionnel ?

.....
.....

- Quels moyens avez-vous trouvé pour vous préserver lors de l'accompagnement thérapeutique des patients ? Avez-vous suivi des formations qui vous ont aidés ? Si oui, veuillez préciser lesquelles.

.....
.....
.....

- A quelles difficultés aviez-vous été confrontés lorsque vous avez commencé à travailler en addictologie ?

.....
.....

- Etes-vous satisfait de l'évolution de votre posture professionnelle face aux patients aujourd'hui ? Oui Non

- Envisagez-vous une reconversion professionnelle ? Oui Non

Si oui, dans combien de temps ?

Annexe 3 : Synthèse du questionnaire de la phase exploratoire

Synthèse du questionnaire de recherches

Contexte

Afin de concrétiser la problématique de mon mémoire, je souhaite récolter des informations sur le vécu des soignants dans l'accompagnement des patients en addictologie.

Tout d'abord, l'addiction se définit comme l'impossibilité de contrôler un comportement malgré la connaissance d'effets néfastes (diagnostic grâce au DMS V). Les troubles addictifs sont souvent associés à des troubles psychiques. Le suivi de patients en addictologie s'avère généralement long et complexe. A long terme, la prise en charge peut entraîner un épuisement chez les soignants. Même s'il n'est pas considéré comme une maladie dans les classifications de référence (CIM-10 et DSM-5), l'épuisement professionnel, ou *burn-out*, est un « épuisement physique, émotionnel et mental qui résulte d'un investissement prolongé dans des situations de travail exigeantes sur le plan émotionnel ». J'ai choisi d'orienter le questionnaire autour de cette thématique afin de mieux connaître les stratégies et les moyens utilisés par les soignants pour prévenir l'épuisement professionnel.

Résultats

Retour de 15 questionnaires sur l'ensemble du service, près de 50% du corps paramédical.

Emotions choisies :

Admiration → 0	Sympathie → 7	Satisfaction → 8	Estime → 5
Empathie → 15	Attachement → 5	Confiance → 9	Affection → 1
Désintérêt → 1	Peur → 0	Dégoût → 0	Epuisement → 4
Mépris → 0	Antipathie → 1	Inquiétude → 6	Colère → 4

Facteurs d'épuisement professionnels :

Facteurs liés au stress, à la gestion des émotions des soignants : 9

Facteurs liés à la désorganisation au sein du service ou des équipes : 8

Facteurs liés aux les violences verbales ou physiques des patients envers les soignants : 2

Facteurs liés au manque de valorisation ou de reconnaissance du travail fourni par les soignants : 7

Facteurs liés à la survenue d'événements incontrôlables : 4

investissement dans la relation de soins de la part des soignants. La majeure partie des émotions ressenties par les soignants lors du suivi des patients en addictologie sont positives. En effet, l'ensemble du personnel interrogé se décrit comme empathique à l'égard des patients durant leur prise en charge. La confiance, la satisfaction et la sympathie sont également des sentiments éprouvés par la moitié des soignants. L'inquiétude est une émotion intéressante car elle connote à la fois un aspect négatif et positif. En effet, elle se définit comme un « État pénible déterminé par l'attente d'un événement, d'une souffrance que l'on craint, par l'incertitude où l'on est. » Si un soignant est inquiet pour le devenir d'un patient, il se montre impliqué dans l'accompagnement du soignant et adopte une attitude bienveillante. L'ensemble des émotions les plus citées par les soignants montre une disposition d'esprit enclin à la compréhension, à l'indulgence envers autrui. Cependant, des émotions plus négatives ont été sélectionnées par les soignants : la colère, l'épuisement, l'antipathie et le désintérêt. La colère et l'épuisement sont les deux plus cités parmi ces émotions ; elles sont caractérisées par un mécontentement conduisant à un état agressif ou de fatigue, tant physique que moral. La notion de désintérêt est intéressante car elle souligne l'état d'esprit d'indifférence du soignant face aux événements qu'il rencontre. Le désintérêt peut être vu comme une solution à la souffrance au travail.

D'après ce questionnaire, la gestion des émotions et la désorganisation au sein des équipes et/ou du service sont les principaux facteurs à l'origine de l'épuisement professionnel. Il représente près de 54% des sources d'épuisement professionnel. Par ailleurs, le manque de valorisation et de reconnaissance du travail des professionnels paramédicaux est également une source d'épuisement pour 23% des soignants. La survenue d'événements incontrôlables tels que la rechute, la chronicité, le décès des patients, sont des facteurs d'épuisement car ils peuvent être sources de déception ou de tristesse pour les soignants.

Pour la quasi-totalité des soignants, des stratégies personnelles et professionnelles ont été mises en place pour faciliter l'accompagnement des patients en addictologie à long terme :

1) Liste des techniques acquises via les formations professionnelles ou extérieures :

- Formations : techniques d'entretiens, entretien infirmier, pathologies psychiatriques, consolidations des savoirs, pleine conscience, gestion de stress, relations d'aide, alliance thérapeutique, distance thérapeutique, éducation thérapeutique, Mindfulness
- Diplômes universitaires (DU) en : Thérapie Cognitivo-Comportementale (TCC), Alcoologie, Tabacologie, Dépendances

Cet ensemble de techniques permettent de consolider et approfondir les connaissances des soignants. Il s'agit de savoirs théoriques qui permettent de mieux comprendre les phénomènes auxquels les soignants seront confrontés sur le terrain.

2) Liste des techniques acquises lors d'expériences personnelles sur le terrain :

- Techniques de bien-être en dehors du travail (relaxation, méditation, musique)
- Différenciation entre milieu professionnel et privé
- Ajustement de la distance thérapeutique avec les patients
- Echanger entre collègues : évoquer les difficultés, organisation et soutien au sein de l'équipe
- Aménagement du travail : passage sur un contrat à mi-temps, travailler dans une autre structure, etc.

Depuis le début de leur travail en addictologie, les soignants ont su adaptés leur posture professionnelle et mettre en place des stratégies pour soulager leur charge de travail au quotidien.

Les différents points évoqués ci-dessus montrent que les soignants s'engagent personnellement pour améliorer leur qualité de travail, tant sur le point relationnel qu'organisationnel. Néanmoins, si l'investissement est sans bénéfice, cela peut être une source de souffrance ou d'épuisement pour le professionnel de santé.

89% des soignants sont satisfaits de l'évolution de leur posture professionnelle. Cette satisfaction résulte en partie des techniques acquises personnellement sur le terrain ou via des formations extérieures.

Un tiers des soignants envisage une reconversion professionnelle. Pour 83% d'entre eux, cette reconversion aurait lieu dans moins de dix ans.

Limites du questionnaire

- Questionnaire subjectif, propres à l'expérience de chacun
- Plusieurs interprétations dans les questions et les réponses
- Réponses à un moment T : pas de prises en compte du niveau d'investissement du soignant dans son travail

Axes d'amélioration

- Reformuler les questions pour réduire le nombre d'interprétations possibles
 - Limiter le nombre d'émotions à choisir
 - Définir la nature de la reconversion professionnelle : médico-sociale ou autre
- Approfondir l'analyse : faire le lien entre l'interprétation des résultats et des articles scientifiques
- Revoir les techniques de traitement et d'analyses de données pour les questionnaires semi-directifs
 - Utiliser la technique du tri croisé pour synthétiser 2 questions ouvertes dont la thématique se rejoint.

Sources :

- https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2017-05/dir56/fiche_memo_burnout.pdf
- *Occupational therapy in the treatment of addictive behaviours*, N. BUJISSE, W. CAAN, S. FOWLER DAVIS (1999) <http://moscow.sci-hub.tw/c66ca1f19c925e264145de41b5518cdb/buijsse1999.pdf#view=FitH>.
- *Why Addiction Has a Chronic, Relapsing Course. The Neurobiology of Addiction*, S. GUTMAN (2006) <http://moscow.sci-hub.tw/c4e69b3d197d70ff09b30e1ea4da09e1/gutman2006.pdf#view=FitH>
- *An Exploration of Addictive Behaviours from an Occupational Perspective*, K. HELBIG & E. MCKAY (2003) <http://dabamirror.sci-hub.tw/16fca6f9353af391363dbb3d87d1d14c/helbig2003.pdf#view=FitH>
- *Leaving homelessness and addiction : Narratives of an occupational transition*, B. HEUCHEMER & S. JOSEPHSSON (2006) <http://sci-hub.tw/10.1080/11038120500360648>
- *Dictionnaire Larousse*

Annexe 4 : Fiche d'information et de consentement

Fiche d'information et de consentement

Mon mémoire de fin d'étude est centré sur les facteurs de risque d'épuisement professionnel et l'équilibre de vie chez le soignant travaillant en oncologie. Je souhaite entrer en relation avec des professionnels de santé qui sont intéressés par mon sujet. Si vous êtes disponibles pour échanger, vous pouvez me contacter à l'adresse mail suivante : *marine.borie@outlook.fr*

Afin de faciliter l'analyse des questionnaires, merci de bien vouloir renseigner les initiales de votre nom et prénom. Toutes les données récoltées seront traitées de manière confidentielle dans le respect de l'anonymat.

Nom Prénom * :

Sexe :

Date de naissance :

Lieu d'exercice :

Ancienneté dans la structure :

* A compléter avec les 2 premières initiales du prénom et les 2 premières initiales du nom

En complétant ce formulaire, je confirme avoir pris connaissance de l'ensemble des informations ci-dessus et autorise l'exploitation de tous les renseignements que j'ai fournis dans le respect de la confidentialité et de l'anonymat.

Annexe 5 : Formulaire de consentement



Formulaire de **consentement pour films, enregistrements sonores, magnétoscopiques et autres**

Je, soussigné(e) : _____
Prénom et nom en lettres majuscules

accepte que la rencontre soit enregistrée sur bande audio ou vidéo.

Je comprends que cette modalité est un outil de travail et de formation pour l'étudiant _____ en formation à l'Institut de Formation en Ergothérapie de Toulouse.

Je comprends que les enregistrements seront utilisés à des fins de travail et d'analyse par l'étudiant dans le cadre de son mémoire de fin d'études.

Seuls l'étudiant, sa superviseure ou son superviseur, sa référente ou son référent de mémoire, pourront avoir accès à l'enregistrement pour aider à l'analyse de ce dernier.

Le support audio, vidéo ou numérique ne doit pas sortir du cadre de l'Institut de Formation en Ergothérapie de Toulouse. Je comprends que tous les enregistrements seront conservés de façon à ce qu'ils ne soient pas divulgués sur internet ou utilisés à d'autres fins que pour le travail de recherche du mémoire.

Il est entendu qu'il m'est possible de demander toutes les explications que je désire sur l'usage qui sera fait de ces enregistrements.

Signatures :

Personne consentante

Etudiant qui réalise l'enregistrement

Fait à : _____
Lieu de signature

Date : _____
Jour/Mois/Année

N. B : On doit s'assurer que les signataires de cette formule sont autorisés à le faire conformément aux textes législatifs en vigueur. Le cas échéant, prière de mentionner à quel titre (curateur ou titulaire de l'autorité parentale) la personne est autorisée à signer.

Ce document doit être imprimé en double exemplaire et est à conserver par les deux personnes concernées.



**Institut de Formation en Ergothérapie
de Toulouse**

Annexe 6 : Inventaire de l'équilibre de vie traduction du Life Balance Inventory_(Matuska, 2010) traduit par Larivière et al.

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 Moleski, 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 encerclé OUI, évaluez si le temps que vous avez **réellement** consacré à chacune des activités **au cours du dernier mois** correspond au temps que vous voulez lui consacrer

ÉTAPE 2 : Pour les activités pour lesquelles j'ai encerclé 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	
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

ÉTAPE 2 : Pour les activités pour lesquelles j'ai encerclé **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
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

ÉTAPE 2 : Pour les activités pour lesquelles j'ai encerclé **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
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 traditionnels (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

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

ÉTAPE 1 :			ÉTAPE 2 :					
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	
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	Entretenir 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

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

ÉTAPE 1 :			ÉTAPE 2 :					
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	
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	Entretenir 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 encerclé **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	
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

Annexe 7 : Grille pour guider l'entretien semi-directif

Thème	Mots clefs	Synonymes	Questions spécifiques
Niveau d'épuisement professionnel, ou burn-out	Epuisement professionnel	Fatigue au travail, stress, dégradation	Pourriez-vous me dire comment vous vous sentez quand vous travaillez ?
	Perte de sens	Manque de sens, incompréhension, sensation de vide	Est-ce qu'il vous arrive de vous interroger sur le sens de vos actions au travail ?
	Dépersonnalisation	Se protéger soi-même, s'endurcir émotionnellement, ne plus rien ressentir par rapport aux autres	Est-ce que vous pensez que votre travail risque de vous endurcir ? Pourriez-vous me décrire en quoi ?
	Epuisement émotionnel	Stress, angoisse, apathie (baisse de l'empathie dans la relation soignant-soigné)	Pouvez-vous m'en dire un peu plus sur les émotions que peuvent générer votre travail ?
	Désinvestissement personnel	Baisse de motivation, baisse d'investissement, baisse de performance	Comment vous décririez vous votre implication dans la structure depuis votre arrivée ?
Niveau d'équilibre de vie	Équilibre de vie	Bien-être au quotidien, satisfait, heureux, épanoui	Etes-vous satisfait du temps accordé aux activités que vous faites ou souhaitez faire ?
	Équilibre au travail	Bien-être au travail, épanouissement professionnel	Pourriez-vous me dire comment vous vous sentez quand vous travaillez ?
	Relations satisfaisantes	Bonnes relations avec autrui, à l'aise avec les proches, épanoui socialement	Comment estimez-vous la qualité de vos relations sociales ?
	Satisfaire des besoins de base pour sécurité et santé	Subvenir à ces besoins, absence de difficultés pour se loger et manger, mener un train de vie confortable financièrement	Quelle appréciation donneriez-vous de votre situation financière ?
	Donner un sens et une identité personnelle positive	Image qu'on a de soi-même, estime de soi (positive) réaliser des choses qui ont du sens pour nous	Comment vous définiriez vous en tant que personne ?
	Se sentir engagé, mis au défi et compétent	Sentiment de défi, d'innover, de compétence, s'investir, réussite	Vous sentez-vous stimuler par vos activités quotidiennes ? Avec précision sur le type de stimulation si nécessaire

Nature de la relation de soin	Prise en charge de la chronicité	Accompagnement, suivi de longue durée	Comment décririez-vous les spécificités de l'accompagnement en oncologie ?
	Risque de complications	Cumul de difficultés, apparition d'évènements inattendus, prévenir les difficultés	Pourriez vous donner plus de détails sur les difficultés que vous rencontrez dans le suivi des patients ?
	Confrontation à la souffrance, à la mort	Faire face à la souffrance, appréhender le phénomène de mort	Avez-vous été confronté à la souffrance ou à la mort d'autrui ? Comment avez-vous géré personnellement cet événement ?
	Gestion des émotions	Empathie, compassion, pitié, sympathie	Qu'est ce que vous ressentez quand ... ?

Annexe 8 : Exemple de mail envoyé aux professionnels pour les questionnaires

Bonjour,

Je suis Marine BORIE, actuellement étudiante en 3ème année d'ergothérapie à l'institut de Toulouse.

Je suis actuellement en train de rédiger mon mémoire de fin d'étude sur le lien entre niveau d'épuisement professionnel et équilibre de vie chez les soignants. Afin de réaliser mon étude expérimentale, je recherche des professionnels de la santé exerçant auprès de personnes atteint d'un cancer volontaires pour répondre à deux questionnaires. Le temps pour y répondre est estimé à 15 minutes maximum.

Les données récoltées sont confidentielles et seront bien sùres anonymisés. Si vous le souhaitez, je vous ferais parvenir mon mémoire rédigé.

Merci de l'intérêt que vous porterez à cette demande,

Bien cordialement,

Marine BORIE

Annexe 9 : Exemple de mail envoyé aux professionnels pour l'entretien

Bonjour,

Je me permets de vous recontacter suite à votre participation à la réalisation de ma phase expérimentale dans le contexte de rédaction de mon mémoire de fin d'étude.

J'aurais aimé interviewer des professionnels de la santé exerçant auprès de personnes atteint d'un cancer. Cet entretien se déroulerait par téléphone ou de vive voix pour une durée de 15 minutes maximum.

Cet entretien sera enregistré afin qu'il puisse être retranscrit par écrit et analysé. Les données seront bien sùres anonymisés. Si vous le souhaitez, je vous ferais parvenir mon mémoire rédigé. Je suis consciente du temps que cela représente, d'autant que je vous ai déjà sollicité auparavant pour répondre à deux questionnaires. Je comprendrais donc tout à fait s'il vous est difficile de répondre positivement à cette demande. Si toutefois vous êtes disponible et intéressé pour participer à cet entretien, j'essayerai de m'adapter au mieux à vos horaires.

Merci de l'intérêt que vous porterez à cette demande,

Bien cordialement,

Marine BORIE

Annexe 10 : Tableau descriptif du panel d'étude

Participant	Age	Sexe	Profession	Ancienneté (en année)
Sujet 1	33	Feminin	Assistance médicale	5
Sujet 2	32	Feminin	Neuropsychologue	5
Sujet 3	45	Féminin	Aide-Soignante	11
Sujet 4	26	Féminin	Ergothérapeute	1
Sujet 5	27	Féminin	Infirmière	5
Sujet 6	23	Féminin	Infirmière	2
Sujet 7	29	Féminin	Aide-Soignante	2
Sujet 8	35	Féminin	Assistante sociale	4
Sujet 9	23	Féminin	Infirmière	1
Sujet 10	31	Féminin	Aide-Soignante	6
Sujet 11	25	Féminin	Infirmière	1
Sujet 12	23	Féminin	Infirmière	2
Sujet 13	30	Homme	Médecin	2
Sujet 14	25	Féminin	Infirmière	3
Sujet 15	33	Féminin	Aide-Soignante	4
Sujet 16	40	Homme	Médecin	12
Sujet 17	30	Femme	Médecin	0,5
Sujet 18	43	Homme	Médecin	15

Annexe 11 : Tableau des résultats obtenus avec calcul de variables

La **moyenne** correspond à la valeur obtenue par l'ajout de l'ensemble des valeurs d'une série divisé par leur nombre.

La **médiane** correspond à la valeur qui permet de couper l'ensemble d'une série de valeurs en deux parts égales. Si le nombre de valeurs est pair, il s'agit de la moyenne des deux valeurs centrales.

La **variance** correspond à la mesure de la dispersion des valeurs d'un échantillon ou d'une distribution de probabilité. Elle permet de voir si les valeurs sont très dispersées ou proches de la moyenne.

		Moyenne	Médiane	Variance
Indications personnelles	Age	30,72	27	41,97
	Ancienneté	4,5	3,5	16,23
Maslach Burnout Inventory	Dépersonnalisation	7,19	7	24,83
	Epuisement émotionnel	19,25	16,5	89,69
	Accomplissement personnel	40,39	40	22
	Degré de burn-out en %	23,93	22,4	96,26
Inventaire de l'Equilibre de Vie	Besoins de base	2,1	2,08	0,17
	Relations personnelles	2,02	2	0,16
	Défi, compétence	2,02	2	0,13
	Sens et identité personnelle	2,04	2,13	0,13
	Score total	2,07	2,22	00,11

Les valeurs calculées ont été exprimées avec une précision décimale au centième.

Annexe 12 : Verbatim de l'entretien avec le professionnel de santé paramédical

Actuellement, comment est-ce que tu te sens dans ton travail ?

Alors je vais séparer les deux. Donc sur mon premier poste, eh bien je suis un peu sous l'eau parce qu'il y a beaucoup de travail, beaucoup de patients à voir et c'est un peu un cercle qui ne s'arrête jamais c'est-à-dire que quand tu as fini ta journée tu sais que la prochaine sera aussi chargée et celle d'après aussi. Donc tu ne peux pas te permettre d'avoir du retard et si par malheur tu as du retard, eh bien ça s'accumule et ça ne s'arrête jamais. Mais c'est une organisation à trouver. Donc, c'est un mélange d'adrénaline, le fait qu'il y ait beaucoup de choses à faire mais en même temps d'épuisement aussi. Ensuite sur mon second poste, là c'est beaucoup plus calme parce que tu es moins dans le « aigu ». Ce sont des patients qui vont rester plus longtemps donc tu peux prendre le temps. Là, au contraire comme c'est une création de poste, ça peut arriver que je manque de travail, parce que les médecins n'ont pas encore ciblé exactement à quoi je sers, quelles sont mes compétences. Donc c'est plus moi qui vais chercher le travail que ce qu'on m'apporte comme travail.

Au niveau de l'oncologie, et même au niveau du temps que tu passes à mi-temps sur les deux structures : quelles émotions tu peux ressentir ? Que tu aurais peut-être du mal à gérer ou plutôt positives ? Tu m'as déjà parlé un peu d'adrénaline par exemple.

L'émotion positive ça va être le fait de rentrer chez soi le soir et de savoir que tu as servi à quelque chose, tu as le feed-back directement. L'émotion négative ça va être surtout sur du palliatif, de la fin de vie, où là c'est assez difficile à gérer. Le fait que je suis avec des « morts vivants », c'est à dire avec des personnes qui ne sont ni vraiment dans la vie ni vraiment dans la mort, elles sont dans l'entre deux. Et sur mon premier poste c'est plus difficile à gérer sur des situations où tu fais un transfert : un patient qui a ton âge, un patient qui ne sait pas son espérance de vie et qui te parle de projets à foison alors que toi tu sais très bien qu'en rentrant dans la chambre il lui reste deux mois, des situations familiales un peu difficiles, des situations sociales un peu difficiles. Donc quand tu rentres chez toi le soir, t'es un peu épuisée, émotionnellement.

Est-ce que tu as trouvé des stratégies ou des moyens pour gérer toutes ces émotions ?

Alors je prépare d'abord mon entretien. Quand la situation est trop difficile, je prépare et structure bien l'entretien pour ne pas me laisser disperser. Je prends le temps, vraiment je ne regarde pas l'heure, si jamais ça doit durer une heure, ça dure une heure. Et si jamais c'est trop difficile et que, même à la fin de l'entretien je sois encore submergée, on en parle entre collègues. Le fait que le milieu soit difficile fait qu'il y a une sacrée solidarité, qu'il n'y a pas de jugements et tout le monde est bienveillant.

Est-ce que ça t'arrive parfois de t'interroger sur le sens de tes actions quand tu travailles en Oncologie avec ces personnes ?

Beaucoup... Je dirais que depuis que j'ai commencé à travailler en oncologie j'ai changé personnellement, sur la vision de la vie, le pourquoi des choses, pourquoi, eh bien c'est important de faire du sport, pourquoi c'est important de se bouger, de faire les choses, de pas attendre. Pourquoi, y a toujours la question de la justice, pourquoi certains ont le cancer et pas d'autres. Je vais m'interroger surtout quand je connais l'espérance de vie et que la personne

va me demander par exemple des choses très précises, je sais que ça va être long à mettre en place mais je vais quand même faire comme si de rien n'était, c'est-à-dire sans avoir le pronostic et je vais quand même lancer la chose. Enfin, il faut jauger entre trop en faire parce que c'est « travailler dans le vent », ça n'apportera rien à la personne et ça va la mettre en difficulté, ou pas assez en faire, mais dans ce cas-là, c'est délicat parce que ça veut dire que l'espérance influence ce que tu vas apporter à la personne.

Est-ce que tu penses que ton travail risque, si ce n'est pas déjà le cas, de t'endurcir ?

Oui. Tu t'endurcies par la force des choses parce que eh bien je m'étais imposé que le soir en rentrant chez moi, il fallait que j'aie coupé, que je ne pense plus aux patients et donc, il faut que je me protège tout au long de la journée. Donc quand tu vas voir une personne en chambre, qu'elle est peut-être en phase terminale, je me focalise surtout sur l'interaction que je vais avoir avec elle, les échanges, les émotions, comment je peux arriver peut-être à la faire rire, à la faire sourire, à dédramatiser ... le dramatique parce que c'est dramatique. Mais t'es obligé de t'endurcir même si tu es toujours sensible, et heureusement parce que sinon...

Est-ce que tu peux me décrire un peu les émotions que génère ton travail ?

Je dirais qu'il y a de l'adrénaline, de la joie, de l'espérance, de la tristesse... Au début c'était beaucoup de questionnements, des questionnements philosophiques comme pourquoi, à quoi ça sert de vivre, ou quel est le sens de la vie, quel est le sens de mon travail. J'avais un peu l'impression d'être un grain de sable tu vois, et de ne pas servir à grand-chose face au « monstre de la maladie ». Des émotions très contradictoires mais au final, qui sont toutes dans les extrêmes, c'est-à-dire soit extrêmement positive parce que quelqu'un va m'émouvoir soit extrêmement négative parce que c'est accepté ce qui n'est pas acceptable.

Je comprends. Est-ce que tu arrives quand même à t'impliquer dans cette structure comme tu le souhaiterais ?

Entre collègue ou avec les patients ?

Avec les deux.

Oui il y a un bon équilibre qui s'est installé avec mes collègues et même avec les patients. La particularité sur mon premier poste ce sont des consultations, donc c'est très succins donc il faut être assez rapide et percuté sur ce qu'on te dit. Sur mon autre poste, on a plus le temps de prendre connaissance du patient, de la famille.

D'accord, je vais te poser une question plus générale qui ne concerne pas que le travail. Comment est-ce que tu perçois l'ensemble des activités de ta vie ?

Je dirais que j'ai encore un peu de mal comme je suis jeune travailleuse à trouver un équilibre entre vie personnelle et vie professionnelle. Mais au début je pouvais finir très tard à sept heures, huit heures une fois, jusqu'au moment où je me suis dit que ce n'était pas possible de rentrer, de dormir et de repartir au travail. Donc maintenant je m'oblige à avoir une heure limite et que si jamais ce n'est pas fait eh bien ce sera reporté mais j'essaye de trouver un équilibre entre mon sport, ma vie sociale et ma vie pro'.

Est-ce que tu peux m'en dire un peu sur les activités qui peuvent te stimuler ? Tu m'as parlé un peu de sport mais est-ce qu'y a d'autres activités que tu aimes faire ?

Voir mes amis, aller faire des sorties culturelles, le ciné, le théâtre, aller voir des concerts, après ça va être, ma famille, passer du temps avec ma famille et voilà ça se résume à ça.

Ça marche, est ce que tu es satisfaite du temps que tu accordes à chacune de ces activités ?

Ça va, je suis satisfaite.

D'accord, et si tu devais donner une appréciation de ta situation financière ce serait ... ?

C'est appréciable d'avoir des sous à la fin du mois, de pas autant se prendre la tête sur les fins de mois, sur ce que je dépense, d'être plus libre aussi d'acheter sans forcément réfléchir, d'aller au restaurant ou boire un verre sans forcément culpabiliser.

Si tu devais te définir en tant que personne tu te décrirais comment ?

Dynamique, entière, tenace, eh bien fluctuante.

Fin de l'entretien

Annexe 13 : Verbatim de l'entretien avec le professionnel de santé médical

Actuellement, comment est-ce que vous vous sentez actuellement dans votre travail ?

Comment est-ce que je me sens dans mon travail ? A la fois bien, et à la fois parfois fatigué et anxieux sur comment est-ce que je vais faire pour tenir.

C'est-à-dire ? Pour tenir sur le long terme ?

Oui.

Qu'est-ce qui vous fait penser cela ?

Tu as regardé le questionnaire ? L'équilibre occupationnel est complètement foireux. J'arrive le matin au travail il est sept heures et demi et quand je repars il n'est jamais moins de vingt heures trente. Eh bien, même si c'est un job qui m'intéresse vraiment beaucoup, et d'ailleurs je pense que c'est pour ça que je tiens depuis deux an et demi comme ça. Sur le long terme, ce n'est pas ...Eh bien de manière lucide sans que je me sente épuisé, quand on regarde toutes les études sur le sujet et l'importance de l'équilibre occupationnel, ce n'est pas un moyen de fonctionner qui est viable pendant dix ans.

Si j'ai bien compris, vous vous sentez parfois un peu dépassé mais en même temps, ce que vous faites vous plaît, est-ce que vous diriez qu'il y a des spécificités dans le suivi en oncologie en comparaison à d'autres domaines ?

Je pense que c'est plutôt une histoire de personnalité, de la manière que chacun a de s'engager dans son travail.

Comment vous-vous investissez dans votre travail ?

Beaucoup. Au niveau du temps, au niveau de l'énergie que j'y laisse, par rapport au fait que je laisse très rarement les choses en suspens, tu sais ce concept de lâcher prise et de toute manière il se passera ce qu'il se passera. Ce sont des choses que je n'arrive pas trop bien à mettre en place. Donc oui je pense que je m'investis beaucoup au travail, en terme de temps et d'intensité, d'investissement personnel quand j'y suis.

Est-ce que vous avez trouvé des stratégies pour faire face à toutes ces difficultés que vous rencontrez au travail ?

Non.

Est-ce que vous pouvez me décrire un peu les émotions que vous pouvez ressentir lorsque vous êtes au travail ? Tant avec les patients, que vos collègues

Utile. Je ne sais pas si c'est une émotion mais utile. Je me sens valorisé. Parfois je me sens frustré parce que des fois, il y a des freins dans le système, tu le sais parce que tu es étudiante ergothérapeute, notamment dans le système de prise en charge du handicap. Parfois tu as beau avoir pleins de bonne volonté, tu te heurte à des problèmes logistiques ou à des difficultés d'accessibilité territoriale, des fois il y a des choses très frustrantes où tu sais ce qu'il faudrait faire et en fait tu te rends compte que les politiques de santé publique font que ce n'est pas possible. Eh bien souvent je suis content au travail quand même. Content parce que je suis toujours heureux de voir que ce que j'ai fais ça sert aux gens.

Par rapport à ces freins que vous pouvez rencontrer, est-ce que ça vous arrive de vous interroger sur le sens de vos actions dans votre travail ?

Tu veux dire de remettre en question ce que je fais ou l'utilité de ce que je fais parce que le système dans lequel je le fais n'est pas forcément adapté ?

Je veux dire : est ce que vous arrivez toujours à identifier l'utilité et le sens de ce que vous mettez derrière les actions que vous faites au travail ?

Je comprends le sens qu'elles ont. En fait la frustration que je ressens par fois ce n'est pas tellement sur le manque de sens ou de cohérence de ce que je vais faire mais c'est par exemple... Par exemple une situation concrète : tu prends un patient qui fait une compression médullaire sur une métastase osseuse, qui va être en fauteuil et puis, il lui reste un pronostic de douze à quinze mois. Il faudrait aussi adapter le domicile car il ne l'est pas du tout, et tu te rends compte qu'en fait malgré toute ta bonne volonté il va y avoir sept ou huit mois d'un dossier MDPH avant que quelque chose puisse être mis en place. Ce sont davantage ces choses-là qui ... Donc non, ça ne m'amène pas à remettre en question le sens de ce que je fais, ça m'amène à remettre en question la lourdeur administrative du système et le sens de cette lourdeur administrative.

J'aurais une autre question : est ce que vous pensez que votre travail risque de vous endurcir, si ce n'est pas déjà le cas ? Et si oui, est ce que vous pourriez me dire pourquoi ?

Alors oui je pense que c'est le cas. Je pense que mon travail m'a endurci, je pense que c'est important. Pourquoi est-ce que ça m'a endurci c'est ça la suite de la question ? Car forcément quand tu vois des gens qui ont ton âge qui meurent ou qui sont handicapés forcément ça t'endurcit. Je pense que c'est important parce que sinon tu ne peux pas faire ton travail et comme il faut faire ... Eh bien, on te balance dans une piscine si tu n'apprends pas à nager tu coules, merci au revoir, c'est très dommage. Sauf que là l'enjeu est très important car ce n'est pas que pour toi. Donc si tu ne te débrouilles pas et que tu t'endurcies pas ce n'est pas que toi que tu embêtes : ce sont tous les gens qui comptent sur toi.

Vous avez été confrontés à des évènements difficiles, comment avez-vous fait face à ces évènements, pour « éviter de couler » pour reprendre vos mots ?

Eh bien... Comment j'ai géré personnellement... La toute première fois où ça m'ait arrivé c'était ... Eh bien je devais filer un avis de rééducation sur un gamin qui avait mon âge à l'époque, avec un mauvais pronostic vital. Alors comment j'ai fait ? D'abord j'ai trainé des pieds, je n'y suis pas allé pendant les cinq premiers jours. Ensuite j'ai été le voir, je suis sorti, j'ai pleuré. Ensuite, je me suis demandé ce que je pouvais faire d'utile à part pleurer. A partir de ce moment-là, et de manière très lucide, pleurer ça n'allait rien lui apporter, ni à moi, j'ai mis en place des choses pour lui apporter des choses à lui. C'était bien pour lui, je me suis senti valorisé, c'était bien pour moi, puis j'ai continué comme ça.

Merci, je vais arrêter de vous poser des questions sur votre travail pour parler un peu plus de vos activités quotidiennes si ça ne vous dérange pas...

Oui.

Comment vous décririez la perception que vous avez de l'ensemble de vos activités quotidiennes actuellement ?

Comment je perçois l'ensemble des activités de ma vie ? Elle est dure ta question.

Est-ce que vous êtes satisfait des activités que vous faites, est-ce qu'il y a que vous aimeriez faire plus ou sur un temps plus important qu'actuellement ...

Il y a pleins d'activités que je souhaiterais faire plus souvent que ce que je fais actuellement. Il y a pleins d'activités de loisirs que j'aimerais faire plus, pleins d'activités de développement personnel, non professionnel, que j'aimerais faire plus. Donc oui, le regard que j'en ai c'est que je n'ai pas assez de temps surtout.

Au niveau de la qualité des activités que vous réalisez, par exemple au niveau des interactions sociales est ce que vous en êtes satisfait ?

Presque entièrement. Parce que comme on est pas mal de mes amis dans la même situation, on passe tous beaucoup de temps au travail, et du coup on n'a pas forcément tout le temps de développer des projets communs. Dans le sens, où on a des interactions parce que ça fait des années qu'on se connaît, qu'on fonctionne de cette manière et c'est sympathique. On va manger ensemble, on va passer une après-midi aux jardins des plantes à faire du Molki et des concours de pétanque. Mais tu vois il n'y a jamais de liens très profonds, tu vois ça fait des années qu'on ne s'est pas mis à dix autour d'une table en se disant « on prend deux jours et on regarde où est-ce qu'on peut aller en voyage et on met ça en place etc. ». Tu vois il n'y a rien de plus construit.

Les voyages c'est un exemple d'activité que vous aimeriez faire davantage, c'est bien ça ?

C'était juste un exemple pour souligner que les activités plus complexes que les activités routinières de loisir, c'est difficile à mettre en place et que ce n'est pas très satisfaisant.

Je comprends. Est-ce que vous avez des activités qui vous stimulent, c'est à dire où vous vous sentez bien ?

Eh bien... Faire du sport, ça me rend heureux, même si c'est assez cliché être au boulot aussi. Et manger, je crois que c'est mon activité de loisirs préférée donc aller au restaurant avec mes amis.

Etes-vous satisfait de votre situation financière ?

Oui, et non. Oui, parce qu'elle me permet d'avoir un toit au-dessus de la tête, 3 repas chauds par jour, de quoi payer un resto et quelques bières, et de partir en vacances de temps en temps. Comparativement à l'ensemble des habitants de la planète, c'est génial. Non, car d'après mes 12 derniers mois de salaire je gagne entre 8 et 9 euros de l'heure.

Comment vous décririez vous en quelques mots ?

En quelques mots, je dirais : proactif, bienveillant, sanguin, honnête, et excessif.

Ça marche, j'ai terminé avec mes questions. Si vous avez des questions à me poser, n'hésitez pas.

Je n'en ai pas dans l'immédiat, si besoin je te rappellerais.

Fin de l'entretien

Résumé

Contexte : Le travail est un des fondements de l'activité humaine, permettant la satisfaction de ses besoins. Aujourd'hui, dans notre société en perpétuelle évolution où le travail est sans cesse réinventé, on constate un épuisement professionnel accru à tel point qu'on parle de burn-out. Ce problème est au cœur d'une politique de santé publique et pourtant, ce sont les professionnels de santé qui sont les plus touchés. **Hypothèse de recherche :** Plus le niveau d'épuisement professionnel chez le soignant est important, plus son niveau d'équilibre de vie est faible. **Méthode :** Afin de vérifier un lien entre ces deux concepts, deux questionnaires ont été transmis auprès de 18 soignants en oncologie pour récolter des données quantitatives. Deux entretiens ont été menés pour identifier les facteurs de risque d'épuisement professionnel, souligner l'influence du travail sur l'ensemble des occupations des soignants de manière qualitative. **Résultats :** L'hypothèse de recherche a été validé grâce à l'utilisation du MBI et de l'IEV. A travers le discours des soignants interrogés, des facteurs de risque ont été identifiés liés aux conditions et à la quantité de travail, à la discipline, et la perception de leur équilibre de vie a été recueillie subjectivement. **Conclusion :** Les données recueillies à travers l'étude expérimentale ont mis en évidence plusieurs facteurs de risques du burn-out et donc, des pistes d'actions potentielles sur lesquelles agir. Un guide de recommandations de bonnes pratiques a pu être élaborée. Les bénéfices de l'approche ergothérapique dans la prévention du burn-out ont été soulignés pour montrer le rôle de l'ergothérapeute en tant qu'acteur de la santé et de la sécurité au travail.

Mots clés : syndrome d'épuisement professionnel, équilibre de vie, soignants, prévention, santé et sécurité au travail, ergothérapie, oncologie

Abstract

Context : Work is one fundamental's human activity, permitting to respond of his needs. Today, in our society in constant change, the work is endlessly reinvented and we notice an improvement of burn-out. This problem is a central component of public health politics. However, the healthcare professionals are especially affected by burn-out. **Research hypothesis :** More the level of burn-out from a healthcare professional is high, more the level of life balance is small. **Method :** In order to verify a link between these two concepts, two questionnaires were sent to 18 oncology caregivers to collect quantitative data. Two interviews were conducted to identify risk factors for burn-out and to highlight the influence of work on all caregiver's occupations in a qualitative manner. **Results :** The research hypothesis was validated through the use of MBI and LBI. Through the discourse of the healthcare professionals interviewed, risk factors were identified related to the conditions and quantity of work, discipline, and the perception of their life balance was collected subjectively. **Conclusion :** The data collected through the experimental study highlighted the risk factors of burn-out and therefore, potential courses of action on which to act. A guide of recommendations for good practices was drawn up. The benefits of the occupational therapy approach in the prevention of burn-out were emphasized to show the role of the occupational therapist as a player in occupational health and safety.

Key words : burn-out, life balance, healthcare professional, prevention, health and safety at work, occupational therapy, oncology