



**Institut de Formation en
Ergothérapie de Nevers**



**Université de
Bourgogne**

DIPLÔME D'ÉTAT D'ERGOTHÉRAPEUTE

Arrêté du 5 juillet 2010 modifié

Session 1 – Promotion 2018-2021

**Accompagnement ergothérapique des personnes
en situation de burnout**

Étudiant : Ophélie BOUILLET

Directeur de mémoire : Sophie GIRARD

NOTE AUX LECTEURS

Les mémoires des étudiants de l'Institut de Formation en Ergothérapie de Nevers sont des travaux réalisés au cours de l'année de formation, en partenariat avec l'Université de Bourgogne.

Les opinions exprimées n'engagent que les auteurs.

Ces travaux ne peuvent faire l'objet d'une publication, en tout ou partie, sans l'accord de l'auteur, de l'Institut de Formation et de l'Université de Bourgogne.

Sommaire

Introduction.....	- 1 -
I. Cadre théorique.....	- 3 -
1. Burnout	- 3 -
a. Définition du burnout	- 3 -
b. Stades d'engagement dans le burnout	- 5 -
c. Phases vers un retour au travail.....	- 7 -
2. Accompagnement pluridisciplinaire	- 8 -
a. Diagnostic.....	- 8 -
b. Prévention.....	- 9 -
c. Les différents accompagnements durant la phase d'arrêt de travail.....	- 10 -
d. L'accompagnement actuel en ergothérapie	- 14 -
3. Equilibre de vie et ergothérapie	- 15 -
a. Ergothérapie.....	- 15 -
b. Santé, bien-être et qualité de vie	- 17 -
c. Occupation et sciences de l'occupation.....	- 19 -
d. Equilibre occupationnel.....	- 21 -
e. Le Modèle Canadien du Rendement et de l'Engagement Occupationnel	- 22 -
II. Méthodologie de recherche : Phase exploratoire	- 26 -
1. Question de recherche et hypothèses	- 26 -
2. Matériel et méthode	- 27 -
a. Le choix de la méthode de recherche.....	- 27 -
b. La population cible	- 27 -
c. Elaboration de l'outil	- 28 -
d. L'anticipation des biais.....	- 29 -
e. Phase de pré-test	- 30 -

f. La diffusion de l'outil	- 30 -
3. Résultats des questionnaires	- 31 -
a. Présentation des populations interrogées	- 31 -
b. Modalités d'intervention des ergothérapeutes	- 35 -
c. Prescription et recommandation de séances d'ergothérapie	- 37 -
d. Raisons de limitation des interventions d'ergothérapeutes	- 38 -
e. Raisons pour lesquelles un ergothérapeute ne pourrait pas intervenir	- 41 -
4. Discussion	- 42 -
a. Interprétation des résultats	- 42 -
b. Validation des hypothèses	- 49 -
c. Limites de l'étude.....	- 50 -
d. Intérêts pour la pratique et perspectives	- 51 -
Conclusion	- 53 -
Bibliographie	- 55 -
Sitographie	- 59 -

Liste des figures

Figure 1: Schéma des différentes phases du syndrome d'épuisement professionnel.	9
Figure 2 : Facteurs personnels favorisant le stress.....	7
Figure 3: Evolution des définitions du mouvement volontaire à l'occupation	20
Figure 4: Schéma de l'équilibre occupationnel.....	22
Figure 5: Schéma du MCREO.....	23
Figure 6 : Mode d'acquisition des connaissances sur le syndrome du burnout.....	31
Figure 7 : Professionnels participants au questionnaire.....	32
Figure 8 : Ergothérapeutes ayant rencontrés ou non des personnes en situation de burnout.....	32
Figure 9 : Lieu de rencontre.....	32
Figure 10 : Fréquence des rencontres	32
Figure 11 : Utilisation d'un modèle conceptuel.....	33
Figure 12 : Modèle conceptuel utilisé.....	33
Figure 13 : Moment de rencontre en ergothérapie.....	33
Figure 14 : Moment de rencontre pour les autres professionnels de santé.....	33
Figure 15 : Phases d'accompagnement actuel (définies selon Michel Delbrouck)....	34
Figure 16 : L'intervention de l'ergothérapeute a-t-elle une place dans l'accompagnement de personnes inscrites dans un processus de burnout ?	34
Figure 17 : Compétences ergothérapeutiques mobilisées.....	35
Figure 18 : Quand l'ergothérapeute pourrait-il intervenir	36
Figure 19 : Phases d'intervention de l'ergothérapeute.....	36
Figure 20 : Objectifs suivis en ergothérapie.....	37
Figure 21 : Seriez-vous prêt à prescrire/recommander des séances d'ergothérapie aux personnes inscrites dans un processus de burnout ?.....	37

Liste des sigles utilisés

Anact : Agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail

CDD : Contrat à Durée Déterminée

CIM : Classification Internationale des Maladies.

ETP : Education Thérapeutique du Patient

HAS : Haute Autorité de Santé

INRS : Institut National de Recherche et de Sécurité

MBSR : *Mindfulness-Based Stress Reduction*

MBI : *Maslach Burnout Inventory*

MCREO : Modèle Canadien du Rendement et de l'Engagement Occupationnel

MCRO : Mesure Canadienne du Rendement Occupationnel

MOH : Modèle de l'Occupation Humaine

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PPH : Processus de Production du Handicap

SIFEFF : Syndicat des Instituts de Formation en Ergothérapie Français

TCC : Thérapies Cognitivo-Comportementales

TNS : Taylor Nelson Sofres

Introduction

Lors d'un travail dirigé, nous avons échangé par groupes de trois étudiants sur une étude de cas portant sur une infirmière se trouvant en situation d'épuisement physique et mental. J'ai alors fait le lien avec le vécu de ma sœur Delphine quelques années plus tôt.

En effet, certains éléments me laissaient penser qu'elle avait pu être en état d'épuisement professionnel, quelques années auparavant.

Cette expérience s'est déroulée en 2013 alors qu'elle était en contrat à durée déterminée (CDD) depuis 6 mois. Delphine semblait anxieuse car les délais pour effectuer son travail étaient courts, ce qui l'obligeait à rendre un travail qu'elle jugeait de qualité moyenne. Ne trouvant pas de solution, elle a demandé de l'aide à sa supérieure qui lui a conseillé de plagier le travail d'autres personnes. Cette méthode ne correspondant pas à ses valeurs, cela a engendré une perte d'adhésion professionnelle.

Durant cette période, le travail était devenu sa principale activité, ne laissant plus de temps pour ses loisirs. Cependant, elle décrivait une diminution de son rendement et de sa performance. Sur le plan physique, une perte d'appétit et des insomnies étaient notables.

Ces symptômes se sont amplifiés jusqu'à aboutir à un arrêt de travail de deux semaines. Quelques semaines après cette reprise, Delphine a eu une entorse simultanée aux deux chevilles, créant un nouvel arrêt maladie. La date de fin de son contrat étant atteinte, le CDD n'a pas été reconduit.

Lorsque la situation s'est déroulée, je n'étais pas en mesure de l'analyser car je ne prenais pas de recul sur la situation et je n'avais pas les connaissances actuelles acquises grâce à la formation en ergothérapie. En en reparlant avec ma sœur, elle m'a dit qu'elle avait été arrêtée pour cause d'épuisement professionnel aussi appelé burnout. Cet état de fatigue impactait aussi bien sa vie professionnelle que sa vie personnelle. Il limitait sa motivation dans la réalisation de toutes ses activités de vie quotidienne y compris celles de loisir.

Au regard de ces observations et des connaissances inerrantes aux études d'ergothérapie, je me suis interrogée sur l'intervention de l'ergothérapeute auprès des personnes inscrites dans un processus de burnout. En effet, l'une de ses particularités est d'intervenir lorsqu'une situation de handicap limite une ou plusieurs activités. Dans le cas du burnout, la pratique de l'activité professionnelle provoque un épuisement important pouvant se manifester par des symptômes psychologiques et physiques. Cette limitation d'activité peut entraîner un arrêt de travail à plus ou moins long terme et avoir des répercussions dans la vie personnelle. Je me suis donc interrogée sur l'accompagnement actuellement proposé pour les personnes victimes de burnout.

Ma question de départ serait donc :

Comment l'ergothérapeute peut-il intervenir dans l'accompagnement d'une personne inscrite dans un processus de burnout ?

I. Cadre théorique

1. Burnout

a. Définition du burnout

Le burnout ou épuisement professionnel est un concept introduit pour la première fois en 1974 par Freudenberger, psychiatre américain. Les études portent alors essentiellement sur l'épuisement des professionnels de santé dont les symptômes du burnout sont rapidement visibles. Puis, au début des années 1980, Christina Maslach, professeure de psychologie sociale, approfondit les recherches et propose une définition s'appliquant à une plus large population. Elle met l'accent sur 3 dimensions :

- l'épuisement émotionnel,
- la dépersonnalisation ou cynisme et
- la réduction de l'efficacité professionnelle. (1)

Dans son rapport de 2017, la Haute Autorité de Santé (HAS) donne une définition similaire indiquant un « épuisement physique, émotionnel et mental qui résulte d'un investissement prolongé dans des situations de travail exigeantes sur le plan émotionnel » (2).

Récemment, la onzième révision de la Classification Internationale des Maladies (CIM-11) parue en 2019 qui entrera en vigueur au 1^{er} janvier 2022 a intégré le burnout dans la section « Problèmes liés à l'emploi ou au chômage ». En voici la définition : « **syndrome** conceptualisé comme **résultant d'un stress chronique au travail** qui n'a pas été géré avec succès. Il se caractérise par trois dimensions :

- 1) un **sentiment d'épuisement ou de manque d'énergie** ;
- 2) une **distance mentale accrue par rapport à son travail, ou des sentiments de négativisme ou de cynisme liés à son travail** ; et
- 3) une **efficacité professionnelle réduite**.

L'épuisement professionnel se réfère spécifiquement aux phénomènes dans le **contexte professionnel** et ne doit pas être appliqué pour décrire des expériences dans d'autres domaines de la vie. » (3)

De plus, selon la CIM-11, les diagnostics à exclure sont les troubles de l'adaptation, les troubles spécifiquement associés au stress, les troubles liés à l'anxiété ou à la peur et les troubles de l'humeur (3). En effet, si un rapprochement peut être fait entre le burnout et la dépression, il faut néanmoins les distinguer.

Tout d'abord, le burnout débute obligatoirement dans la sphère professionnelle et peut s'étendre à la sphère privée. Ensuite, chez la personne en burnout, l'inactivité est due à l'épuisement et le manque d'initiative, alors que pour la dépression, elle a pour origine des troubles de l'humeur et une incapacité à apprécier les activités. (2)

En France, la souffrance psychique en lien avec le travail arriverait en deuxième position des maladies professionnelles, après les troubles de l'appareil locomoteur (4). Dans un article datant de l'année 2010, R. Delaye et S. Bourdrandi estiment que 25% des travailleurs seraient en burnout moyen, 12% seraient à risque à 5% en burnout complet (5). Parmi les professions les plus touchées, nous comptons : 26% d'agriculteurs, 22% d'artisans, de commerçants et de chefs d'entreprise et 20% de cadres. Quant aux employés et aux ouvriers, ils représentent respectivement 11% et 8% (6). De plus, dans une enquête de Santé Itinéraire Professionnel datant de 2010 : 23% des salariés déclarent devoir toujours ou souvent effectuer une quantité de travail excessive, 43% affirment que le travail n'est parfois ou jamais reconnu à sa juste valeur et 36% disent faire dans leur travail, toujours ou souvent, des choses qu'ils désapprouvent (7). Ces chiffres alarmants révèlent en partie l'ampleur de ce problème de santé grandissant.

Pour détecter le burnout, la personne ou son entourage peut remarquer des symptômes qui s'égrènent durant son évolution du burnout. La HAS distingue (2) :

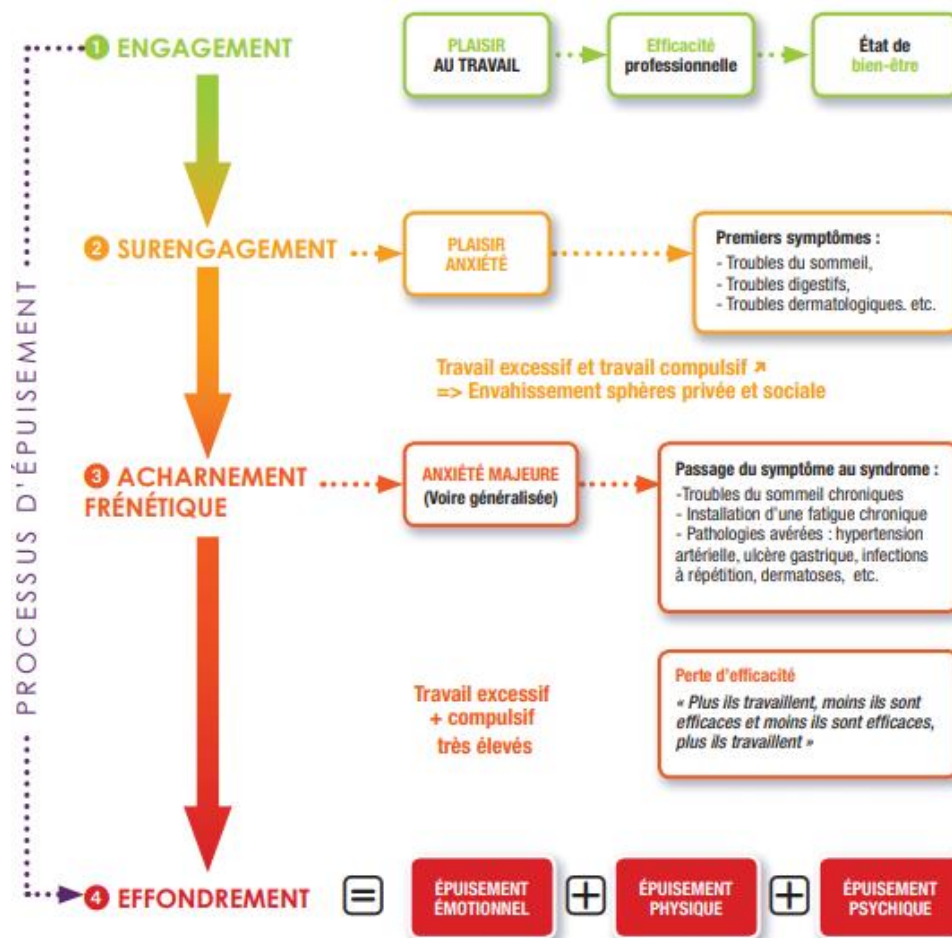
- Les **manifestions émotionnelles** dont font partie la peur indéfinissable, l'anxiété, l'humeur triste, l'hypersensibilité ou l'absence d'émotion.
- Les **manifestations physiques** comme les troubles du sommeil, la fatigue chronique, les tensions musculaires et les douleurs rachidiennes, la prise ou la perte de poids soudaine, les maux de tête, les nausées ou les vertiges.
- Les **manifestations cognitives** telles que des troubles de la concentration et de l'attention.
- Les **manifestations comportementales ou interpersonnelles** se traduisant par un repli sur soi, l'isolement, des comportements agressifs, des comportements addictifs, une diminution de l'empathie voire du cynisme.

- Les **manifestations motivationnelles** s'illustrant par un désengagement progressif, une baisse de motivation, la perte des valeurs associées au travail, un doute sur les compétences, une remise en cause et une dévalorisation.

Ces manifestations peuvent apparaître progressivement lors du processus d'engagement dans le burnout.

b. Stades d'engagement dans le burnout

Figure 1 : Schéma des différentes phases du syndrome d'épuisement professionnel



Technologia ®

La survenue suit une dynamique de décrochage. Comme nous pouvons le voir sur le schéma (Figure 1), quatre principales phases constituent l'entrée dans le burnout. (8)

La première est la phase d'**engagement** caractérisée par un plaisir au travail. Elle se distingue par une importante implication et engagement dans le travail. La personne est satisfaite dans son travail et passe outre les aspects négatifs. L'équilibre semble maintenu entre les différentes sphères de la vie quotidienne. (8)

La deuxième phase est celle du **surenagement**. Au fur et à mesure, le temps de travail devient plus important et la charge mentale associée grandit. La motivation et la satisfaction restent néanmoins moteur. (8)

Vient ensuite l'**acharnement frénétique** où le travail devient contraint. Des signes négatifs apparaissent comme le premier symptôme du burnout : l'épuisement émotionnel.

Il favorise l'apparition d'« explosions émotionnelles » comme des crises d'énerverment ou de colère ainsi que des difficultés de concentration. Les tâches deviennent souvent corvées et le repos ne suffit pas à récupérer cette énergie perdue (9).

La phase d'**effondrement** constitue la dernière étape. C'est un long processus où la déshumanisation et le sentiment d'échec professionnel accroissent. (8)

La **déshumanisation de la relation à l'autre**, aussi appelée période de cynisme, désigne la période charnière où la dimension de dépersonnalisation peut être déstabilisante pour la personne et son entourage. Sa manifestation est particulièrement visible pour les personnes exerçant dans le domaine du soin. Le professionnel change progressivement son attitude envers les patients allant du rejet à la maltraitance. (8)

Lorsque le **sentiment d'échec professionnel** apparaît, la personne se dévalorise et dévalorise son travail. Elle évoque de la culpabilité et un manque de motivation grandissant. Son sentiment de compétence et d'efficacité diminue. Or, le sentiment d'auto-efficacité décrit par Albert Bandura comme étant les croyances des individus quant à leurs capacités à réaliser des performances particulières est un facteur de protection contre le burnout. Les conséquences sont multiples et diversifiées et peuvent se traduire par un absentéisme motivé ou non, ou encore le projet de reconversion professionnelle. (10)

Le processus d'engagement dans le burnout est favorisé par la présence de facteurs de stress internes et externes. Les personnes à risque peuvent évoluer dans leurs sphères professionnelle comme privée en cherchant à répondre au mieux à certains besoins. (11) Une liste non-exhaustive de ceux-ci est représentée sur cette illustration (Figure 2).

Figure 2 : Facteurs personnels favorisant le stress



c. Phases vers un retour au travail

Michel Delbrouck propose 10 phases qui permettent de guider la personne vers la reprise d'une activité professionnelle. (9) :

- La **phase de communication** dans laquelle la personne explique son vécu et son ressenti vis-à-vis de la situation.
- La **phase d'évaluation** généralement effectuée par le médecin du travail ou généraliste qui réalise des bilans et des autotests servant à établir le diagnostic.
- La **phase d'acceptation** où peuvent commencer les étapes du deuil d'Elisabeth Kübler-Ross, c'est-à-dire le déni, la colère, le marchandage, la dépression, l'acceptation, la résignation et la libération. Ces étapes ne se déroulent pas obligatoirement dans cet ordre et peuvent continuer après cette phase.

- La **phase de désengagement ou d'écartement du travail** se manifeste souvent par un arrêt de travail et symbolise une fracture entre son emploi et ses envies.
- C'est dans la **phase de recherche de sens** que la personne prend du recul sur sa situation notamment grâce à l'intervention de professionnels comme un psychologue. Il fait le point sur la situation actuelle en redéfinissant ses valeurs, les ressources dont il dispose et les possibilités qui lui sont offertes.
- Puis, la **phase de redécouverte** permet de repenser l'environnement de travail actuel et futur en envisageant une réorientation professionnelle.
- La **phase de réapprentissage** apparaît après un changement de perspective. C'est lors de cette étape que l'individu teste de nouvelles méthodes et amorce progressivement la reprise de son activité professionnelle.
- La **phase de résolution** est un continuum stable où la personne applique les techniques qu'elle a pu expérimenter durant la phase d'arrêt de travail.
- Lors de la **phase de consolidation** la personne est le témoin direct de ses progrès et de son évolution personnelle. Le thérapeute peut proposer une consultation quelques mois après la reprise du travail.
- Enfin, la **phase de départ** où le thérapeute se désengage de la relation thérapeutique. (9)

En somme, la démarche de réhabilitation au travail comporte plusieurs phases dans lesquelles différents professionnels interviennent, la première étape étant le diagnostic.

2. Accompagnement pluridisciplinaire

a. Diagnostic

Pour effectuer un **diagnostic** fiable et au vu du caractère protéiforme et non spécifique de la symptomatologie, le médecin du travail ou le médecin traitant se doit d'effectuer un bilan quantitatif et qualitatif (12). Pour la partie quantitative, différentes **grilles d'évaluation** sont utilisées dont la plus connue est le Maslach Burnout Inventory (MBI) et ses extensions (4).

Un **entretien semi-dirigé** permet le recueil de données composant la partie qualitative du bilan. Afin de faciliter le dépistage du burnout, un canevas a été développé à la demande de l'agence fédérale des risques professionnels. Il est composé de six parties : l'anamnèse, l'étiologie (facteurs professionnels, les facteurs d'amortissement, facteurs d'aggravation), les antécédents (psychiatriques), la sémiologie (symptômes physiques, cognitifs et affectifs, comportementaux), les traitements et les évolutions, les examens complémentaires et les conclusions pouvant amener au diagnostic d'un burnout.

C'est au médecin du travail ou au médecin généraliste que revient la tâche d'effectuer le diagnostic qui se fera en dehors du milieu professionnel (13).

b. Prévention

En ce qui concerne la prévention, les entreprises ont la responsabilité d'anticiper les risques de burnout en **évaluant et en prenant en compte les risques psychosociaux** conformément aux lois en vigueur dont les articles L4121-1 à 5 du code du travail. Les actions de préventions menées par les entreprises doivent comprendre à la fois une action de **prévention, d'information, de formation et la mise en place d'une organisation et de moyens adaptés**. Pour cela, la Direction Générale du Travail, en collaboration avec l'Institut National de Recherche et de Sécurité (INRS), l'Agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail (Anact), des enseignants-chercheurs et experts de terrains, ont rédigé un guide de prévention du burnout (14). Dans celui-ci, il est conseillé d'informer et de former les travailleurs sur des sujets comme la santé et la sécurité au travail, de veiller à une juste répartition de la charge de travail, de garantir un soutien social solide, de donner des marges de manœuvre aux salariés et de valoriser le travail fourni ainsi que de favoriser les discussions sur des critères de qualité du travail.

Le conseil supérieur de santé encourage plus largement les entreprises à améliorer l'organisation et l'équilibre entre les ressources et les contraintes ainsi qu'à opérer un changement profond dans le modèle de société où la recherche de la performance est grandissante (13).

L'OMS distingue trois à quatre catégories de prévention **à destination des personnes à risque**.

La **prévention primaire** vise à mettre en œuvre des actions pour empêcher l'apparition de maladies ou, comme dans le cas du burnout, d'un syndrome (15). A ce stade la personne est en bonne forme physique et psychique, a une fatigue saine et l'épuisement physique et psychique est naturel (9).

La **prévention secondaire** a pour but de limiter l'impact de la maladie dans la vie quotidienne en la diagnostiquant le plus rapidement possible (15). Dans le burnout, la personne est à cran, cynique, détachée et froide (9).

La **prévention tertiaire** survient lorsque la maladie est déjà présente. Le but est de limiter l'aggravation et les complications (15). Elle est mise en place lorsque la personne en burnout est facilement déconcentrée, perd ses repères et éprouve un sentiment d'incompétence auxquels s'ajoutent les symptômes décrits plus haut. La personne est en burnout complet.

Enfin, la **prévention quaternaire** a, entre autres, pour objectif d'éviter la surmédication, les interventions médicales invasives et l'acharnement thérapeutique ce qui ne rentre pas en compte pour l'accompagnement du burnout.

De plus, la jurisprudence française considère que l'employeur a obligation de résultats envers ses salariés. Trois accords nationaux ont d'ailleurs été signés unanimement par les organisations patronales et les syndicats concernant : le stress au travail (26 mars 2018), le harcèlement et la violence au travail (26 mars 2010), la qualité de vie au travail et l'égalité professionnelle (19 juin 2013).

Il est à noter que le burnout ne peut être reconnu comme maladie professionnelle puisqu'il ne s'agit pas d'une pathologie mais d'un syndrome. Cependant des recours juridiques peuvent être effectués pour une décision au cas par cas. Ce syndrome nécessite néanmoins un accompagnement approprié.

c. Les différents accompagnements durant la phase d'arrêt de travail

Afin de favoriser le retour au travail et une amélioration de la qualité de vie, un accompagnement pluridisciplinaire est mis en place (13).

Il s'effectue habituellement lors d'une phase d'arrêt de travail dont la durée peut varier de 6 à 24 mois (16). Notons que lors d'une réinsertion professionnelle une visite de pré reprise avec le médecin du travail est obligatoire pour les salariés ayant été en arrêt de travail d'une durée de plus de 3 mois (R. 4624-29 du Code du travail).

Selon la HAS, l'accompagnement suit 2 principaux axes : le traitement des troubles et une action sur le contexte socioprofessionnel à l'origine du trouble (2). Puisque ce n'est pas un processus strictement endogène, l'intervention se fait donc à plusieurs niveaux : professionnel, socioculturel, familial-amical et personnel.

En ce qui concerne le lieu de travail, différentes actions et dispositions réglementaires peuvent être mises en place comme l'aménagement du poste, des horaires ou encore une amélioration de la coordination dans le travail d'équipe (14). Cela nécessite l'implication du médecin du travail, du service des ressources humaines et du responsable direct.

D'un point de vue personnel, ce temps permet le repos, la réflexion et la renaissance du désir de travailler pour aboutir à un possible retour au travail (2). Une intervention est alors nécessaire dans la sphère professionnelle comme dans la sphère privée, les deux étant en déséquilibre dans le cas d'un burnout.

Pour accompagner la personne dans cette évolution il est essentiel de favoriser l'accès à un accompagnement personnalisé. Différents professionnels de santé interviennent tels que les médecins psychiatres pouvant prescrire un traitement antidépresseur. Ce traitement n'est pas systématique puisqu'il n'est pas conseillé par le Conseil supérieur de santé (13) et l'Académie nationale de médecine (17). Seul la HAS (2) fait référence à ce type de traitement médicamenteux. Un neuropsychologue peut également intervenir afin de traiter les éventuelles difficultés de concentration, de compréhension, d'attention et de mémoire faisant partie des symptômes du burnout (13). Ces compétences sont très utiles à la reprise d'une activité professionnelle et l'amélioration de ces compétences peut favoriser l'estime de soi. Un autre outil est l'utilisation des Thérapies Cognitivo-Comportementales (TCC) par un psychologue. Elles ont un impact bénéfique qui a été prouvé dans de multiples études (2). Le but des TCC est de reconnaître les situations à risque et les pensées automatiques récurrentes qui lui sont associées. Elles permettent à la personne de mieux comprendre ses comportements et peuvent être accompagnées d'une thérapie analytique plus profonde.

Dans de nombreux ouvrages, il est également fait référence à l'apprentissage de stratégies de *coping* pouvant être traduit comme : « stratégies d'ajustement au stress » (18). Elles permettraient de contrer l'épuisement émotionnel, la

dépersonnalisation et l'accomplissement personnel mais encore trop peu d'études ont été faites. (5)

Dans le même thème, nous pouvons citer les approches centrées sur le corps et l'esprit comme la méditation pleine conscience. Elle a pour but d'apprendre à l'individu à maîtriser son attention lors des périodes stressantes. Lors de l'accompagnement du burnout, des études démontrent une diminution de la dépression, de l'anxiété, du stress et une augmentation de l'efficacité personnelle grâce à cette technique, après une durée de 8 semaines d'intervention. Pour certifier cette pratique, le programme de *mindfulness-based stress reduction* (MBSR) est proposé en France et à l'étranger. La méditation pleine conscience fait partie de la grande famille de la relaxation mentale et physique. Celle-ci peut aussi bien être atteinte de manière passive qu'active, le but étant dans un premier temps de chasser les idées déplaisantes et le sentiment de stress associé. De nombreuses techniques utilisées par les personnes étant dans un processus de burnout sont principalement tournées vers la relaxation comme les massages, le qi gong ou encore le shiatsu. (2,11)

D'autres programmes psychothérapeutiques plus tournés vers l'affirmation de soi ou les aptitudes psychosociales et relationnelles ont montré des effets positifs mais d'autres recherches doivent être effectuées. (9)

Enfin, il existe des interventions éducatives et psychosociales comme des actions d'information et de formation sur le burnout afin de favoriser la compréhension du syndrome (insight) et de développer des capacités organisationnelles et sociales.

En dehors du changement de fonctionnement au sein de l'entreprise, un principal axe d'accompagnement semble émerger : la gestion du stress. Mais qu'en est-il du surengagement dans l'activité professionnelle ?

Une étude parue en 2019 (19) confirme la théorie de l'équilibre des rôles (Marks & MacDermid, 1996) selon laquelle les personnes étant satisfaites de l'équilibre entre leurs activités de la vie quotidienne sont plus épanouies et productives. Or, les personnes atteintes de burnout ont tendance à s'impliquer corps et âmes dans leur travail. (5) Ce niveau d'engagement favorise alors l'abandon progressif des activités familiales et de loisir. L'Anact a effectué une étude sur 1026 salariés âgés de plus de 18 ans issu du panel Taylor Nelson Sofres (TNS) concernant le rythme vie

personnelle - travail. (20) La moitié des salariés reconnaît être confrontée à de réelles difficultés à gérer le quotidien notamment dans la gestion entre le rythme de travail, les horaires et trajets et les obligations liées à la parentalité. Pour un quart des salariés, leur vie professionnelle empiète fréquemment sur leur vie privée et un tiers des salariés estime consacrer trop de temps à leur travail. Finalement, pour un tiers des salariés, l'équilibre vie professionnelle – vie privée s'est dégradé.

L'étude Salveo réalisée de 2009 à 2015 à l'Institut de recherche de l'Université de Montréal a permis de mettre en valeur les leviers les plus efficaces pour réduire les demandes d'indemnisation suite à des problèmes de santé mentale (21). L'adaptation des conditions de travail et de la conception des tâches sont en tête. La gratification et la définition des exigences professionnelles sont également des méthodes pour favoriser le bien-être mental au travail. En ce qui concerne la sphère individuelle, l'activité physique et l'équilibre travail-famille rentre en compte. Alors que la nutrition, la santé générale et la gestion du stress sont à un taux non-significatif. (Tableau Annexe I)

Plusieurs articles évoquent donc l'importance de retrouver un équilibre entre vie professionnelle et vie privée en favorisant la participation à des activités de loisir ou de vie sociale ainsi que la diversification des activités (11). Il est conseillé aux personnes sujettes au burnout de reprendre des activités négligées afin de retrouver une vie multidimensionnelle. Ces activités permettent également de se détacher d'une vie principalement dédiée à la sphère professionnelle.

La priorité est davantage orientée vers les plaisirs de la vie quotidienne. Cette démarche, couplée à la thérapie analytique, participerait à l'élargissement de « l'horizon personnel ».

De plus, des recommandations suisses (22) encouragent la pratique d'une activité sportive qui contribue à réduire le stress et permet de structurer la journée ce qui est un élément pertinent lors de l'accompagnement du burnout.

Enseigner des techniques de résilience afin d'apprendre à fixer des objectifs atteignables ou encore ne pas se focaliser sur des événements stressants semble être bénéfique (23).

Afin d'aider les personnes à surmonter un burnout, il faudrait donc adopter un regard holistique sur les activités de leur vie quotidienne, leur engagement, leur environnement et les différentes ressources dont elles disposent.

Or, l'ergothérapeute est un professionnel de santé qui prend en compte l'interaction entre la personne, ses activités et son environnement. Il est également spécialisé dans le renforcement de l'équilibre entre les différentes activités de la vie quotidienne.

d. L'accompagnement actuel en ergothérapie

L'intervention d'un ergothérapeute serait donc complémentaire aux suivis existants et permettrait de poursuivre des objectifs en collaboration avec les autres professionnels. Mais quelles sont actuellement ses actions ?

Dans l'ensemble de la littérature, peu d'articles font part de l'accompagnement ergothérapeutique des personnes inscrites dans un processus de burnout bien qu'elle semble développée outre atlantique.

L'un de ces articles scientifiques révèle que des ergothérapeutes québécois ont noté que la principale difficulté rapportée par les travailleurs ayant récemment repris le travail est l'exigence des capacités cognitives engagées. Cette perte de performance serait notamment due à un sommeil peu réparateur, des difficultés d'organisation et de planification de tâches simples ainsi que l'absence de routine. Le rôle de l'ergothérapeute tel qu'il est décrit dans cet article repose donc sur plusieurs leviers tel que, dans un premier temps, **l'évaluation des composantes du travail** en fonction de l'individu et de l'environnement de travail. Puis des **actions directes sur les compétences du travailleur et les spécificités de son environnement.** (24)

En Allemagne, Regina Roth, ergothérapeute ayant dirigé de nombreux séminaires sur le thème de l'épuisement professionnel, fait également part de sa pratique professionnelle. Elle utilise par exemple, un diagramme énergétique censé représenter le total d'énergie disponible dans une journée et la répartition de l'utilisation de celle-ci. Elle note que les activités de loisirs sont souvent délaissées alors qu'elles peuvent être le moyen de recharger ses batteries.

Elle élargit également l'accompagnement en prenant en compte la **perception du corps** (proprioception) et la **reconnaissance des sensations** afin de permettre à la personne d'apprendre des stratégies nouvelles. Elles permettent de s'adapter face aux émotions désagréables ce qui rejoint les stratégies de coping développées plus haut. Une intervention directe auprès de l'entreprise peut également être effectuée

en préconisant un mode de fonctionnement différent ou des outils facilitant la réalisation du travail. De plus, les personnes atteintes de burnout se sont souvent laissées envahir par leur quotidien. L'ergothérapeute peut donc intervenir au domicile ou sur le lieu de travail afin d'accompagner la personne dans la **gestion des tâches** à accomplir afin de retrouver un environnement serein. (25)

L'intégralité des informations recueillies proviennent de 2 articles étrangers (Québec et Allemagne). D'après la littérature, l'accompagnement des personnes inscrites dans un processus de burnout semble donc encore inhabituel. Quels seraient alors les bénéfices de l'intervention d'un ergothérapeute auprès de personnes en situation de burnout ?

3. Equilibre de vie et ergothérapie

a. Ergothérapie

Selon le Syndicat des Instituts de Formation en Ergothérapie Français (SIFEF), l'ergothérapie est une profession paramédicale qui fonde sa pratique sur le lien entre l'activité humaine et la santé et prend en compte l'interaction entre la personne, l'activité et l'environnement (26). C'est un professionnel de santé qui accompagne les personnes ayant une ou plusieurs déficiences, incapacités ou troubles entraînant une situation de handicap qui limite leur autonomie dans les activités de la vie quotidienne. Selon l'arrêté du 5 juin 2010 relatif au diplôme d'Etat d'ergothérapeute, son objectif est de maintenir, permettre, restaurer les activités et de limiter les situations de handicap dans l'environnement (19). Dans le cadre du burnout, la situation de handicap réside dans l'accomplissement d'activités professionnelles et dans certains cas personnelles.

Les prises en soin ergothérapeutiques, bien qu'extrêmement variées, suivent des étapes communes. Elles débutent par un entretien qui permet d'amorcer la relation thérapeutique et de glaner des informations utiles à l'accompagnement.

Il donne une vue d'ensemble au professionnel en ce qui concerne la personne ses difficultés et ses ressources. Il guide l'ergothérapeute sur le choix des bilans qui permettront d'objectiver d'éventuelles observations. Ensuite, une synthèse des résultats est rédigée afin de pouvoir cibler les objectifs de l'accompagnement en fonction des incapacités et de la demande du client.

Pour résumer et transmettre à l'équipe pluridisciplinaire les informations recueillies, un diagnostic ergothérapeutique est rédigé à la fin duquel sont inscrits les objectifs du plan d'intervention. L'accompagnement peut alors débuter.



Au cœur de l'intervention, l'ergothérapeute utilise le potentiel thérapeutique de l'activité afin de rééduquer, réadapter, réinsérer, réhabiliter les personnes en situation de handicap. Pour cela l'ergothérapeute propose des activités à la fois signifiantes et significatives, c'est-à-dire qui ont du sens pour la personne et pour la société afin de favoriser l'adhésion au soin et la motivation.

Tout au long des prises en soin, l'ergothérapeute constitue un dossier patient qui contient :

- ses informations générales,
- les connaissances sur sa vie actuelle et avant le burnout,
- la synthèse des évaluations et des observations,
- le plan d'intervention avec les objectifs, les moyens,
- l'évolution de la situation de handicap de la personne durant le suivi,
- les comptes-rendus et les transmissions (27).

Enfin, le diplôme d'Etat d'ergothérapeute valide l'obtention d'unités d'enseignement et d'intégration qui apportent des connaissances théoriques et pratiques développées lors des stages. Elles correspondent aux 10 compétences de l'ergothérapeute :

- 1 : « Evaluer une situation et élaborer un diagnostic ergothérapeutique ».
- 2 : « Concevoir et conduire un projet d'intervention en ergothérapie et d'aménagement de l'environnement ».
- 3 : « Mettre en œuvre des activités de soins, de rééducation, de réadaptation, de réinsertion psychosociale en ergothérapie ».
- 4 : « Concevoir, réaliser, adapter les orthèses provisoires, extemporanées, à visée fonctionnelle ou à visée d'aide technique, adapter et préconiser les orthèses de série, les aides techniques ou animalières et les assistances technologiques. »

- 5 : « Elaborer et conduire une démarche d'éducation et de conseil en ergothérapie et en santé publique ».
- 6 : « Conduire une relation dans un contexte d'intervention en ergothérapie ».
- 7 : « Evaluer et faire évoluer la pratique professionnelle ».
- 8 : « Rechercher, traiter et analyser des données professionnelles et scientifiques ».
- 9 : « Organiser les activités et coopérer avec les différents acteurs ».
- 10 : « Former et informer ».

L'objectif de l'accompagnement en ergothérapie est de favoriser l'**indépendance** ou l'**autonomie** des personnes dans la réalisation de leurs activités de la vie quotidienne. L'indépendance est la capacité de réaliser seul ce que l'on souhaite (28). L'autonomie est quant à elle définie par L. Cassiers comme étant la liberté, la possibilité de penser ce que l'on veut, de désirer ce qu'on veut, mais aussi de l'exprimer, de s'associer, de contribuer à réaliser ce que l'on veut. (28, 29) Afin d'atteindre cet objectif, l'ergothérapeute travaille en collaboration avec le patient, son entourage et les professionnels de santé qui l'accompagnent. Il s'agit alors de travailler en pluridisciplinarité, c'est-à-dire en rassemblant les connaissances de chaque professionnel afin d'atteindre un but commun. Il est également possible de travailler en interdisciplinarité, ce qui implique un enrichissement mutuel grâce aux connaissances, aux savoirs-faires et aux échanges et à la coopération entre les professionnels.

Nous pouvons alors nous demander, quelles compétences seraient particulièrement mobilisées dans l'accompagnement d'une personne en situation de burnout afin de l'aider à retrouver un bien-être au quotidien ?

b. Santé, bien-être et qualité de vie

Nous allons, ici, nous interroger sur le terme à employer pour définir l'état devant être atteint pour permettre un retour au travail.

La personne en situation de burnout doit tout d'abord avoir un état de santé suffisant pour permettre la reprise d'une activité professionnelle (16). Selon l'OMS la **santé** est un état de complet bien-être physique, mental et social, qui ne consiste pas seulement en l'absence de maladie ou d'infirmité. La notion de santé est donc

directement reliée au concept de bien-être (30). Le **bien-être** est défini par A. Bailly comme étant le résultat d'une relation subjective entre une personne et les valeurs auxquelles elle aspire, valeurs morales, culturelles, politiques et économiques. Le concept de **santé mentale**, est quant à lui défini comme un état de bien-être dans lequel une personne peut se réaliser, surmonter les tensions normales de la vie, accomplir un travail productif et contribuer à la vie de sa communauté (30). La santé mentale, qui englobe le concept de bien-être, est donc nécessaire à une amélioration de l'état de santé qui favoriserait un retour au travail.

Le concept de **qualité de vie** est quant à lui rattaché à celui de la santé et du bien-être puisqu'il permet d'obtenir une vue d'ensemble de ceux-ci. Il est combiné à la capacité d'atteindre des ambitions, la satisfaction des besoins (31). L'OMS définit la qualité de vie comme la perception qu'a un individu de sa place dans l'existence, dans le contexte de la culture et du système de valeurs dans lesquels il vit, en relation avec ses objectifs, ses attentes, ses normes et ses inquiétudes (17). Il s'agit d'un large champ conceptuel, englobant de manière complexe la santé physique de la personne, son état psychologique, son niveau d'indépendance, ses relations sociales, ses croyances personnelles et sa relation avec les spécificités de son environnement » (32). Le rapport Stiglitz, rédigé en 2008 afin de mesurer les performances économiques et le progrès social, indique qu'au-delà du bien-être ressenti, les indicateurs de qualité de vie sont : les conditions de vie matérielles, l'éducation, la gouvernance et les droits des individus, la sécurité économique et physique, les loisirs et les contacts sociaux, l'environnement et le cadre de vie, la santé et les risques psychosociaux au travail (33). Il s'agit donc d'un concept complexe propre à chaque individu qu'il est possible de faire évoluer en modifiant ses différentes composantes (29). D'après Natalie Sève-Ferrieu, les évaluations de la qualité de vie « se portent sur les relations qui existent entre les déficiences, leurs conséquences dans les activités de la vie quotidienne [...] et le ressenti de bien-être et de satisfaction de la personne ». Des modifications de ces composantes peuvent donc influencer la qualité de vie. De plus, elle met en avant l'utilisation de la Mesure Canadienne du Rendement Occupationnel (MCRO) pour quantifier la qualité de vie (Annexe II).

En outre, nous pouvons distinguer le concept de **qualité de vie au travail** qui est une sous partie de celui de qualité de vie. Il est modifié par l'environnement, les processus et les stratégies mises en place afin d'améliorer le bien-être au travail comme les conditions de travail et l'efficacité de l'organisation.

Le terme qualité de vie serait donc approprié dans le cadre de l'accompagnement de personnes en situation de burnout. L'ergothérapeute pourrait alors intervenir dans cette accompagnement en permettant à la personne d'améliorer l'équilibre et la satisfaction dans les occupations de vie quotidienne.

c. Occupation et sciences de l'occupation

Les activités de la vie quotidienne sont également présentes sous le terme d'occupation dans la littérature faisant intervenir des ergothérapeutes. Ce concept d'origine anglo-saxon, est devenu fondamental dans la profession d'ergothérapeute aboutissant à la création des sciences de l'occupation (34).

En effet, en ergothérapie, il est à rapprocher des sciences de l'occupation qui puise ses fondements dans des concepts ergothérapiques. Son objectif est de favoriser la compréhension de l'impact des occupations sur la santé et le bien-être. Pour cela, elle se concentre sur la forme, la fonction et le sens qu'ont les occupations, pour les personnes qui les effectuent. (35)

Pour Pierce, une occupation est une expérience spécifique, individuelle construite personnellement et qui ne se répète pas et a une forme, une cadence, un début et une fin, un aspect partagé ou solitaire, un sens culturel pour la personne et un nombre infini d'autres qualités contextuelles perçues (35). Kielhofner définit quant à lui l'occupation humaine comme « la réalisation des activités de la vie quotidienne, du travail et des loisirs d'une personne, dans un espace-temps délimité, un environnement physique précis et un contexte culturel spécifique ». Il s'agit donc d'une activité qui devient unique puisqu'elle est teintée par l'environnement et les spécificités de la personne. Les occupations sont orientées vers un but, culturellement identifiable, contextuelles et ont un sens pour celui qui les pratique (36). Le schéma suivant (Figure 3) peut permettre une meilleure compréhension de ce concept.

Figure 3 : Evolution des définitions des processus mentaux à l'occupation

Figure 1.1 Le code taxonomique du rendement occupationnel¹ (CTRO-TCOP)

Niveau de complexité	Définition	Exemple
Occupation	Une activité (ou ensemble d'activités) qui est réalisée avec une certaine constance et régularité; qui apporte une structure et à laquelle est accordée une valeur et une signification par des individus et une culture.	Comptabilité
↑		
Activité	Une série de tâches avec un aboutissement spécifique ou un résultat qui est plus important que toute tâche constituante.	Préparation d'un rapport financier (rédaction de rapports)
↑		
Tâche	Action ou série d'actions ayant un aboutissement ou un résultat spécifique.	Imprimer le rapport
↑		
Action	Un ensemble de schèmes de mouvements volontaires ou des processus mentaux utiles et observables (tels que agripper, maintenir, tirer, pousser, tourner, s'agenouiller, se tenir debout, marcher, penser, se souvenir, sourire, mâcher, cligner de l'oeil, etc.).	Pliage, se souvenir de la signification des chiffres
↑		
Mouvement volontaire ou processus mentaux	L'activation simple d'un muscle ou d'une activité mentale (tels que : la flexion, l'extension, l'adduction, l'abduction, la rotation, la supination, la pronation, le clignement, la mémoire, l'attention, la concentration, le balayage, etc.).	Flexion, l'écoute

¹Tous les niveaux de rendement sont favorisés par les composantes cognitives, physiques et affectives du rendement. La spiritualité subsiste.
(adapté de Polatajko et al., 2004; et Zimmerman, Purdie, Davis, et Polatajko, 2006)

Schéma tiré de : Faciliter l'occupation : l'avancement d'une vision de l'ergothérapie en matière de santé, bien-être et justice à travers l'occupation (37).

Plus généralement, quatre caractéristiques définissent l'occupation :

- c'est l'action de faire de façon déterminée et orientée vers un but,
- elle est exécutée la plupart du temps de manière consciente et intentionnelle
- elle est temporellement, historiquement et socioculturellement définie
- et elle tend à être personnellement signifiante (38).

Selon Ann Wilcock, les occupations affectent la santé et le bien-être. En effet, elles permettent de gérer le temps et apportent une structure et un sens à la vie. D'ailleurs les sciences de l'occupation considère que les occupations comportent des routines et des habitudes (35). Selon les valeurs et les croyances de l'ergothérapeute, l'occupation donne un sens à la vie et est un déterminant de la santé et du bien-être. Les occupations se développent et se transforment tout au long de la vie et sont une thérapie efficace. (39)

Le travail est une composante indissociable du mode de vie actuel et fait partie des principales occupations de la vie quotidienne. Dans le cadre du burnout,

l'engagement dans son activité professionnelle devient alors prépondérant jusqu'à aboutir à un état d'épuisement insurmontable. L'ergothérapeute pourrait alors intervenir pour retrouver un équilibre entre l'ensemble des occupations.

Le concept d'intégrité occupationnelle développé par Pentland et McColl considère que l'équilibre de vie s'acquiert en harmonisant ses valeurs personnelles, ses forces et ce qui a du sens pour elle, autrement dit qui sont signifiantes (40). L'engagement et l'équilibre dans des occupations signifiantes sont donc essentiels et thérapeutiques (41). L'intervention de l'ergothérapeute pourrait donc permettre de retrouver un équilibre occupationnel.

d. Equilibre occupationnel

Le concept d'équilibre de vie ou « *work-life balance* » est défini comme tout ce qui permet d'atteindre un état d'équilibre entre le travail et la vie personnelle. Il prend en compte les exigences temporelles et émotionnelles en favorisant les activités signifiantes (42). Il rejoint celui d'équilibre occupationnel introduit par Adolf Meyer qui le définit comme un équilibre temporel entre le travail, les loisirs, le repos et le sommeil dans la vie humaine. Le concept étant en perpétuelle évolution nous pouvons également citer celle de Willock que nous retrouvons dans les écrits de Wagman. Il la définit comme un équilibre dans l'engagement des occupations qui procure un sentiment de bien-être (23). C'est un état relatif et dynamique où l'oscillation entre équilibre et déséquilibre est permanente (42). Le schéma suivant (Figure 4) est une représentation des composantes de l'équilibre occupationnel.

Figure 4 : Schéma de l'équilibre occupationnel



M.Rousset, E. Racaud & R. Genet (ergothérapeutes)

Or, les ergothérapeutes sont particulièrement aptes à étudier l'équilibre occupationnel des individus au vu de leurs connaissances et leurs compétences (41). Ils disposent de modèles conceptuels qui permettent une approche holistique de la personne comme le Modèle Canadien du Rendement et de l'Engagement Occupationnel (MCREO).

e. Le Modèle Canadien du Rendement et de l'Engagement Occupationnel

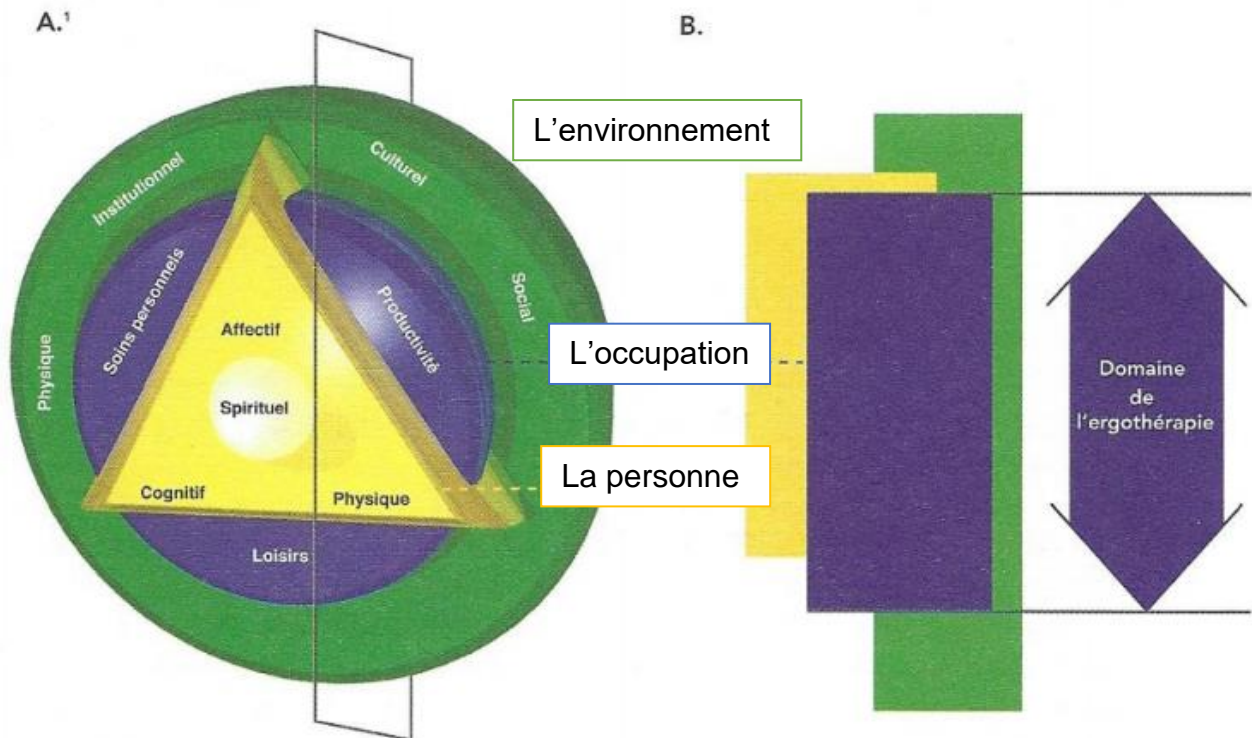
En France, Marie-Chantal Morel-Bracq a rédigé le livre de référence sur les modèles conceptuels. Selon sa définition, un modèle conceptuel est une **représentation mentale simplifiée d'un processus qui intègre la théorie, les idées philosophiques sous-jacentes, l'épistémologie et la pratique**. En d'autres termes, en ergothérapie, il constitue une grille de lecture de la situation dans laquelle se trouve la personne accompagnée avec un vocabulaire et des concepts spécifiques. Les modèles conceptuels possèdent un schéma (Figure 5) qui permet de montrer les interactions qui existent entre les différentes composantes.

Outre la vision holistique du client, les modèles conceptuels facilitent la rédaction du diagnostic ergothérapique ainsi que des objectifs de l'accompagnement. (43)

Comme le révèle l'ouvrage de référence, il existe une multitude de modèles. Pour cette étude, j'ai choisi de développer le MCREO qui met en valeur les interactions

entre l'environnement, l'occupation et la personne en utilisant un vocabulaire favorisant la compréhension pluridisciplinaire. (43)

Figure 5 : Schéma du MCREO



Ce modèle conceptuel est centré sur le **client**, terme canadien qui peut désigner la personne, la famille ou l'organisme pris en soin. Le MCREO illustre la relation dynamique qui existe entre la personne, l'environnement et l'occupation. Il permet de mettre en évidence le champ d'action de l'ergothérapeute à travers la double flèche représentée à droite du schéma. Grâce au MCREO, l'ergothérapeute peut promouvoir l'occupation dans la vie quotidienne en la désignant à la fois comme moyen et comme objectif. (39,43) Dans le cadre de l'accompagnement de personnes en situation de burnout, ce modèle permettrait de recenser les éléments qui constituent et influent sur la qualité de vie. Ce schéma peut dans un premier temps, être rempli par l'ergothérapeute après les premières séances, puis complété en collaboration avec la personne. Pour cela, il est nécessaire de définir les termes présents sur le schéma au sein des items « environnement », « occupation », « personne ».

Comme représenté sur le schéma, la **personne** est définie selon ses caractéristiques affectives, physiques, cognitives et spirituelles. La **dimension affective** comprend toutes les fonctions sociales et affectives ainsi que les facteurs interpersonnels et intra-personnels dont la fonction sociale (humeur et réactions émotionnelles, gestion des émotions et du comportement). La **dimension physique** correspond à toutes les fonctions sensorielles, motrices et sensori-motrices. La **dimension cognitive** comprend, quant à elle, toutes les fonctions cognitives et intellectuelles ainsi que les schémas cognitifs et l'organisation de la pensée. Enfin, la **dimension spirituelle** permet de mettre en valeur la place de la spiritualité dans la vie de la personne.

Ensuite, l'**occupation** comprend les **soins personnels**, la **productivité** et les **loisirs**. Bien que les termes soient explicites, il convient de spécifier que les soins personnels comprennent la mobilité fonctionnelle et l'organisation dans le temps et l'espace.

L'**environnement** est quant à lui détaillé grâce aux adjectifs : physique, institutionnel, culturel et social. Il prend donc en compte les spécifiés de la sphère privée et professionnel en détaillant ce qui les composent. (39,43)

Le MCREO dispose d'un instrument d'évaluation intitulé la Mesure Canadienne du Rendement Occupationnel (MCRO). (Annexe II) Elle constitue un outil qui permet de déterminer les objectifs ergothérapeutiques en collaboration avec le client.

La MCRO fait apparaître les termes de **rendement**, **satisfaction** et **d'importance**. Une fois que les occupations posant des difficultés sont ciblées, elles sont notées sur une échelle d'importance allant de 1 (pas important du tout) à 10 (extrêmement important). Ensuite, le rendement et la satisfaction sont évalués. La cotation du rendement correspond à la question : « Comment coteriez-vous la façon dont vous accomplissez cette activité actuellement ? » en notant de 1 (incapable d'exécuter l'activité) à 10 (capable d'exécuter parfaitement l'activité). La cotation de la satisfaction permet, quant à elle de répondre à la question : « Dans quelle mesure êtes-vous satisfait de la façon dont vous exécutez cette activité actuellement ? » en notant de 1 (pas satisfait du tout) à 10 (extrêmement satisfait). De plus, deux nouvelles notions ont été ajoutées dans la dernière version du MCREO : l'engagement et l'habilitation. L'**engagement** représente la participation aussi bien

psychologique que physique dans les activités de la vie quotidienne. L'**habilitation** désigne la facilité avec laquelle la personne réalise ses occupations. Elle permet d'accéder à de nouvelles possibilités, de renforcer le pouvoir et la capacité d'être et d'agir. (43)

Au commencement de l'accompagnement des personnes inscrites dans un processus de burnout, la MCRO pourrait être utilisée pour aider la personne à prioriser ses objectifs en fonction de leur importance. Elle serait ensuite réutilisée après quelques mois, pour noter les évolutions et définir de nouveaux objectifs, si nécessaire.

Dans un premier temps, le but est de déterminer les domaines personnels, occupationnels et environnementaux, qui font obstacle ou freinent son rendement occupationnel. La personne et le thérapeute ciblent ce que la personne veut, doit ou devrait réaliser mais qu'elle n'arrive pas ou ne réalise pas, avec satisfaction. La grille de la MCRO est divisée en 3 parties : les soins personnels, la productivité et les loisirs. Les difficultés qui apparaissent dans ces domaines sont cotées (1 à 10) afin de les hiérarchiser par ordre d'importance. Puis, un maximum de 5 objectifs est sélectionné par le client en fonction de ceux qui ont le plus d'importance pour lui. Enfin, le client note son rendement et sa satisfaction sur une échelle de 1 à 10. Ces notes permettront de noter les évolutions au cours du suivi.

En somme, le MCREO est un modèle conceptuel centré sur le client et fondé sur l'occupation. Il permet de définir clairement le champ d'intervention de l'ergothérapeute ainsi que sa vision holistique. Le schéma du MCREO permet à la personne suivie d'avoir une vue d'ensemble sur la situation problématique et ce qui l'entoure, tandis que la MCRO favorise la rédaction d'objectifs. Le MCREO et la MCRO semblent donc être des outils adaptés à l'accompagnement de personnes en situation de burnout vers une amélioration de la qualité de vie. Ils permettent de favoriser la participation du client dans son suivi.

II. Méthodologie de recherche : Phase exploratoire

1. Question de recherche et hypothèses

Le burnout est un syndrome actuellement reconnu par la 11^{ème} version de la CIM. La HAS, par ses recommandations fait ressortir l'importance de l'accompagnement pluridisciplinaire sans tout fois mentionner la profession d'ergothérapeute. Les besoins des personnes face à cet épuisement sont de retrouver de l'énergie et de l'envie à effectuer les activités de la vie quotidienne, faire face au stress et à l'anxiété, retrouver un équilibre occupationnel et retrouver un engouement au travail. Cependant, mes recherches m'ont permis de mettre en relation le concept d'équilibre occupationnel et l'utilisation du MCREO et de ses outils, avec les besoins cités plus haut. Dans la continuité de cette réflexion, la problématique qui apparaît est :

En quoi l'intervention de l'ergothérapeute peut-elle contribuer à l'amélioration de la qualité de vie auprès des personnes inscrites dans un processus de burnout ?

Afin de répondre à cette problématique, la méthode hypothético-déductive nécessitant la formulation d'hypothèses est utilisée. Il s'agit de propositions pouvant être validées ou réfutées au terme de la démarche de recherche.

Par cette étude, je cherche à savoir si

- **les ergothérapeutes possèdent des compétences permettant de répondre aux besoins des personnes en situation de burnout (Hypothèse 1).**
- L'objectif visé au travers de l'intervention ergothérapeutique serait : **d'accompagner le client dans la recherche d'un équilibre occupationnel entre productivité, soins personnels et loisirs (Hypothèse 2).**
- Pour cela, un **renforcement de l'engagement et du rendement dans ses occupations** seraient encouragé **(Hypothèse 3).**
- La finalité serait alors **d'améliorer la satisfaction du client en ce qui concerne la qualité de vie et la qualité de vie au travail (Hypothèse 4).**

2. Matériel et méthode

a. Le choix de la méthode de recherche

Ma recherche interroge la place de l'ergothérapie dans l'accompagnement des personnes inscrites dans un processus de burnout. Elle a à la fois une fonction d'analyse des pratiques en France ainsi qu'une fonction heuristique.

L'objectif de cette étude est d'infirmier ou de confirmer les hypothèses formulées en fonction des recherches menées et de mes connaissances sur le métier d'ergothérapeute. Il s'agit d'obtenir l'avis de professionnels prenant en charge des personnes ayant vécu ce syndrome ainsi que des ergothérapeutes dont l'expérience professionnelle permet d'avoir un regard critique sur cette éventuelle pratique.

Pour réaliser cette recherche j'ai utilisé le questionnaire puisqu'il s'agit d'une étude qualitative. Il permet de cibler un problème précis dans une population déterminée afin d'aboutir à des conclusions généralisables.

Le questionnaire permet une diffusion à grande échelle, le but étant de recueillir un nombre de données suffisant afin d'obtenir des résultats objectifs.

b. La population cible

Afin de répondre au mieux à la problématique en validant ou en infirmant les hypothèses, je souhaiterais interroger deux populations grâce à deux questionnaires différents traitant des mêmes thématiques :

- Questionnaire à destination d'autres professionnels de santé (hors ergothérapeute).

Les professionnels de santé (hors ergothérapeutes) interrogés sont ceux qui sont habituellement en relation avec les personnes s'inscrivant dans un syndrome de burnout. Il s'agit des médecins du travail, des médecins généralistes, des médecins psychiatres, pouvant être prescripteurs de séance d'ergothérapie, mais aussi des neuropsychologues, des psychologues cliniciens et des psychologues du travail.

- Questionnaire à destination des ergothérapeutes.

Il semble essentiel d'interroger des personnes exerçant la profession concernée afin d'élaborer une vue d'ensemble sur les rôles et les missions que pourraient avoir les ergothérapeutes auprès de cette population. Puisque les personnes inscrites dans

un processus de burnout ne sont pas spécifiquement adressées vers une structure j'ai choisi d'interroger tous les ergothérapeutes sans restriction de domaine d'exercice.

➤ **Questionnaire à destination des ergothérapeutes**

Critères d'inclusion	Critères d'exclusion
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ergothérapeutes exerçant en France. ▪ Ergothérapeute ayant des connaissances sur le syndrome du burnout. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ergothérapeute n'exerçant pas en France. ▪ Etudiants ergothérapeutes ▪ Ergothérapeute n'ayant pas de connaissance sur le syndrome du burnout.

➤ **Questionnaire à destination d'autres professionnels de santé**

Critères d'inclusion	Critères d'exclusion
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Travailler avec des personnes inscrites dans un processus de burnout ▪ Être médecin généraliste, médecin du travail, médecin psychiatre, neuropsychologue, psychologue clinicien ou psychologue du travail. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Professionnel qui n'a jamais pris en charge des personnes inscrites dans un processus de burnout.

c. Elaboration de l'outil

Lors de l'élaboration du questionnaire (Annexes 3 et 4) j'ai veillé à garder la même trame et des questions similaires afin de pouvoir croiser les données lors de l'analyse des résultats. En effet, nous retrouvons :

Dans une première partie, des questions sur leur profession et leurs pratiques professionnelles envers les personnes inscrites dans un processus de burnout (Annexe III et IV : questions 1 à 9 pour celui à destination des ergothérapeutes et questions 1 à 4 pour celui à destination des autres professionnels de santé). Cette partie permet également d'apporter des connaissances sur le syndrome du burnout afin que les participants aient des informations similaires. Enfin, une fiche d'information sur le métier d'ergothérapeute est proposée aux professionnels de santé hors ergothérapeutes.

Une seconde partie est consacrée à la place de l'ergothérapeute dans l'accompagnement des personnes inscrites dans un processus de burnout. Elle traite des compétences de l'ergothérapeute qui seraient mobilisées ainsi que des moments d'intervention envisagés. Les questions 10, 11, 12, 13, 15 du questionnaire à

destination des ergothérapeutes sont identiques aux questions 5, 6, 7, 8, 10 du questionnaire à destination des autres professionnels de santé afin qu'une comparaison directe puisse être possible.

De plus, le questionnaire comporte à la fois des questions à choix unique ou multiples et des questions ouvertes pour recueillir des réponses plus personnelles. Certaines d'entre elles font apparaître des questions supplémentaires.

d. L'anticipation des biais

Le questionnaire peut comporter des biais qu'il convient d'anticiper. Tout d'abord, des biais généraux peuvent intervenir. C'est le cas de l'effet de halo qui se caractérise par l'influence de la syntaxe sur les réponses et la perception globale du recueil d'information. L'effet de primauté désigne une attention plus importante en début ou en fin de questionnaire. Il se rapproche de l'effet d'ancrage qui est présent dans les questionnaires ; les premières réponses d'un questionnaire à choix multiple ont, en effet, une probabilité plus élevée d'être choisies.

Un biais dit affectif peut s'ajouter à ceux déjà cités. Il s'agit d'une déformation du jugement engendré par la relation avec la personne interrogée. Pour éviter ce biais, ainsi que celui de crainte de représailles, je n'ai pas envoyé le questionnaire aux ergothérapeutes avec qui j'ai eu des contacts. Les résultats seront également anonymisés. Le biais de désirabilité sociale peut également interférer dans ce questionnaire notamment à la question de connaissance sur le burnout. En effet, les personnes interrogées ont tendance à répondre positivement aux questions afin d'être mieux perçues par l'enquêteur. Pour limiter ce biais j'ai ajouté une partie théorique sur le syndrome du burnout. D'autre part, le biais d'acquiescement induit que les personnes interrogées favorisent les réponses positives.

De plus, les biais peuvent être d'ordre méthodologique. Il est possible que le recueil d'informations se révèle difficile, incomplet voire insuffisant. C'est pourquoi, j'ai choisi de multiplier et de diversifier les moyens de communications pour obtenir un nombre de réponses satisfaisant. Il est alors nécessaire de porter une attention particulière au nombre de questions posées pour que les personnes prennent le temps de répondre. La nature des questions est également importante, c'est pourquoi j'ai privilégié les questions fermées ou dichotomiques.

e. Phase de pré-test

Les mails pour les pré-tests ont été envoyés le 29 décembre 2020 pour les ergothérapeutes et le 30 décembre 2020 pour les autres professionnels de santé. Au moins deux réponses étaient attendues pour chaque questionnaire. Trois ergothérapeutes ont participé au questionnaire. Il en est ressorti que l'estimation de la durée de passation devait être rallongée pour atteindre 20 minutes. Dans ce questionnaire j'ai également effectué les modifications en corrélation avec le second questionnaire. Pour celui-ci, un neuropsychologue et un médecin généraliste ont répondu. J'ai ainsi pu modifier la place de la question sur la mobilisation des compétences de l'ergothérapeute. Après avoir effectué les modifications et supprimé les réponses aux pré-tests dans la partie résultat, j'ai commencé la diffusion à plus grande échelle.

f. La diffusion de l'outil

Pour partager le questionnaire j'ai choisi d'utiliser le site Myforms ® qui offre une présentation claire avec une page d'accueil, une partie questionnaire et une page de remerciement. Les résultats obtenus sont disponibles de manière individuelle et peuvent être regroupés sous forme de tableau ou de graphique afin d'obtenir des données chiffrées.

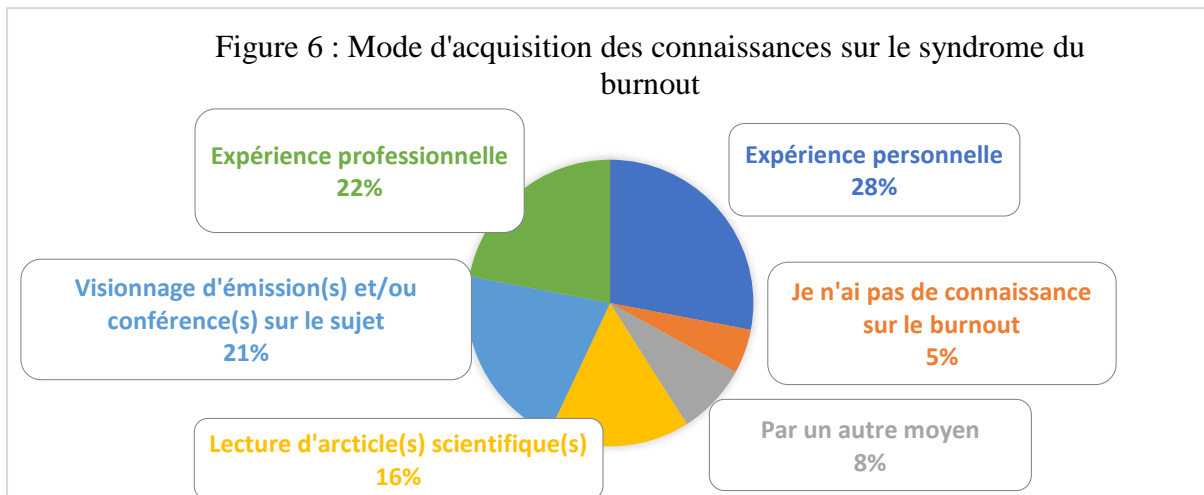
La diffusion des questionnaires a débuté le 22 janvier 2021 à la fois sur des groupes Facebook ® (« Mémoire ergothérapie », « Ergo en psy – France », « Le coin de l'ergothérapie » et « Psychologues Auvergne Rhône Alpes ») et par mail à des professionnels travaillant en cabinet ou en structure (centre médico-psychologique, hôpital psychiatrique, centre de médecine du travail...). La réception des questionnaires a été clôturée le 18 février puisque je n'avais plus de réponse depuis plus d'une semaine. Dans un premier temps, 24 personnes avaient répondu au second questionnaire à destination des professionnels de santé hors ergothérapeutes. J'ai alors appelé et envoyé des mails aux professionnels de santé sélectionnés pour ma recherche à l'aide de données recueillies sur internet, afin d'obtenir davantage de résultats. Au total, le nombre de réponses a été de 53 pour les ergothérapeutes et 31 pour le second questionnaire, soit un total de 84 réponses.

3. Résultats des questionnaires

a. Présentation des populations interrogées

- Questionnaire à destination des ergothérapeutes

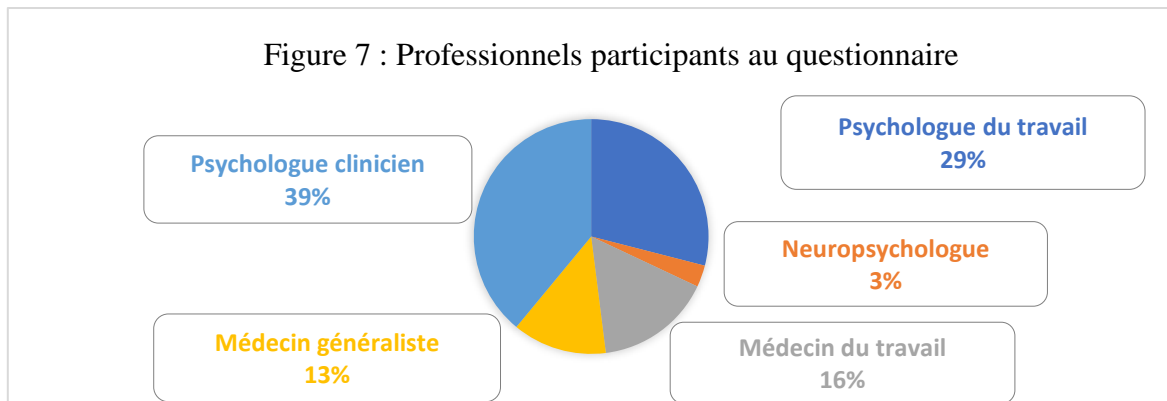
La totalité des personnes interrogées sont des ergothérapeutes français en exercice. Leurs connaissances sur le syndrome du burnout peuvent être représentées par ce diagramme.



Au vu des résultats j'ai écarté les questionnaires des personnes n'ayant pas de connaissance sur le syndrome du burnout ce qui représente 5 résultats. Pour la suite de cette étude les réponses de 48 ergothérapeutes ont donc été retenues. En effet, dans cette étude seuls des ergothérapeutes ayant des connaissances sur le burnout sont interrogés.

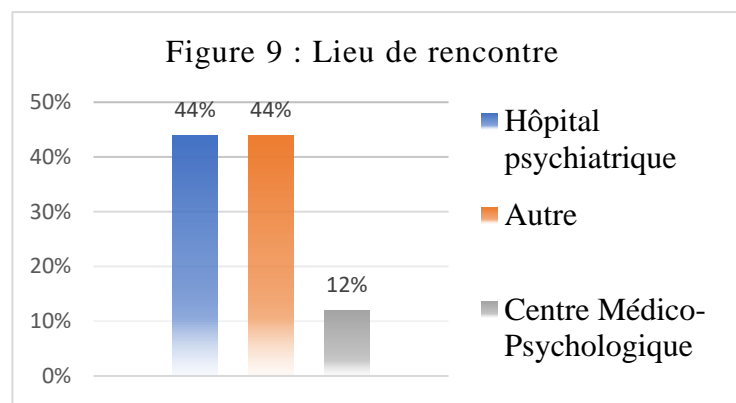
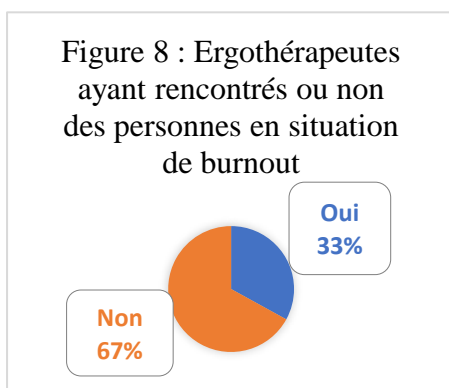
- Questionnaire à destination des professionnels de santé (hors ergothérapeutes)

Pour rappel, la population cible est composée de médecins généralistes, du travail et psychiatres, des psychologues cliniciens et du travail et de neuropsychologues ayant déjà rencontré cette population. Tout ceux ayant répondu à ce questionnaire ont coché « Oui » à la question « Avez-vous déjà reçu des patients/clients inscrits dans un processus de burnout ? ». L'ensemble des réponses a ainsi pu être comptabilisé pour cette étude soit un total de 31 réponses.

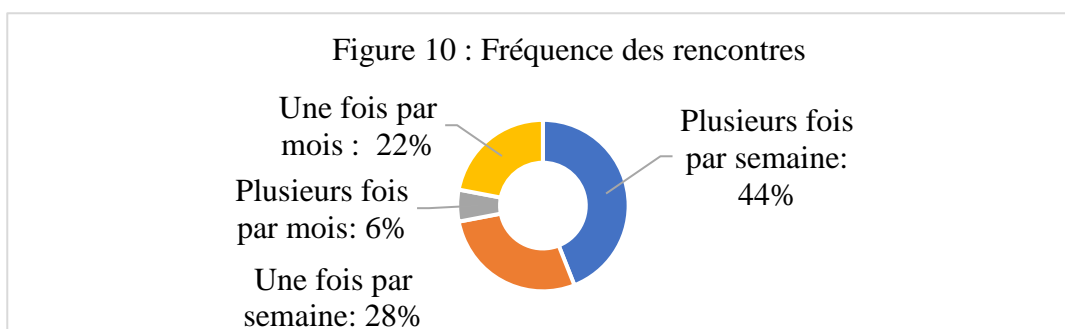


✚ Leur pratique auprès des personnes étant dans un syndrome de burnout

- Questionnaire à destination des ergothérapeutes

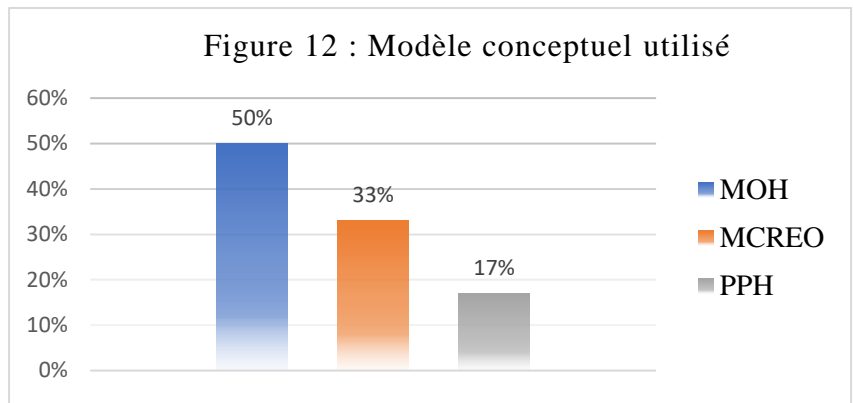
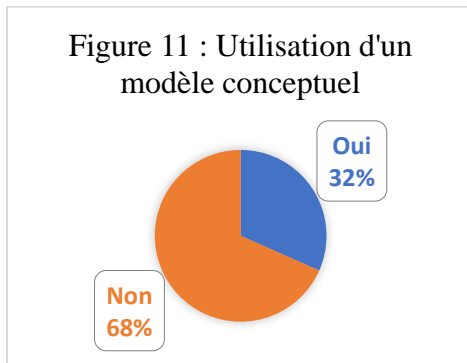


Un tiers des ergothérapeutes interrogés a déjà rencontré des personnes en situation de burnout. Les lieux de rencontre sont représentés dans le graphique ci-dessus et certains participants ont répondu d'autres structures comme les cliniques psychiatriques (3 réponses), en service d'accompagnement à domicile (1 réponse), en réadaptation cardiaque (2 réponses), en hôpital de jour (1 réponse), en équipe spécialisée Alzheimer (ESA) (2 réponses) et au sein de Cap emploi. La fréquence de rencontre peut être représentée à travers ce graphique.



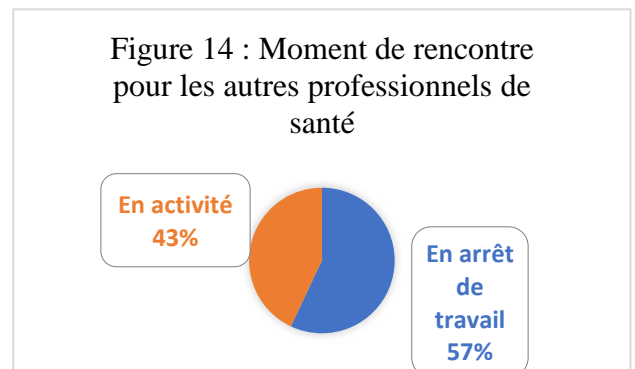
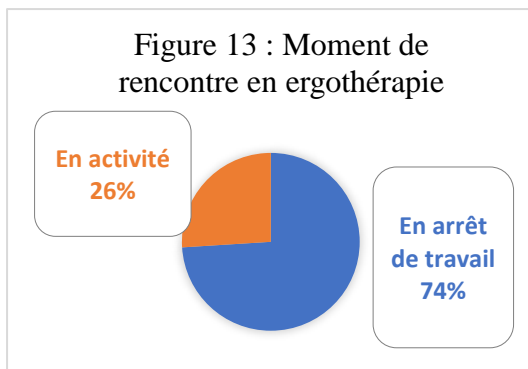
✚ Les modèles conceptuels

Moins d'un tiers des ergothérapeutes interrogés se servent d'un modèle conceptuel dans leurs interventions auprès de personnes en situation de burnout. Pour ceux qui utilise un modèle conceptuel, il s'agit : du MOH, du MCREO et du PPH - Processus de Production du Handicap mais le nombre de réponse ne permet pas une représentation généralisable des pratiques.



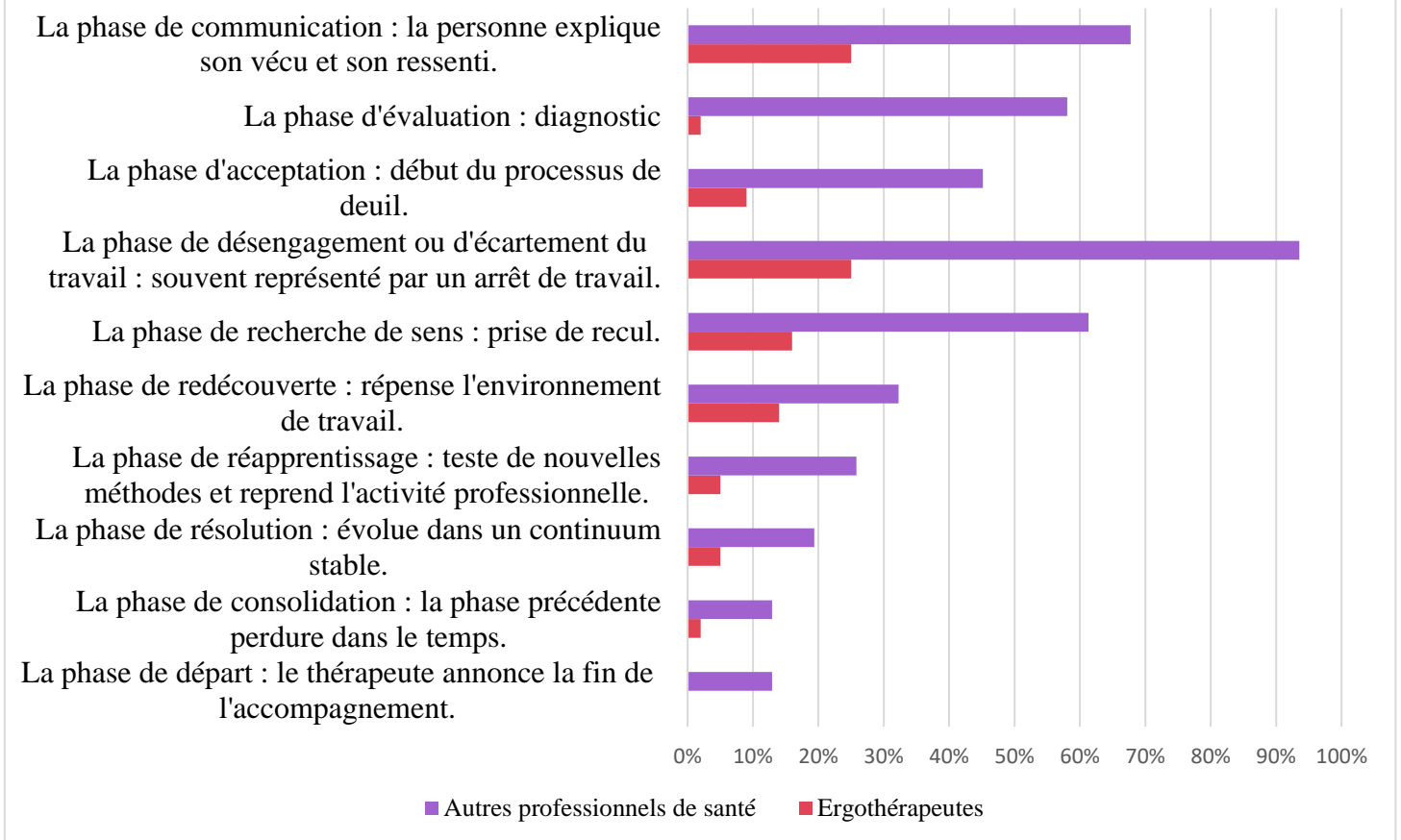
✚ Phases lors desquelles se déroule l'accompagnement

Les moments d'intervention des professionnels de santé, y compris des ergothérapeutes sont représentés à travers ces graphiques. Pour les ergothérapeutes, les $\frac{3}{4}$ des rencontres s'effectuent en arrêt de travail tandis que les chiffres des autres professionnels de santé montrent un quasi-équilibre entre rencontre en activité et en arrêt de travail.



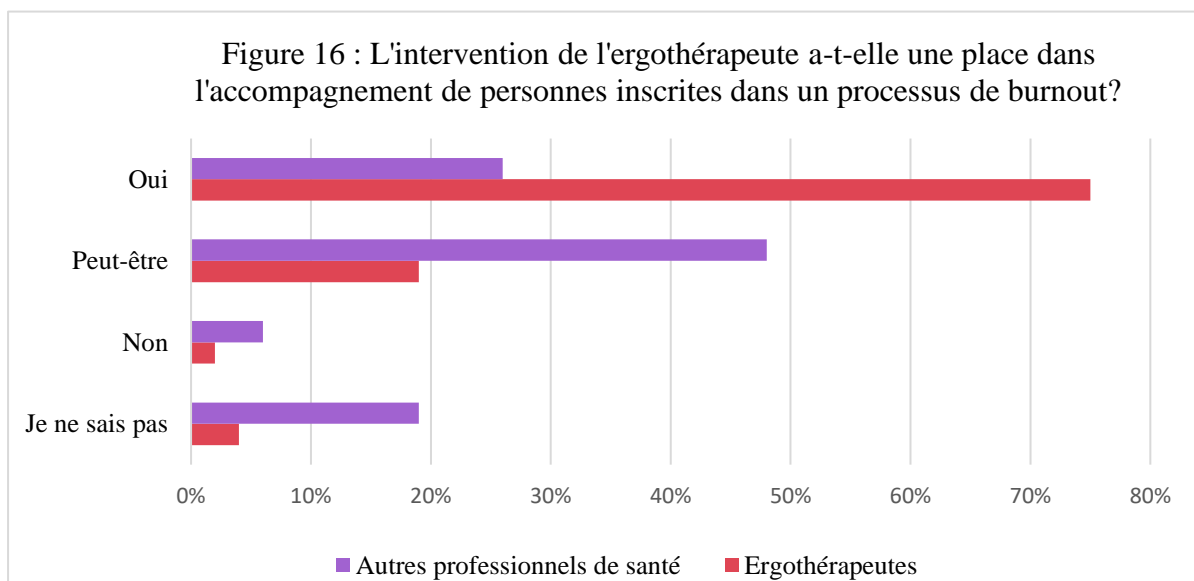
Le diagramme suivant permet de visualiser avec plus de précision les phases où les professionnels de santé accompagnent cette population.

Figure 15 : Phases d'accompagnement actuel (définies selon Michel Delbrouck)



✚ L'intervention de l'ergothérapeute a-t-elle une place dans l'accompagnement de personnes inscrites dans un processus de burnout ?

Figure 16 : L'intervention de l'ergothérapeute a-t-elle une place dans l'accompagnement de personnes inscrites dans un processus de burnout?



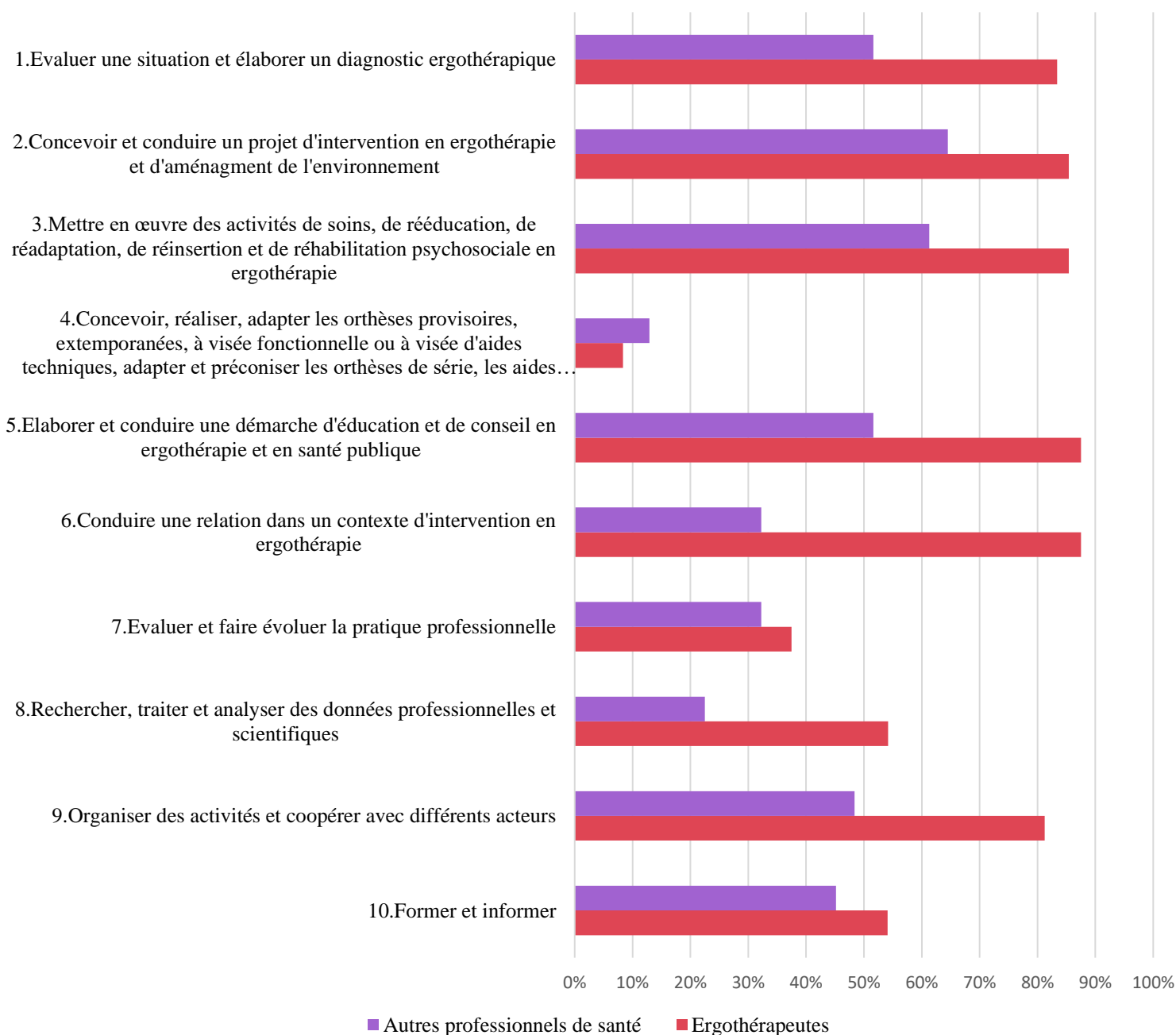
b. Modalités d'intervention des ergothérapeutes

✚ **Compétences de l'ergothérapeute qui seraient mobilisées**

Les personnes ayant répondu « oui », « peut-être » et « je ne sais pas » à la question :

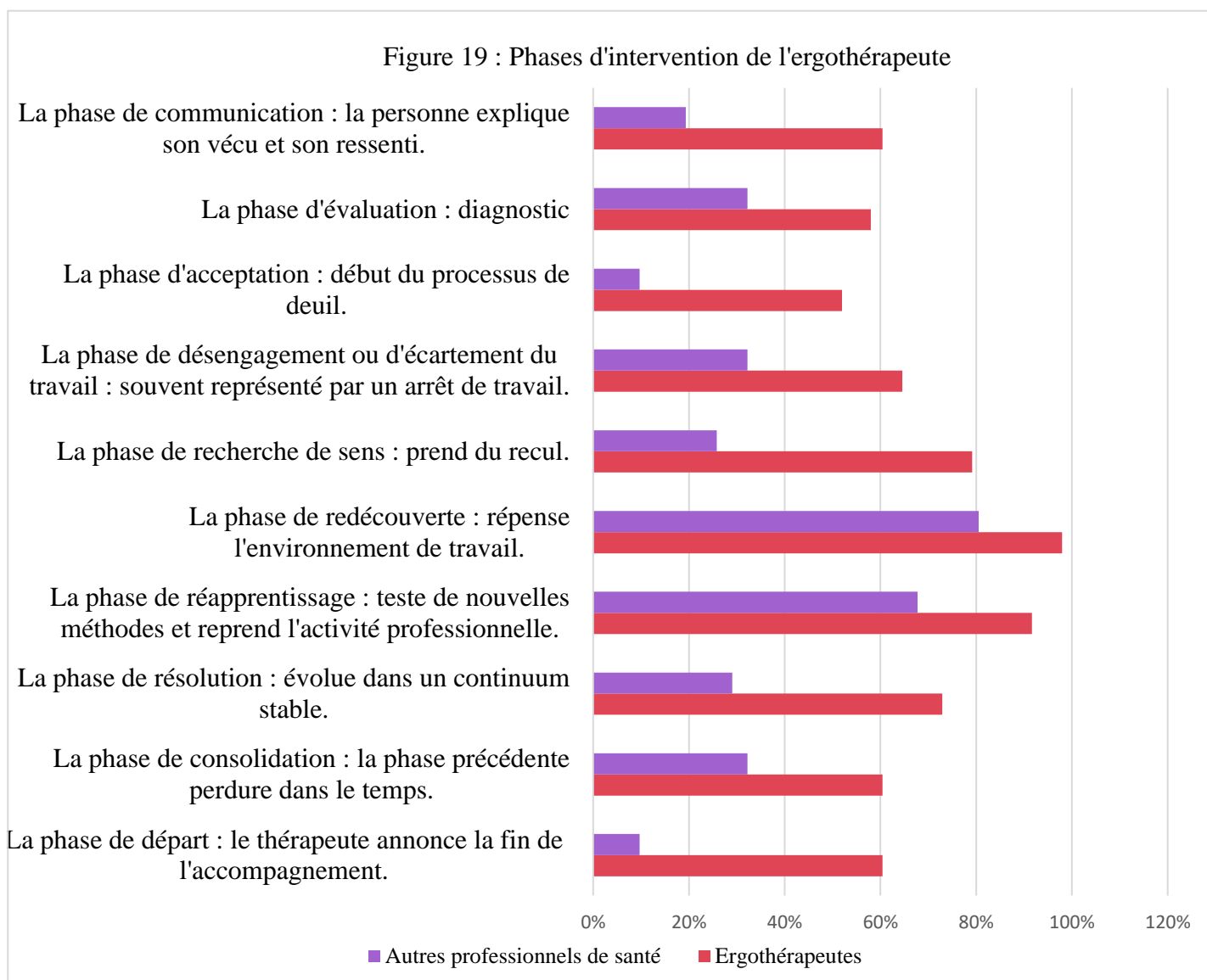
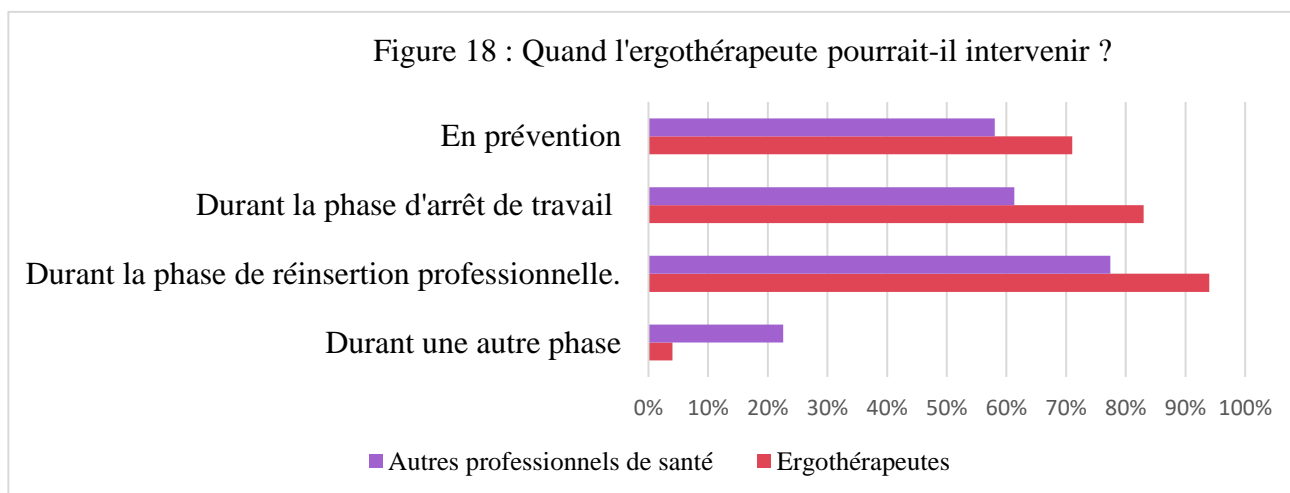
« L'intervention de l'ergothérapeute a-t-elle une place dans l'accompagnement de personnes inscrites dans un processus de burnout ? » ont eu accès à des questions d'approfondissement. Une question sur les compétences mobilisées a tout d'abord

Figure 17 : Compétences ergothérapeutiques mobilisées



✚ Moments d'intervention de l'ergothérapeute

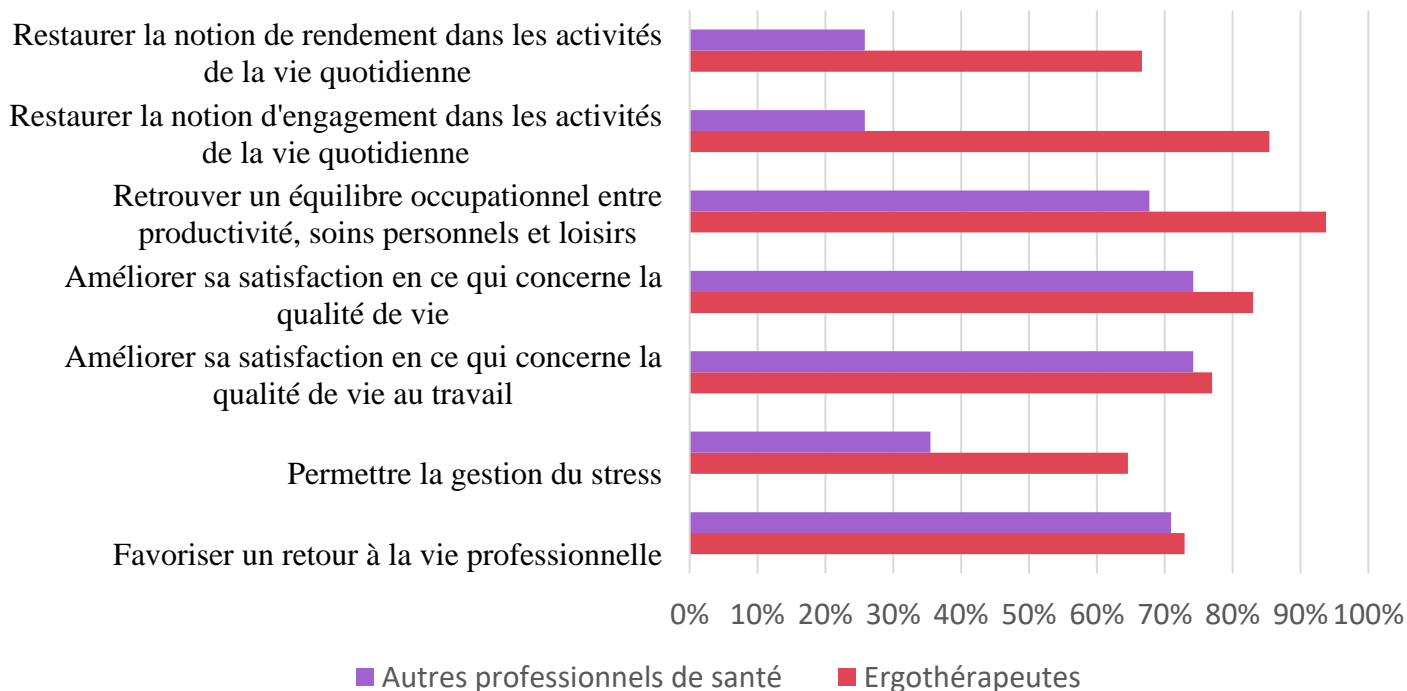
Deux questions d'approfondissement ont ensuite permis de mieux définir les moments d'intervention de l'ergothérapeute.



✚ Objectifs visés en ergothérapie

Les personnes interrogées ont alors pu choisir les objectifs pouvant être visés en ergothérapie. L'espace d'écriture proposé afin de pouvoir ajouter des objectifs n'a pas été utilisé par les participants. Cette question a néanmoins permis de définir si les hypothèses formulées pour la question de recherche sont valides ou non.

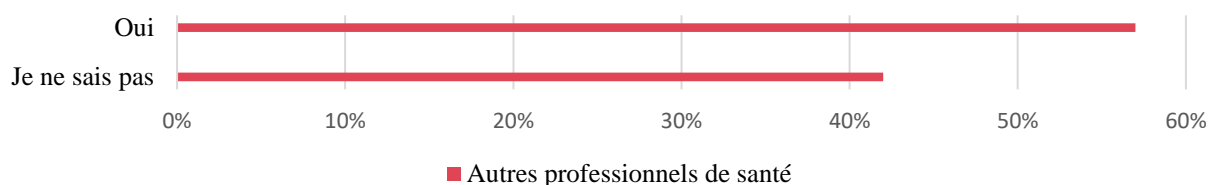
Figure 20 : Objectifs suivis en ergothérapie



c. Prescription et recommandation de séances d'ergothérapie

Enfin, une question sur l'éventuelle prescription ou recommandation de séances d'ergothérapie a été posée afin de déterminer si selon eux, les séances d'ergothérapie seraient utiles au point de les conseiller aux personnes en situation de burnout.

Figure 21 : Seriez-vous prêt à prescrire/recommander des séances d'ergothérapie aux personnes inscrites dans un processus de burnout ?



d. Raisons de limitation des interventions d'ergothérapeutes

Une question ouverte sur les raisons de la limitation de l'intervention ergothérapique a ensuite été posée aux deux populations. Les informations essentielles sont retranscrites dans le tableau suivant et la totalité des réponses aux questions ouvertes sont visibles dans l'annexe IV avec la présence d'un code couleur visible ici.

	Ergothérapeutes	Autres professionnels de santé
Méconnaissance du syndrome de burnout (souligné en orange)	3. « méconnaissance du burnout » 9. « formation initiale insuffisante » 11. « manque de formation » 12. « manque de formation des ergo » 13. « méconnaissance du burnout » 14. « méconnaissance syndrome burnout » 15. « manque de connaissance théorique » 21. « pathologie très répandue mais peu reconnue, manque de formation » 23. « la non-connaissance du burnout » 24. « manque de reconnaissance » 32. « peu formés au burnout » 33. « formation des ergo sur le sujet »	6. « reconnaissance du burnout » 8. « les représentations »
Méconnaissance de l'ergothérapie (souligné en vert)	1. « méconnaissance du champ d'action des ergo » 2. « manque de connaissance des compétences des ergothérapeutes par l'ensemble des professionnels de santé » 2. « manque de visibilité de notre profession » 4. « pas une branche connue dans le domaine de l'ergothérapie » 5. « méconnaissance de l'ergothérapie » 6. « méconnaissance du métier d'ergo » 9. « les autres professionnels qui ne connaissent pas l'étendue de nos compétences » 11. « méconnaissance de notre métier dans la psy » 14. « méconnaissance métier Ergo » 17. « méconnaissance de la profession d'ergothérapeute » 18. « l'absence d'identification du rôle de l'ergo » 22. « la non-reconnaissance de ce qu'un accompagnement	5. « méconnaissance » 11. « méconnaissance de l'ergothérapie » 13. « peu de connaissance de la part des services de santé au travail du rôle et des possibilités d'action des ergothérapeutes » 16. « méconnaissance de cette pratique professionnelle par le public »

	<p>ergothérapique pourrait apporter »</p> <p>26. « méconnaissance de la profession et de ses compétences »</p> <p>28. « méconnaissance de ce domaine d'application en ergothérapie »</p> <p>28. « méconnaissance du travail et des compétences de l'ergothérapie »</p> <p>29. « ergothérapeute pas identifié comme professionnel de la santé au travail »</p> <p>30. « méconnaissance de la profession »</p> <p>31. « méconnaissance de l'ergothérapie »</p> <p>32. « peu de connaissance de nos champs de compétences »</p> <p>33. « connaissance de nos champs d'action »</p> <p>34. « méconnaissance de l'ergothérapie »</p> <p>35. « manque de connaissance des autres professionnels de santé sur les compétences des ergothérapeutes dans le domaine de l'occupation, de la gestion de l'environnement au sens large »</p>	
<p>Manque de temps (souligné en bleu clair)</p>	<p>7. « le temps mis à disposition »</p> <p>27. « le temps »</p>	
<p>Absence de recommandation pour les ergothérapeutes (souligné en gris)</p>	<p>3. « pas encore de protocole de prise en charge existant spécifique aux ergothérapeutes »</p> <p>8. « manque de recommandations de bonnes pratiques sur ce type de prise en charge »</p>	
<p>Coût des séances (souligné en bleu foncé)</p>	<p>10. « non-remboursement des séances d'ergothérapie »</p> <p>13. « remboursement des séances d'ergo »</p> <p>34. « non-remboursement des soins »</p>	<p>1. « pas de remboursement »</p> <p>12. « méconnaissance de la prise en charge financière »</p> <p>17. « non-remboursement des séances »</p>

<p>Orientation des personnes (souligné en violet)</p>	<p>3. « absence d'ergo dans les services où se trouvent les patients » 12. « manque de possibilités d'intervention auprès de cette population » 13. « mauvaise orientation du patient » 15. « population peu présente au sein des structures » 16. « l'organisation du parcours de santé » 18. « comment réussir à les interpeller car pas de structures spécialisées » 19. « très peu rencontré dans les centres » 24. « manque de prise en charge » 26. « prises en charge de cette pathologie ne sont pas ou peu envisagées » 30. « isolées et mal orientées dans une prise en soins paramédicaux » 30. « peu d'accompagnement »</p>	<p>3. « risque pour le patient / client de se perdre parmi tous les acteurs qui interviennent déjà dans la gestion du burnout » 8. « manque d'intervention en prévention » 9. « mauvais management » 10. « difficile de communiquer avec les salariés en arrêt maladie » 15. « mauvaise image du patient par rapport à lui-même ne l'incite pas, de lui-même à aller chercher de l'aide sans que celle-ci soit vivement expliquée et conseillée »</p>
<p>Pluridisciplinarité (souligné en rouge)</p>	<p>20. « L'accompagnement psychologique nous ne sommes pas psychologue il sera donc nécessaire que la personne puisse être suivie. Et un accompagnement médicamenteux également prescrit par le médecin »</p>	<p>4. « L'intrication vie affective et vie professionnelle dans les problématiques de burnout. Le soin doit pouvoir prendre en compte l'histoire personnelle, des troubles dépressifs souvent sous-jacents en parallèle de ce qui se joue sur la scène professionnelle. » 6. « collaboration nécessaire » 7. « L'impact psychologique au départ est-elle que le sujet ne peut se penser dans un processus de réparation et de changement. »</p>

e. Raisons pour lesquelles un ergothérapeute ne pourrait pas intervenir

Une question sur les raisons de la non-pertinence de l'intervention de l'ergothérapeute a également été posée.

Ergothérapeutes	Autres professionnels de santé
« Le patient burn out n'arrive plus à s'inclure dans un processus d'activité, l'ergothérapeute va pouvoir l'aider à se rengager de façon concrète. »	« J'ai l'impression que c'est plus utile pour des problématiques physiques que des problématiques psychiques. » « Je ne connais peut-être pas assez bien le travail d'ergothérapeute mais je ne vois pas le sens / l'utilité de l'ergothérapie dans ce cadre. J'ai également des interrogations sur la posture. »

Enfin, un espace a été libre pour permettre aux personnes interrogées d'ajouter des compléments d'informations suite au questionnaire. Les réponses (Annexe 5) seront utilisées pour enrichir l'interprétation des résultats.

4. Discussion

a. Interprétation des résultats

✚ Présentation des professionnels interrogés

31 réponses ont été comptabilisées pour le questionnaire à destination des professionnels de santé (hors ergothérapeutes). Il a majoritairement été complété par des psychologues cliniciens (39%), des psychologues du travail (29%) et en moins grande proportion par des médecins du travail (16%), des médecins généralistes (13%) et des neuropsychologues (3%). Le pourcentage de professionnels interrogés étant en mesure de prescrire des séances d'ergothérapie est donc de 29%.

Pour le second questionnaire, 48 réponses d'ergothérapeutes ont été analysées, 5 ayant été rejetés puisqu'ils n'avaient pas de connaissance sur le burnout. Pour les autres, leurs connaissances sur le syndrome du burnout ont été acquises principalement, à travers des expériences personnelles et professionnelles ainsi qu'en visionnant des émissions et/ou des conférences sur le sujet.

✚ Spécificité de l'intervention actuelle des professionnels interrogés

Grâce aux réponses, nous pouvons observer que l'accompagnement ergothérapeutique est peu répandu en France puisque seul un tiers des ergothérapeutes interrogés accompagne des personnes en situation de burnout (33%). La fréquence des séances d'ergothérapie est estimée à plusieurs fois par semaine à 44%, ce qui peut correspondre au rythme des séances effectuées par les ergothérapeutes en structure.

Les interventions se déroulent alors le plus souvent en période d'arrêt de travail (74%), tandis que les professionnels de santé (hors ergothérapeutes) interrogés, accompagnent les personnes aussi bien dans leur vie professionnelle que durant des périodes d'arrêt de travail. Ces résultats peuvent être dus à l'endroit du suivi puisque les ergothérapeutes interviennent principalement en structure auprès de cette population. En effet, les prises en soin s'effectuent majoritairement dans des hôpitaux et cliniques psychiatriques (44%) et les centres médico-psychologiques (44%). L'accompagnement des personnes en situation de burnout se fait donc généralement dans des structures spécialisées en santé mentale. Il est intéressant de

remarquer qu'en 2020, 85% des ergothérapeutes français exercent en institution (44). Et, selon les données datant de 2009, 14% des ergothérapeutes exercent dans le domaine de la psychiatrie (45) (lieu d'intervention majoritaire en ergothérapie, d'après le questionnaire). L'offre des ergothérapeutes exerçant en libéral est, quant à elle, faible (15%) et freinée par l'aspect financier, puisque les séances ne sont pas remboursées par la sécurité sociale. Se pose alors la question de l'accès au soin pour cette population et plus particulièrement, à un accompagnement ergothérapeutique.

Le suivi en ergothérapie se situe essentiellement durant les phases de communication, de désengagement, de recherche de sens et de redécouverte. Elles correspondent aux premières phases décrites par Michel Delbrouk, mais ne prennent pas en compte les dernières étapes vers le retour au travail. Le constat est le même pour les professionnels de santé (hors ergothérapeutes), seule la phase d'évaluation est ajoutée puisque les médecins effectuent le diagnostic. Peu de professionnels interviennent donc dans les dernières phases vers la reprise d'une activité professionnelle. Ces moments de suivi correspondent aux recommandations de la HAS qui éludent la phase d'action vers le retour au travail (2).

Enfin, lorsque les personnes en situation de burnout sont accompagnées en ergothérapie, les modèles conceptuels ne semblent pas faire partie des outils utilisés par les ergothérapeutes. En effet, moins d'un tiers des ergothérapeutes utilise un modèle conceptuel tels que le MOH, MCREO et le PPH auprès de cette population. Cette faible fréquence d'utilisation pourrait correspondre aux habitudes des ergothérapeutes français. Il s'agit aussi, peut-être, d'un manque de pertinence de l'utilisation d'un modèle conceptuel pour ce type d'accompagnement. Une question supplémentaire sur le motif d'utilisation ou de non-utilisation aurait alors pu être intéressante afin de mieux interpréter ce résultat.

Intervention d'un ergothérapeute

75% des ergothérapeutes interrogés pensent que l'intervention d'un ergothérapeute est appropriée pour l'accompagnement de personnes en situation de burnout. De plus, un quart des professionnels de santé interrogé grâce au second questionnaire, est d'accord avec cette affirmation. Il semblerait donc que l'intervention d'un ergothérapeute pourrait répondre à un manque d'offre concernant

les besoins des personnes en situation de burnout. Nous pouvons également, observer dans les réponses aux questions ouvertes que les professionnels s'interrogent sur les moyens pouvant être mis en œuvre auprès de cette population. Il en découlerait alors les pourcentages plus nuancés des professionnels interrogés dans le second questionnaire. En effet, la moitié a répondu « peut-être » et les 19% « je ne sais pas ». Ces hésitations peuvent être interprétées comme une méconnaissance du champ d'intervention des ergothérapeutes ou un manque de corrélation entre les besoins des personnes et les compétences de l'ergothérapeute. Les questions suivantes permettront d'affiner cette interprétation. Enfin, une minorité d'ergothérapeutes (2%) et d'autres professionnels de santé interrogés (6%) pensent que l'intervention d'un ergothérapeute serait inappropriée. D'après l'analyse des réponses à la question ouverte correspondante (Pour quelles raisons pensez-vous qu'un ergothérapeute ne pourrait pas intervenir ?), la réponse de l'ergothérapeute ayant répondu « non » est en opposition avec sa justification. Les réponses négatives des professionnels de santé sont dues à une méconnaissance des pratiques de l'ergothérapie en santé mentale et d'interrogation sur la posture qu'aurait l'ergothérapeute auprès de cette population.

Compétences de l'ergothérapeute qui seraient mobilisées

La comparaison des 2 questionnaires permet de mettre en évidence les compétences ergothérapeutiques qui semblent être davantage utilisées dans l'accompagnement des personnes en situation de burnout. Il s'agit dans l'ordre de pourcentage :

2. Concevoir et conduire un projet d'intervention en ergothérapie et d'aménagement de l'environnement. (Ergothérapeutes : 85.42% /Autres professionnels : 64.51%)
3. Mettre en œuvre des activités de soins, de rééducation, de réadaptation, de réinsertion et de réhabilitation psychosociale en ergothérapie. (Ergothérapeutes : 85.42% /Autres professionnels : 61.29%)
1. Elaborer et conduire une démarche d'éducation et de conseil en ergothérapie. (Ergothérapeutes : 87.50% /Autres professionnels : 51.61%).
5. Evaluer une situation et élaborer un diagnostic ergothérapeutique. (Ergothérapeutes : 83.40% /Autres professionnels : 51.61%)

Ces compétences retracent la prise en soin en ergothérapie, de l'analyse des situations problématiques à la résolution de celles-ci. Elles font aussi référence au contenu du suivi avec : l'établissement d'objectifs et, la réalisation d'activités signifiantes et significatives. Pour l'accompagnement des personnes inscrites dans un processus de burnout l'intervention de l'ergothérapeute se situerait alors aussi bien sur une intervention sur le terrain (compétence 2) qu'à travers des séances où sont développées des compétences favorisant un retour au travail. Nous pouvons cependant nous interroger sur la présence d'un pourcentage de réponses non négligeable pour la compétence 4 qui concerne la confection et la préconisation d'orthèses et qui n'a donc pas de lien direct avec l'accompagnement de personnes en situation de burnout. En effet, la survenue d'un syndrome de burnout ne semble pas nécessiter la confection d'orthèses ou la préconisation d'aides techniques. Nous pouvons alors supposer que les réponses ont été cochées aléatoirement ou systématiquement. Dans ce cas, il s'agirait d'un biais de l'étude qui est à prendre en compte dans l'analyse des résultats.

Les ergothérapeutes ont cependant plus spécifiquement coché les compétences suivantes, laissant penser qu'elles auraient davantage leur place dans cet accompagnement. Il s'agit des compétences :

6. Conduire une relation dans un contexte d'intervention en ergothérapie. (Ergothérapeutes : 87.50%)

9. Organiser des activités et coopérer avec différents acteurs. (Ergothérapeutes : 81%).

Il me semble intéressant de mettre ces résultats en corrélation avec les réponses obtenues sur le thème des causes de la limitation de l'intervention des ergothérapeutes. En effet, elles font référence à une absence de coordination dans les différents suivis des clients et la difficulté de l'orientation vers les professionnels de santé. En ce sens, la mobilisation de la compétence 9 incite à la collaboration et au travail pluridisciplinaire.

Moment d'intervention de l'ergothérapeute

Les réponses aux 2 questionnaires indiquent que les ergothérapeutes seraient recommandés pour accompagner les personnes en prévention (ergothérapeutes : 71% /autres professionnels : 58%), durant la phase d'arrêt de travail (ergothérapeutes : 83% /autres professionnels : 61%) et lors de la phase de réinsertion professionnelle (ergothérapeutes : 94% /autres professionnels : 77%).

Plus précisément, selon les résultats les ergothérapeutes seraient majoritairement sollicités pour intervenir lors des phases :

- La phase de redécouverte où la personne repense son environnement de travail (ergothérapeute : 98% / autres professionnels : 80.54%).
- La phase de réapprentissage qui permet de tester de nouvelles méthodes et de reprendre une activité professionnelle (ergothérapeute : 92% / autres professionnelles : 67.74%).

Ces 2 phases correspondent à un accompagnement lors de la phase d'arrêt de travail jusqu'à une réinsertion professionnelle. En comparant avec les phases de prise en soin actuelles, nous pouvons observer que les personnes sont actuellement peu accompagnées lors de ces phases. Les ergothérapeutes pourraient donc jouer un rôle dans l'ensemble du suivi des personnes en situation de burnout de la prévention à la reprise d'une activité professionnelle en mobilisant les compétences citées plus haut. L'accent pourrait être mis sur les phases de redécouvertes et de réapprentissage où peu de professionnels de santé interviennent. Nous pouvons souligner ici, l'importance de la pluridisciplinarité dans l'accompagnement. En effet, dans les réponses rédigées par les personnes interrogées l'aspect de la prise en soin psychologique est souvent évoqué comme indispensable et nécessaire. Cependant, certains objectifs pourraient être commun à plusieurs professionnels tels que ceux que nous allons détailler plus bas.

Objectifs d'accompagnement en ergothérapie

Selon les réponses aux questionnaires, les objectifs pouvant être visés en ergothérapie seraient de :

- Retrouver un équilibre occupationnel entre productivité, soins personnels et loisirs.

- Améliorer sa satisfaction en ce qui concerne la qualité de vie.
- Améliorer sa satisfaction en ce qui concerne la qualité de vie au travail.
- Favoriser un retour au travail.

D'après les données recueillies à travers divers articles scientifiques ainsi que le référentiel de compétences, les ergothérapeutes peuvent mettre en place des activités permettant de travailler sur ces objectifs (28,46,47). Les réponses aux questionnaires semblent soutenir l'idée que ces objectifs pourraient être suivis en séances d'ergothérapie dans le cadre de l'accompagnement de personnes en situation de burnout. Une partie des hypothèses formulées pour cette étude est donc validée. La phase d'arrêt de travail étant propice à la réflexion, l'ergothérapeute est en mesure d'accompagner les personnes afin d'atteindre un équilibre occupationnel correspondant à ses attentes et à son rythme de vie. Définir par exemple, les activités signifiantes et ressourçantes, ses valeurs ou encore ses projets. Dans une démarche de réhabilitation, l'ergothérapeute peut ensuite accompagner la personne dans la reprise d'une activité professionnelle par les préparations réalisées en amont et rester disponible pour des ajustements.

Pour les affirmations concernant la possibilité de restaurer le rendement et l'engagement dans les activités quotidiennes, les réponses sont partagées. En effet, les ergothérapeutes donnent une réponse positive à plus de 60% alors que les résultats des autres professionnels de santé dépassent à peine 20%. Nous pouvons supposer que les termes rendement et engagement se rattachant spécifiquement au MCREO n'ont pas été suffisamment explicités pour les non-initiés.

Limitation de l'intervention des ergothérapeutes

Les ergothérapeutes interrogés expliquent la limitation de leur intervention par un manque de connaissance sur le syndrome du burnout et un manque de temps. Pour eux, des formations ainsi que des recommandations de bonnes pratiques incluant l'accompagnement ergothérapeutique seraient nécessaires afin de pouvoir intervenir avec justesse. Il serait alors intéressant de pouvoir les orienter vers des formations tels que « Burnout et Dépression : différencier pour mieux traiter » et « Burn-out, troubles anxieux et dépressifs avec développement des stratégies thérapeutiques non médicamenteuses » validées par l'Agence Nationale du Développement Professionnel Continu (48,49). Cependant, elles sont uniquement

proposées aux médecins. Une des pistes pourrait alors être de dialoguer avec les organismes de formations afin d'obtenir un droit d'accès et pouvoir acquérir les connaissances favorisant la qualité de l'accompagnement des personnes en situation de burnout.

La méconnaissance de l'ergothérapie par les autres professionnels et par la population en général a été fortement citée dans les deux questionnaires. Elle est en partie liée à une insuffisance de communication sur les compétences, les rôles et les applications de cette profession. Un des ergothérapeutes interrogés évoque précisément les termes d'occupation et de gestion de l'environnement qui ont été développés plus haut, en lien avec l'accompagnement des personnes en situation de burnout. En 2008, une monographie d'ergothérapeute a été rédigée dans le cadre d'une étude prospective des métiers sensibles de la fonction publique hospitalière (50). Elle retrace les caractéristiques du métiers et les évolutions possibles. Elle pourrait être réactualisée afin de faire un état des lieux des informations communiquées en étude de médecine sur le métier d'ergothérapeute. Une actualisation de cette monographie permettrait également de favoriser l'accès à l'information et la communication sur ce métier.

En outre, l'aspect financier a été évoqué avec le non-remboursement des séances qui nuit à l'accès aux soins (16). Le remboursement des séances d'ergothérapie pourrait favoriser l'accompagnement de personnes en situation de burnout pour des professionnels libéraux. Ceci permettrait d'offrir un service en dehors des structures de soin et ainsi en favoriser l'accès au plus grand nombre. Nous pourrions alors imaginer des interventions en prévention mais également un suivi durant la phase d'arrêt de travail qui pourrait se poursuivre durant la phase de réhabilitation dans le monde professionnel.

Enfin, la problématique de la coordination des soins et de l'orientation des personnes est largement citée dans les réponses. Il semble difficile d'entrer en contact avec les personnes en situation de burnout puisqu'ils doivent le plus souvent prendre l'initiative de rencontrer des professionnels de santé (7). Comme nous l'avons vu plus haut, la méconnaissance des champs d'intervention des ergothérapeutes et le manque de communication ne les incitent pas à contacter un ergothérapeute. Une des solutions pourrait être de communiquer avec la population et les professionnels de santé rencontrant ces personnes en première intention.

✚ Prescription ou recommandations de séances d'ergothérapie

Plus de la moitié des participants (57%) serait prête à prescrire ou à recommander des séances d'ergothérapie tandis que les autres ont répondu « je ne sais pas ». Nous pouvons interpréter ce résultat comme une volonté de travailler en pluridisciplinarité au vu des compétences des ergothérapeutes. Ce résultat encourageant n'exclut pas un travail de communication sur les potentialités de l'intervention ergothérapique auprès des autres professionnels de santé et des éventuels clients.

b. Validation des hypothèses

En somme, ma recherche s'interrogeait sur la place de l'ergothérapie dans l'accompagnement des personnes inscrites dans un processus de burnout. Grâce à cette étude j'ai pu dans un premier temps, mieux définir quelle est l'intervention actuelle des ergothérapeutes auprès de cette population. Dans un second temps, j'ai mené une étude heuristique afin de recueillir l'opinion d'ergothérapeutes et de professionnels de santé accompagnant régulièrement cette population sur les moments et les objectifs d'intervention potentiels des ergothérapeutes.

Au vu des réponses, **les ergothérapeutes possèdent les compétences nécessaires à l'accompagnement des personnes en situation de burnout. L'hypothèse 1 est donc validée.**

Nous pouvons alors nous baser sur les pourcentages attribués à la pertinence de la mobilisation des compétences de l'ergothérapeute auprès de cette population afin de faire une trame d'accompagnement des personnes en situation de burnout. Les ergothérapeutes commenceraient par évaluer la situation et élaborer un diagnostic ergothérapique afin d'établir, entre autres les objectifs en fonction des besoins des personnes. Les objectifs définis en collaboration avec le client pourraient alors être : **la recherche d'un équilibre occupationnel entre productivité, soins personnels et loisirs** ainsi que **l'amélioration de sa satisfaction en ce qui concerne sa qualité de vie et sa qualité de vie au travail**. **Les hypothèses 2 et 4 sont donc validées** par les réponses aux questionnaires. D'autres objectifs, comme la gestion du stress et le retour vers la vie professionnelle ont également été

formulés ce qui laisse penser que l'intervention d'un ergothérapeute pourrait avoir d'autres usages. Cependant, **l'hypothèse 3 de renforcement de l'engagement et du rendement dans les occupations du client n'a pas été validé**. Comme nous l'avons vu, plusieurs raisons peuvent en être la cause comme : un objectif non pertinent pour cette population, un manque de compétence des ergothérapeutes dans ce domaines, ou encore, un manque de d'information dans le questionnaire, sur les termes « engagement » et « rendement », spécifique au MCREO.

Une fois que les objectifs sont définis, les ergothérapeutes sont alors en mesure de concevoir et conduire un projet d'intervention en ergothérapie comprenant, si besoin, un aménagement de l'environnement professionnel. Des séances individuelles et/ou de groupe seraient alors envisagées. Une démarche d'éducation et de conseil pourra également faire partie de cet accompagnement.

Enfin, en complément de l'intervention d'autres professionnels, le suivi ergothérapique permettrait d'amorcer la reprise du travail et de continuer l'accompagnement jusqu'à obtenir un continuum stable et satisfaisant.

Cette ébauche de description d'un suivi en ergothérapie a été réalisée avec les informations que j'ai pu recueillir dans les réponses au questionnaire. Afin de répondre à une demande des ergothérapeutes et définir plus précisément les zones d'intervention de l'ergothérapeute, il serait intéressant de réactualiser le guide de recommandation de bonnes pratiques en incluant la pratique de l'ergothérapie auprès de cette population.

c. Limites de l'étude

Comme nous venons de le voir, l'une des limites de l'étude est le manque d'information sur le syndrome du burnout auprès des ergothérapeutes. Il aurait été préférable d'enrichir l'encadré sur le syndrome du burnout afin que la population interrogée ait davantage d'informations.

De plus, la limitation de la compréhension des compétences, des rôles et des missions des ergothérapeutes par les autres professionnels de santé et les clients est un frein. Il aurait pu être limité par l'apport d'informations plus important. Certains termes tels que « l'engagement » et le « rendement » auraient ainsi pu être explicités puisqu'ils font partie du vocabulaire du MCREO, spécifique aux ergothérapeutes.

De plus, en analysant les résultats j'ai pris conscience qu'il aurait été intéressant d'ajouter des questions. Une première, sur les lieux d'exercice actuels des ergothérapeutes participant au questionnaire afin de mieux connaître la population interrogée. Une autre, sous forme de question ouverte afin de préciser de quelle manière les ergothérapeutes utilisent les modèles conceptuels et ce qu'ils leur apportent dans leur pratique professionnelle.

Par ailleurs, d'autres limites ne pouvant être contrôlées sont apparues. La charge de travail des professionnels de santé et l'importante sollicitation par les étudiants ont limité le nombre de réponses aux questionnaires. Il aurait été intéressant de laisser le questionnaire en ligne durant un temps plus long afin d'obtenir un maximum de réponses.

d. Intérêts pour la pratique et perspectives

La conception et la réalisation de cette recherche me permet de faire évoluer l'orientation des accompagnements de ma future pratique professionnelle. En effet, il me serait possible de mettre en avant l'importance de l'équilibre occupationnel au quotidien. Mon action pourrait alors avoir lieu en prévention et en situation de soin aussi bien en structure qu'à travers une activité libérale. Il serait également envisageable de proposer un accompagnement pour les personnes ressentant un épuisement au travail ou étant diagnostiquées en situation de burnout. Des séances individuelles et de groupes pourraient alors être effectuées afin de poursuivre différents objectifs relatifs aux situations de handicap rencontrées par cette population. L'accompagnement pourrait avoir lieu, plus spécifiquement, durant la phase de retour au travail afin de compléter l'offre de soin actuelle. En outre, les commentaires des autres professionnels de santé me poussent à poursuivre ma démarche de promotion de l'ergothérapie grâce à la création de support de communication ou plus simplement au contact direct des professionnels.

D'autre part, cette étude a permis à certains participants de me contacter afin de mieux connaître l'ergothérapie et sa potentielle intervention auprès des personnes en situation de burnout. Il m'est apparu que de nombreux professionnels de santé sont en demande d'informations sur l'ergothérapie et de ce qu'elle pourrait apporter à leur clientèle. Certains ergothérapeutes communiquent sur leur profession par le biais des réseaux sociaux, de sites internet et également par l'intermédiaire d'associations telle que l'ANFE. Il semble essentiel que cette démarche de promotion de l'ergothérapie soit davantage développée par les ergothérapeutes dans tous les domaines d'intervention. La publication d'articles scientifiques et la participation à des conférences médicales et paramédicales destinées aux professionnels et à la population, pourraient être effectuées.

Au vu des réponses à la question libre de fin, l'accompagnement de personnes en situation de burnout semble intéresser les ergothérapeutes. Comme nous l'avons vu, les ergothérapeutes souhaitent se former afin d'acquérir des connaissances optimisant la qualité de l'accompagnement. Pour pallier cette difficulté, ce thème pourrait être davantage abordé dans la formation initiale notamment dans l'unité d'enseignement « 2.5 : Dysfonctionnement cognitif et psychique ». D'autre part, il serait intéressant de solliciter les organismes de formations afin qu'elles puissent être accessibles aux paramédicaux. De plus, des ergothérapeutes pourraient prendre part à l'enrichissement ou la création de formations sur l'accompagnement de personnes en situation de burnout.

Dans les prochaines années, il est donc possible que l'intervention auprès de cette population accroisse ce qui ferait évoluer la pratique professionnelle. Comme évoqué dans les réponses, les ergothérapeutes pourraient avoir un rôle d'information et d'éducation auprès du client notamment grâce à la construction d'un programme d'Education Thérapeutique du Patient (ETP). Dans ce cadre, l'utilisation de modèles conceptuels permettrait à la personne de mieux visualiser son parcours de santé et les champs d'intervention de chaque professionnels.

Plusieurs personnes interrogées font également référence à l'intervention de l'ergothérapeute en prévention. C'est une approche qui n'a pas été évoquée dans cette recherche, mais il serait intéressant de l'explorer.

Conclusion

Le syndrome du burnout constitue l'une des problématiques actuelles majeures touchant la sphère professionnelle puis personnelle. Son entrée dans la Classification Internationale des Maladies en 2019 (CIM-11) révèle l'importance de sa reconnaissance par les professionnels de santé.

D'après cette étude, l'intervention de l'ergothérapeute possède des compétences permettant de répondre aux besoins des personnes en situation de burnout. En se basant sur ses compétences, il pourrait dans un premier temps,

évaluer la situation problématique synthétisant les informations dans un diagnostic ergothérapique (compétence 5). Ensuite, l'ergothérapeute pourra concevoir et conduire un projet d'intervention en ergothérapie et d'aménagement de l'environnement (compétence 2). Pour cela, il pourra mettre en œuvre des activités de réadaptation, de réinsertion et de réhabilitation psychosociale (compétence 3) et élaborer et conduire une démarche de conseil (compétence 1).

Les objectifs seraient alors, d'accompagner le client dans la recherche d'un équilibre occupationnel entre productivité, soins personnels et loisirs afin d'améliorer sa satisfaction en ce qui concerne la qualité de vie et la qualité de vie au travail. En d'autres termes, l'ergothérapeute favoriserait la redécouverte d'un équilibre occupationnel mis-à-mal par le surengagement puis l'épuisement dans la sphère professionnelle.

Ce suivi serait alors complémentaire aux suivis actuellement proposés par les autres professionnels de santé en portant une attention particulière à l'accompagnement lors de la reprise d'une activité professionnelle. En effet, il serait intéressant que l'ergothérapeute intervienne tout au long du processus de retour vers le travail et plus spécifiquement dans les dernières phases du retour au travail afin de compléter l'offre de soin actuelle.

Enfin, plus de la moitié des personnes interrogées serait prête à prescrire ou recommander des séances d'ergothérapie pour cette population. Ce résultat est encourageant pour le développement de l'accompagnement ergothérapique auprès de cette population. Cependant, une réflexion sur les moyens mis en œuvre est encore nécessaire.

L'élaboration de ce mémoire a permis de donner un aperçu de l'accompagnement actuel en France et des potentialités du suivi ergothérapique auprès des personnes en situation de burnout. Il serait intéressant de poursuivre cette recherche afin de définir scientifiquement les bénéfices que pourraient apporter le suivi en ergothérapie et les moyens pouvant être utilisés. Dans cette même démarche, une cohorte d'ergothérapeutes pourrait se regrouper afin de rédiger un guide de pratique pour l'accompagnement de cette population. Enfin, l'ergothérapeute ne pourrait-il pas également intervenir en prévention, notamment dans le maintien d'un équilibre occupationnel ? L'élaboration d'un programme d'Education Thérapeutique du Patient pourrait alors être un moyen d'intervenir dans une démarche pluridisciplinaire.

Bibliographie

1. Constans-Lesne L, Pirlot M-P, Poloméni P. Overdose de burnout : tentative de recentrage sur une définition scientifique. Archives des Maladies Professionnelles et de l'Environnement. juin 2016;77(3):440-1.
2. Repérage et prise en charge cliniques du syndrome d'épuisement professionnel ou burnout. Haute Autorité de Santé. 2017;
3. Organisation Mondiale de la Santé (OMS). Classification International des maladies, 11ème révision (CIM-11). 2019.
4. Pezé M. Burnout. La revue du praticien. 2018;68.
5. Delaye R, Boudrandi S. L'épuisement professionnel chez le manager de proximité : le rôle régulateur de l'entreprise dans la prévention du Burnout. Management & Avenir. 2010;32(2):254.
6. Delestre S. Burnout: les secteurs les plus touchés. QAPA. 2015.
7. Burnout : mieux connaître l'épuisement professionnel. Hygiène et sécurité au travail. 2014;(N°237):6-9.
8. Olivier V. Burn-out: les signes qui doivent vous alerter. 2015.
9. Delbrouck M. Comment traiter le burn-out, Principes de prise en charge de l'épuisement professionnel. De Boeck. 2011.
10. Bandura A. A. Bandura. Auto-efficacité, Le sentiment d'efficacité personnelle. De Boeck Université. 2003.
11. Brühlmann T. Diagnostic et traitement du burnout en pratique. Forum Médical Suisse. 5 déc 2012;12(49):955-60.
12. Burn-out : au-delà des débats, faire le bon diagnostic et proposer une prise en charge personnalisée. Haute Autorité de Santé.
13. Burnout et travail. Conseil supérieur de la santé. 2017.

14. Ministère du Travail, Agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail, Institut national de recherche et de sécurité. Le syndrome d'épuisement professionnel ou burn-out: mieux comprendre, pour mieux agir. Guide d'aide à la prévention. 2015;
15. Ministère des solidarités et de la santé. La prévention: définition, notions générales sur l'approche française, et comparaisons internationales. 2001.
16. Delbrouck M, Vénara P. Comment traiter le burn-out: principes de prise en charge du syndrome d'épuisement professionnel. 2017.
17. Barbarino-Saulnier N. Espace, qualité de vie et bien-être, actes du colloque EQBE. In 2006.
18. Mariage A. Stratégies de coping et dimensions de la personnalité : étude dans un atelier de couture. *Le travail humain*. 2001;64(1):45.
19. Arrêté du 5 juillet 2010 relatif au diplôme d'Etat d'ergothérapeute. *JORF* n°0156 juill 8, 2010 p. 12558.
20. Agence Nationale pour l'Amélioration des Conditions de Travail (Anact). Concilier sa vie professionnelle et sa vie privée, Résultats du sondage TNS Sofres. 2014.
21. Durand P, Marchand A. La santé et le bien-être en milieu de travail : rentables et à la portée de toutes les entreprises. *Gestion*. 19 sept 2017;Vol. 42(3):104-7.
22. Guilbert L, Auzoult L, Gilbert D, Sovet L, Bosselut G. Influence du leadership éthique sur l'engagement affectif et l'épanouissement psychologique : le rôle médiateur de la satisfaction vis-à-vis de l'équilibre entre domaines de vie. *Psychologie du travail et des organisations*. 2019;25(2):127-39.
23. Wagman P, Björklund A, Häkansson C. Occupational balance as used in occupational therapy : A concept analysis. *Scandinavian journal of occupational therapy*. 2011;1-6.

24. Dion G. Quand la tête ne permet plus de faire le travail - Une vision de changement en ergothérapie. Association Québécoise des Ergothérapeutes en Pratique Privée. 2018.
25. Roth R. Den Energietank auff üllen (Remplir le réservoir d'énergie). Ergopraxis. 2017.
26. Profession ergothérapeute | SIFEF.
27. Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES). Le dossier du patient en ergothérapie. 2001.
28. Sève-Ferrieu N. Indépendance, autonomie et qualité de vie : analyse et évaluations. EMC - Kinésithérapie - Médecine physique - Réadaptation. janv 2008;4(4):1-15.
29. CORTEN (P.H.), CORTEN (P.H.). Le concept de « qualité de vie » vu à travers la littérature anglo-saxonne. Le concept de « qualité de vie » vu à travers la littérature anglo-saxonne. 1998.
30. Durand B. Psychiatrie et santé mentale. Perspectives Psy. 6 août 2019;Vol. 58(1):7-10.
31. Prendre en compte la santé des mineurs/jeunes majeurs dans le cadre des établissements/services de la protection de l'enfance et/ou mettant en oeuvre des mesures éducatives. Haute Autorité de Santé.
32. Ruzevicius J. Qualité de vie: notion globale et recherche en la matière. 4.
33. Amiel M-H, Godefroy P, Lollivier S. Qualité de vie et bien-être vont souvent de pair. INSEE PREMIERE. 2013;(1428).
34. George M, Vivier L. L'ergothérapie en santé mentale en France : qu'en est-il de l'identité professionnelle des ergothérapeutes ? Ergothérapies. 30 janv 2018;68:19-30.
35. Pierce D. La science de l'occupation pour l'ergothérapie. 2016.

36. Christiansen HC, Baum MC. Humans as occupational beings (understanding human occupation). Occupational therapy: Performance, participation, and well-being. 3ème. 2005.
37. Townsend E, Polatajko HJ. Faciliter l'occupation: l'avancement d'une vision de l'ergothérapie en matière de santé, bien-être et justice à travers l'occupation. éditeur non identifié; 2008. 464 p.
38. Dickie V, Cutchin MP, Humphry R. Occupation as Transactional Experience: A Critique of Individualism in Occupational Science. Journal of Occupational Science. 2006;13(1):83-93.
39. ergothérapeutes A canadienne des, Townsend E. Promouvoir l'occupation. Préface 2002 : une perspective de l'ergothérapie. Association canadienne des ergothérapeutes; 2002. 17 p.
40. Pentland W, McColl MA. Occupational Integrity: Another Perspective on "Life Balance". Can J Occup Ther. 1 juin 2008;75(3):135-8.
41. Backman. Équilibre occupationnel: Explorer les liens entre les occupations quotidiennes et leur influence sur le bien-être. Can J Occup Ther. 2004;71(4):209-209.
42. Reece KT, Davis JA, Polatajko HJ. The representations of work-life balance in Canadian newspapers. Work. 2009;32(4):431-42.
43. Morel-Bracq M-C. Les modèles conceptuels en ergothérapie: introduction aux concepts fondamentaux. Louvain-La-Neuve: De Boeck Supérieur; 2017.
44. La profession – ANFE. Disponible sur: <https://anfe.fr/la-profession/>
45. Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé ONDPS. Compte rendu de l'audition des Ergothérapeutes du 7 avril 2010. 2010.
46. Lauque S. L'ergothérapie peut être très bénéfique pour la qualité de vie des patients déments et leurs aidants. Successful Aging SA. 2006;

47. Durand MJ, Loisel P, Durand P. Le Retour Thérapeutique au Travail comme une intervention de réadaptation centralisée dans le milieu de travail: Description et fondements théoriques. Can J Occup Ther. 1 févr 1998;65(1):72-80.
48. Formation Burnout et Dépression : différencier pour mieux traiter | Santé Académie.
49. Formation Burn-out, troubles anxieux et dépressifs avec développement des stratégies thérapeutiques non médicamenteuses - MaFormationMédicale.
50. Observatoire National des Emplois et des Métiers de la Fonction Publique Hospitalière. Monographie d'ergothérapeute - Etude prospective des métiers sensibles de la fonction publique hospitalière. 2008.

Sitographie

<https://www.inrs.fr/risques/epuisement-burnout.html>

Schéma engagement dans le BO : <http://technologiablog.moustick.fr/wp-content/uploads/2014/04/SCHEMAburnout.pdf>

Illustration de base pour schéma : https://fr.freepik.com/vecteurs-premium/personnage-dessin-anime-homme-affaires-femme-affaires-illustration-concept-travail-equipe_4944127.htm

Illustration équilibre occupationnel : https://www.synfel-ergolib.fr/wp-content/uploads/2020/03/Comment_s_occuper_quand_on_est_confiné.pdf

ANNEXES

Sommaire des annexes

<u>Annexe I</u> : Etude Salveo ®	I
<u>Annexe II</u> : Mesure Canadienne du Rendement Occupationnel	II
<u>Annexe III</u> : Questionnaire à destination des ergothérapeutes.....	IV
<u>Annexe IV</u> : Questionnaire à destination des professionnels de santé (hors ergothérapeutes).....	XII
<u>Annexe V</u> : Retranscription des réponses aux questions ouvertes des questionnaires.....	XX

Annexe I

Etude Salveo ®

Pratiques	Chances d'obtenir un faible taux de demandes d'indemnisation
Générales	
Communication	non significatif
Mesures de contrôle des risques	non significatif
Conditions de travail	
Conception des tâches	6,8
Exigences de travail	1,8
Relations sociales	non significatif
Gratifications	2,8
Individuelles	
Activité physique	2,2
Nutrition	non significatif
Santé générale	non significatif
Gestion du stress	non significatif
Equilibre travail-famille	3,3

Gestion ®

Annexe II

Mesure Canadienne du Rendement Occupationnel

Recto

COTATION					
RENDEMENT (Comment coteriez-vous la façon dont vous accomplissez cette activité actuellement?) 1 = Incapable d'exécuter l'activité ← → 10 = Capable d'exécuter parfaitement l'activité					
SATISFACTION Dans quelle mesure êtes-vous satisfait de la façon dont vous exécutez cette activité actuellement? 1 = Pas satisfait du tout ← → 10 = Extrêmement satisfait					
1 ^{er} TEMPS (évaluation initiale) : / /			2 ^e TEMPS (réévaluation) : / /		
Difficultés quant au rendement occupationnel	Impt	Rendement T ₁	Satisfaction T ₁	Rendement T ₂	Satisfaction T ₂
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					
		Cote totale Rendement T ₁	Cote totale Satisfaction T ₁	Cote totale Rendement T ₂	Cote totale Satisfaction T ₂
COTE TOTALE					
		Cote totale rendement T ₁	Cote totale satisfaction T ₁	Cote totale rendement T ₂	Cote totale satisfaction T ₂
COTE MOYENNE (Total des cotes / nombre de difficultés)					
		Changement dans le rendement		Changement dans la satisfaction	
CHANGEMENT DANS LA COTATION (T ₂ - T ₁)					
NOTES SUPPLÉMENTAIRES ET OBSERVATIONS					
Évaluation initiale					
Réévaluation					

Publié par CAOT Publications ACE • www.caot.ca/publication
 © Mary Law, Sue Baptiste, Anne Carswell, Mary Ann McColl, Helene Polatajko, Nancy Pollock, 2014.



Tampon de rétablissement

La mesure canadienne du rendement occupationnel

La **Mesure canadienne du rendement occupationnel (MCR0)** soutient et contribue à l'excellence d'une pratique ergothérapeutique centrée sur le client, fondée sur l'occupation. La MCR0 est une mesure individualisée élaborée pour déceler les changements perçus par le client dans son rendement occupationnel, au fil du temps. La MCR0 a été conçue pour servir de mesure de résultats. Et comme telle, elle doit être administrée au début de la prestation des services afin d'établir les objectifs de l'intervention, puis à nouveau à des intervalles pertinents de façon à déterminer les progrès et les résultats.

La MCR0 permet de :

- déterminer les domaines problématiques du rendement occupationnel;
- fournir une échelle de grandeur quant aux priorités du client concernant son rendement occupationnel;
- évaluer le rendement et le sentiment de satisfaction associés aux difficultés identifiées;
- servir d'assise pour déterminer des objectifs ergothérapeutiques; et
- mesurer les changements perçus par le client quant à son rendement occupationnel durant l'intervention ergothérapeutique.

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE CLIENT

Nom du client : _____

Date de naissance du client : ____/____/____

Évaluation initiale : ____/____/____ Réévaluation : ____/____/____

Nom du thérapeute : _____

Le formulaire de la MCR0 est protégé par des droits d'auteurs.
 Toute photocopie ou reprographie intégrale ou partielle du formulaire est illégale et défendue.

Mesure Canadienne du Rendement Occupationnel

Verso

MCRO
La mesure canadienne du rendement occupationnel

L'administration de la MCRO est constituée de 5 étapes :

1. Définition du problème — identifier la nature des difficultés. L'identification d'une difficulté se définit ainsi : **une occupation qu'une personne VEUT RÉALISER, DOIT RÉALISER ou DEVRAIT RÉALISER mais N'ARRIVE PAS À RÉALISER ou NE RÉALISE PAS À SA PROPRE SATISFACTION.**
2. Lorsque les difficultés spécifiques quant au rendement occupationnel ont été cernées, le client doit les coter en fonction de l'IMPORTANTANCE qu'elles revêtent dans sa vie. L'importance est cotée à partir d'une échelle à dix échelons. **La cote 1 = pas important du tout**
La cote 10 = extrêmement important.
3. Demander au client de choisir jusqu'à cinq difficultés qui lui semblent les plus urgentes à traiter ou les plus importantes selon les cotes attribuées.
4. Cotation : du RENDEMENT (comment coteriez-vous la façon dont vous accomplissez cette activité actuellement?) et le sentiment de SATISFACTION (dans quelle mesure êtes-vous satisfait de la façon dont vous exécutez cette activité actuellement?)
5. Déterminer une date pour la réévaluation.

LES SOINS PERSONNELS

Ils comprennent les occupations qu'une personne réalise afin de se maintenir dans un état lui permettant de fonctionner. Dans la MCRO, nous mesurons trois aspects concernant les soins personnels : l'hygiène, la mobilité fonctionnelle et la vie communautaire.

L'hygiène personnelle

La mobilité fonctionnelle

La vie communautaire

L'IMPORTANTANCE

© Mary Law, Sue Baptiste, Anne Carswell, Mary Ann McColl, Helene Polatajko, Nancy Pollock, 2014.

LA PRODUCTIVITÉ

Elle inclut les occupations visant à la préserver les revenus, à maintenir le foyer et la famille, à rendre service aux autres ou à développer ses habiletés personnelles. La MCRO mesure trois types d'activités productives : le travail rémunéré ou non, la gestion du foyer ainsi que le travail scolaire et le jeu.

Le travail rémunéré ou non

La gestion du foyer

Le travail scolaire et le jeu

L'IMPORTANTANCE

LES LOISIRS

Ils regroupent les occupations réalisées par une personne lorsqu'elle est libérée de son obligation d'être productive. La MCRO comprend les activités récréatives paisibles, les loisirs actifs et la vie sociale.

Les activités récréatives paisibles

Les loisirs actifs

La vie sociale

L'IMPORTANTANCE

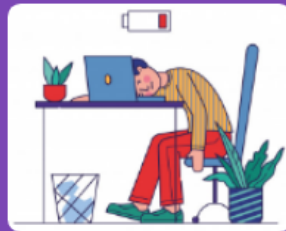
Le formulaire de la MCRO est protégé par des droits d'auteurs.
Toute photocopie ou reprographie intégrale ou partielle du formulaire est illégale et défendue.

Annexe III

Questionnaire à destination des ergothérapeutes

Questionnaire sur le thème du burnout à destination des ergothérapeutes

Vous vous apprêtez à répondre à un questionnaire qui servira de support à un mémoire de fin d'étude en ergothérapie portant sur l'accompagnement de personnes inscrites dans un syndrome de burnout.



L'objectif est de connaître l'avis de professionnels sur l'éventuelle contribution de l'ergothérapeute auprès de cette population.

Ce questionnaire comporte 21 questions et sa durée de passation est estimée à 20 minutes. Les résultats obtenus seront anonymisés.

Ophélie Bouillet
Etudiante ergothérapeute

COMMENCER

Questionnaire sur la prise en charge du burnout à destination des ergothérapeutes

1. Vous êtes ?*

- Un(e) étudiant(e) ergothérapeute. (Vous n'êtes pas concerné par ce questionnaire.)
- Un(e) ergothérapeute en exercice.
- Un(e) ergothérapeute à la retraite. (Vous n'êtes pas concerné par ce questionnaire.)
- Pas ergothérapeute. (Vous n'êtes pas concerné par ce questionnaire.)

Le syndrome du burnout

Selon la définition de la Classification Internationale des Maladies (CIM-11) :

- Résulte d'un stress chronique au travail.
- Se caractérise par 3 dimensions :
 - Un sentiment d'**épuisement** ou de **manque d'énergie** ;
 - Une **distance mentale** accrue par rapport à son travail, ou des sentiments de **néguvisme** ou de **cynisme** liés à son travail ; et
 - Une **efficacité professionnelle réduite**.

Symptômes et manifestations



Processus d'engagement dans le burnout défini par plusieurs stades :



2. De quelle manière avez-vous acquis des connaissances sur le syndrome du burnout. *

Plusieurs réponses peuvent être cochées.

- L'expérience professionnelle.
- L'expérience personnelle.
- La lecture d'article(s) scientifique(s).
- Le visionnage d'émission(s) et/ou de conférence(s) sur le sujet.
- Par un autre moyen.
- Je n'ai pas de connaissance sur le burnout.

3. Avez-vous déjà reçu des patients inscrits dans un processus de burnout ? *

Oui

Non

4. Dans quelle structure les rencontrez-vous ? *

- Cabinet d'ergothérapie libéral
- Centre Médico-Psychologique (CMP)
- Hôpital psychiatrique
- Autre

5. Quelle structure ?

T

6. Lorsque vous rencontrez ces personnes, dans quelle situation professionnelle se trouvent-elles ? *

En activité

En arrêt de travail

7. A quelle fréquence les rencontrez-vous ? *

Plusieurs fois par semaine.

Une fois par semaine.

Plusieurs fois par mois.

Une fois par mois.

8. A quelle(s) phase(s) du processus de burnout, désignée(s) par Michel Delbrouck, pensez-vous les rencontrer ? *

Je parle ici de la phase dans laquelle est la personne en début de prise en charge. Plusieurs réponses peuvent être cochées.

La phase de communication : la personne explique son vécu et son ressenti.

La phase d'évaluation : diagnostic.

La phase d'acceptation : début du processus de deuil.

La phase de désengagement ou d'écartement du travail : souvent représentée par un arrêt de travail.

La phase de recherche de sens : prend du recul.

La phase de redécouverte : repense l'environnement de travail.

La phase de réapprentissage : teste de nouvelles méthodes et reprend l'activité professionnelle.

La phase de résolution : évolue dans un continuum stable.

La phase de consolidation : la phase précédente perdure dans le temps.

La phase de départ : le thérapeute annonce la fin de la prise en charge.

9. Utilisez-vous un modèle conceptuel avec ces personnes ? *

Oui

Non

10. Quel(s) modèle(s) conceptuel(s) utilisez-vous ? *

Plusieurs réponses peuvent être cochées.

MCREO-Mesure Canadienne du Rendement et de l'Engagement Occupationnel.

MOH-Modèle de l'Occupation Humaine.

PPH-Processus de Production du Handicap.

Un autre modèle conceptuel.

11. Lequel ?

T

12. Selon vous quels sont les besoins des personnes inscrites dans un processus de burnout ?*

≡

13. Selon vous, l'intervention d'un ergothérapeute a-t-elle une place dans l'accompagnement de personnes inscrites dans un syndrome de burnout ?*

Oui

Peut-être

Non

Je ne sais pas

13. Selon vous, l'intervention d'un ergothérapeute a-t-elle une place dans l'accompagnement de personnes inscrites dans un syndrome de burnout ? *

- Oui
- Peut-être
- Non
- Je ne sais pas

14. Quelle(s) compétence(s) de l'ergothérapeute seraient mobilisée(s) ? *

Plusieurs réponses peuvent être cochées.

- 1. Evaluer une situation et élaborer un diagnostic en ergothérapie.
- 2. Concevoir et conduire un projet d'intervention en ergothérapie et d'aménagement de l'environnement.
- 3. Mettre en oeuvre des activités de soins, de rééducation, de réadaptation, de réinsertion psychosociale en ergothérapie.
- 4. Concevoir, réaliser, adapter les orthèses provisoires, extemporanées, à visée fonctionnelle ou à visée d'aide technique, adapter et préconiser les orthèses de série, les aides techniques ou animalières et les assistances technologiques
- 5. Élaborer et conduire une démarche d'éducation et de conseil en ergothérapie et en santé publique.
- 6. Conduire une relation dans un contexte d'intervention en ergothérapie.
- 7. Evaluer et faire évoluer la pratique professionnelle.
- 8. Rechercher, traiter et analyser des données professionnelles et scientifiques.
- 9. Organiser les activités et coopérer avec les différents acteurs.
- 10. Former et informer.

15. Selon-vous, l'ergothérapeute pourrait intervenir :*

- En prévention.
- Durant la phase d'arrêt de travail.
- Durant la phase de réinsertion professionnelle.
- Durant une autre phase.

16. A quel(s) phase(s) du processus de burnout pensez-vous que l'ergothérapeute pourrait intervenir ?*

Plusieurs réponses peuvent être cochées.

- La phase de communication : la personne explique son vécu et son ressenti.
- La phase d'évaluation : diagnostic.
- La phase d'acceptation : début du processus de deuil.
- La phase de désengagement ou d'écartement du travail : souvent représentée par un arrêt de travail.
- La phase de recherche de sens : prend du recul.
- La phase de redécouverte : repense l'environnement de travail.
- La phase de réapprentissage : teste de nouvelles méthodes et reprend l'activité professionnelle.
- La phase de résolution : évolue dans un continuum stable.
- La phase de consolidation : la phase précédente perdue dans le temps.
- La phase de départ : le thérapeute annonce la fin de la prise en charge.

17. Quels objectifs pourraient être visés en séance d'ergothérapie ?*

- Restaurer la notion de rendement dans les activités de la vie quotidienne.
- Restaurer la notion d'engagement dans les activités de la vie quotidienne.
- Retrouver un équilibre occupationnel entre productivité, soins personnels et loisirs.
- Améliorer sa satisfaction en ce qui concerne la qualité de vie.
- Améliorer sa satisfaction en ce qui concerne la qualité de vie au travail.
- Permettre la gestion du stress.
- Favoriser un retour à la vie professionnelle.

18. Selon vous qu'est ce qui limite l'intervention de l'ergothérapeute auprès de cette population ?

☰

0/200

19. Pour quelles raisons pensez-vous que l'intervention d'un ergothérapeute ne serait pas pertinente ?*

T

0/200

20. Cet espace est laissé libre pour que vous puissiez ajouter des informations.

☰

Les réponses de ce questionnaire ont bien été enregistrées.

Merci d'avoir participé à cet entretien.

N'hésitez pas à partager ce questionnaire :

A des **médecins généraliste, médecin du travail, médecin psychiatre, neuropsychologue, psychologue ou psychologue du travail** :
<https://forms.app/opheliebouillet/questionnaire-burnout-ergotherapie-autres-professionnels-de-sante>

Et à des **ergothérapeutes** : <https://forms.app/opheliebouillet/questionnaire-burnout-ergotherapie-pour-ergotherapeutes>
Un nombre important de réponses me permettra d'obtenir des résultats plus objectifs.

Vous pouvez me contacter à l'adresse suivant pour tout renseignements ou échange :
ophelienoemie96@gmail.com.

Bonne journée.

Annexe IV

Questionnaire à destination des professionnels de santé (hors ergothérapeutes)

Questionnaire sur le thème du burnout à destination des professionnels de santé (hors ergothérapeute)

Vous vous apprêtez à répondre à un questionnaire qui servira de support à un mémoire de fin d'étude en ergothérapie portant sur l'accompagnement de personnes inscrites dans un syndrome de burnout.



L'objectif est de connaître l'avis de professionnels sur l'éventuelle contribution de l'ergothérapeute auprès de cette population.

Ce questionnaire comporte 14 questions et sa durée de passation est estimée à 15 minutes. Les résultats obtenus seront anonymisés.

Ophélie Bouillet
Etudiante ergothérapeute

COMMENCER

Questionnaire sur la prise en charge du burnout à destination des professionnels de santé (hors ergothérapeute)

1. Quelle est votre profession *

Médecin généraliste

Médecin du travail

Neuropsychologue

Psychologue clinicien

Psychologue du travail

Le syndrome du burnout

Selon la définition de la Classification Internationale des Maladies (CIM-11) :

- Résulte d'un stress chronique au travail.
- Se caractérise par 3 dimensions :
 - Un sentiment d'épuisement ou de manque d'énergie ;
 - Une **distance mentale** accrue par rapport à son travail, ou des sentiments de **négalivisme** ou de **cynisme** liés à son travail ; et
 - Une **efficacité professionnelle réduite**.

Symptômes et manifestations



Processus d'engagement dans le burnout définit par plusieurs stades :



2. Avez-vous déjà reçu des patients inscrits dans un processus de burnout ? *



Oui



Non (Vous n'êtes pas concerné par ce questionnaire)

3. Lorsque vous rencontrez ces personnes, dans quelle situation professionnelle se trouvent-elles ? *



En activité



En arrêt de travail

4. A quel(s) phase(s) du processus de burnout, désignée(s) par Michel Delbrouck, pensez-vous les rencontrer ? *

Je parle ici de la phase dans laquelle est la personne en début de prise en charge. Plusieurs réponses peuvent être cochées.



La phase de communication : la personne explique son vécu et son ressenti.



La phase d'évaluation : diagnostic.



La phase d'acceptation : début du processus de deuil.



La phase de désengagement ou d'écartement du travail : souvent représenté par un arrêt de travail.



La phase de recherche de sens : prend du recul.



La phase de redécouverte : repense l'environnement de travail.



La phase de réapprentissage : teste de nouvelles méthodes et reprend l'activité professionnelle.



La phase de résolution : évolue dans un continuum stable.



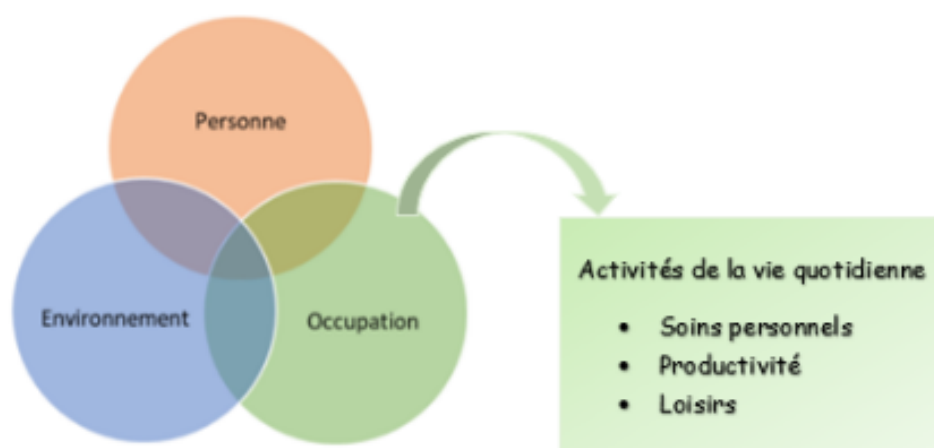
La phase de consolidation : la phase précédente perdue dans le temps.



La phase de départ : le thérapeute annonce la fin de la prise en charge.

L'ergothérapie en quelques mots

- Profession paramédicale intervenant sur **prescription médicale** auprès de diverses populations :
 - Enfants, adultes, personnes âgées.
 - En structure comme en libéral.
- Prend en compte l'interaction entre la personne, ses occupations et son environnement pour **rééduquer, réadapter, réinsérer, réhabiliter** les personnes en situation de handicap.



- L'objectif global de l'ergothérapeute :
 - Permettre à la personne d'être **indépendante ou autonome dans la réalisation de ses activités de la vie quotidienne**. C'est -à-dire qu'elle puisse réaliser les activités seule ou en ayant la possibilité de choisir et de gérer sa vie en toute conscience.
 - **Améliorer la satisfaction, l'engagement et le rendement dans les occupations.**

- L'ergothérapeute structure son intervention en suivant ce processus :



- L'ergothérapeute :
 - priorise l'utilisation d'**activités signifiantes et significatives** autrement dit qui ont du sens pour la personne et son entourage.
 - préconise des **aides techniques** lorsque cela est nécessaire.
 - utilise des **modèles conceptuels** qui donnent une grille de lecture et peuvent orienter les bilans.
 - **travaille en collaboration** les personnes qui gravitent autour de la personne prise en charge (professionnels et entourage).
 - **s'adapte** continuellement aux demandes et aux évolutions des patients.

5. Selon-vous, l'intervention d'un ergothérapeute aurait-t-elle une place dans l'accompagnement de personnes inscrites dans un syndrome de burnout ?*

- Oui
- Peut-être
- Non
- Je ne sais pas

6. Quelle(s) compétence(s) de l'ergothérapeute seraient mobilisée(s) *

Ces compétences correspondent à celles présentes dans le référentiel des ergothérapeutes. Plusieurs réponses peuvent être cochées.

- 1. Evaluer une situation et élaborer un diagnostic en ergothérapie.
- 2. Concevoir et conduire un projet d'intervention en ergothérapie et d'aménagement de l'environnement.
- 3. Mettre en oeuvre des activités de soins, de rééducation, de réadaptation, de réinsertion psychosociale en ergothérapie.
- 4. Concevoir, réaliser, adapter les orthèses provisoires, extemporanées, à visée fonctionnelle ou à visée d'aide technique, adapter et préconiser les orthèses de série, les aides techniques ou animalières et les assistances technologiques
- 5. Élaborer et conduire une démarche d'éducation et de conseil en ergothérapie et en santé publique.
- 6. Conduire une relation dans un contexte d'intervention en ergothérapie.
- 7. Evaluer et faire évoluer la pratique professionnelle.
- 8. Rechercher, traiter et analyser des données professionnelles et scientifiques.
- 9. Organiser les activités et coopérer avec les différents acteurs.
- 10. Former et informer.

7. Selon vous, l'ergothérapeute pourrait intervenir : *

- En prévention.
- Lors d'un arrêt de travail.
- Lors d'une réinsertion professionnelle.
- Lors d'une autre période.

8. Plus précisément, à quelle(s) phase(s) du processus de burnout pensez-vous que l'ergothérapeute pourrait intervenir ? *

Plusieurs réponses peuvent être cochées.

- La phase de communication : la personne explique son vécu et son ressenti.
- La phase d'évaluation : diagnostic.
- La phase d'acceptation : début du processus de deuil.
- La phase de désengagement ou d'écartement du travail : souvent représenté par un arrêt de travail.
- La phase de recherche de sens : prend du recul.
- La phase de redécouverte : repense l'environnement de travail.
- La phase de réapprentissage : teste de nouvelles méthodes et reprend l'activité professionnelle.
- La phase de résolution : évolue dans un continuum stable.
- La phase de consolidation : la phase précédente perdue dans le temps.
- La phase de départ : le thérapeute annonce la fin de la prise en charge.

9. Quels objectifs pourraient être visés ? *

Restaurer la notion de rendement et d'engagement dans les activités de la vie quotidienne.

Retrouver un équilibre occupationnel entre productivité, soins personnels et loisirs.

Améliorer sa satisfaction en ce qui concerne la qualité de vie et la qualité de vie au travail.

Permettre la gestion du stress.

Favoriser un retour à la vie professionnelle.

10. Autres objectifs :

T

11. Selon vous qu'est ce qui limite l'intervention de l'ergothérapeute auprès de cette population ?

T

12. Enfin, seriez-vous prêt à prescrire/recommander des séances d'ergothérapie aux personnes inscrites dans un processus de burnout ?

Oui

Non

Je ne sais pas

13. Pour quelles raisons pensez-vous qu'un ergothérapeute ne pourrait pas intervenir ? *

T

0/200

14. Cet espace est laissé libre pour que vous puissiez ajouter des informations.

≡

Soumettre

Les réponses de ce questionnaire ont bien été enregistrées.

Merci d'avoir participé à cet entretien.

N'hésitez pas à partager ce questionnaire :

A des **médecins généraliste, médecin du travail, médecin psychiatre, neuropsychologue, psychologue ou psychologue du travail** :
<https://forms.app/opheliebouillet/questionnaire-burnout-ergotherapie-autres-professionnels-de-sante>

Et à des **ergothérapeutes** : <https://forms.app/opheliebouillet/questionnaire-burnout-ergotherapie-pour-ergotherapeutes>

Un nombre important de réponses me permettra d'obtenir des résultats plus objectifs.

Vous pouvez me contacter à l'adresse suivant pour tout renseignements ou échange :
ophelienoemie96@gmail.com.

Bonne journée.

Annexe V

Retranscription des réponses aux questions ouvertes

- **Selon vous qu'est-ce qui limite l'intervention de l'ergothérapeute auprès de cette population ?**

- **Réponses des ergothérapeutes**

1. « Peut-être la méconnaissance du champ d'action des ergo. »
2. « Le manque de connaissance des compétences des ergothérapeutes par l'ensemble des professionnels de santé. Et le manque de visibilité de notre profession. »
3. « La méconnaissance du burnout, le fait qu'il n'y a encore pas de protocole de prise en charge existant spécifique aux ergothérapeutes et l'absence d'ergo dans les services où se trouvent les patients. »
4. « Pas une branche connu dans le domaine de l'ergothérapie, pas de "handicap visible". »
5. « Une méconnaissance de l'ergothérapie par les soignants en 1ère ligne lors de burnout (généraliste, médecin du travail). »
6. « Méconnaissance du métier d'ergo. »
7. « Le temps mis à disposition ! »
8. « Le niveau d'engagement à notre intervention de cette population peut être limitante si on veut être patient centrée. Le manque de recommandations de bonnes pratiques sur ce type de prise en charge. »
9. « La formation initiale insuffisante, les autres professionnels qui ne connaissent pas l'étendue de nos compétences. »
10. « Le non-remboursement des séances d'ergothérapie en prévention du burnout ou dans le processus. La non-connaissance des conceptions des sciences de l'occupation par les professionnels (médecins, psy...). »
11. « Manque de formation et une méconnaissance de notre métier dans la psy. »
12. « Manque de formation des ergo et manque de possibilités d'intervention auprès de cette population (orientation par les médecins ou psy/ intervention en libéral)/ parvenir à intervenir au bon moment. »

13. « La méconnaissance du burnout à l'heure actuelle dans la société, les professionnels, même les pros de santé le remboursement des séances d'ergo en libéral, la mauvaise orientation du patient. »
14. « Méconnaissance syndrome burnout. Méconnaissance métier Ergo. »
15. « Population peu présente au sein des structures, manque de connaissance théorique. »
16. « L'organisation du parcours de santé. »
17. « La méconnaissance de la profession d'ergothérapeute par les autres professions médicales. »
18. « L'absence de l'identification du rôle de l'ergo pour ces personnes et comment réussir à les interpeller car pas de structures spécialisées. »
19. « Très peu rencontrer dans les centres, souvent les personnes retrouve du plaisir "seul" grâce un psychiatre ou autres. »
20. « L'accompagnement psychologique nous ne sommes pas psychologue il sera donc nécessaire que la personne puisse être suivie. Et un accompagnement médicamenteux également prescrit par le médecin. »
21. « Pathologie très répandue mais peu reconnue, manque de formation. »
22. « La non-connaissance de ce qu'un accompagnement ergothérapeutique pourrait apporter. »
23. « La non-connaissance du burnout. »
24. « Le manque de reconnaissance et de prise en charge de la pathologie. »
25. « L'environnement de travail qu'on ne peut pas toujours modifier, les contraintes de l'hospitalisation qui ne permettent pas forcément de suivre le patient une fois la sortie d'hospitalisation. »
26. « Le burn-out est encore difficilement accepté et donc les prises en charge de cette pathologie ne sont pas ou peu envisagées. Mais aussi une méconnaissance de la profession et de ses compétences. »
27. « Le temps. »
28. « La méconnaissance de ce domaine d'application en ergothérapie. La méconnaissance du travail et des compétences de l'ergothérapeute par les autres professionnels et/ou les bénéficiaires. »
29. « L'ergothérapeute n'est pas identifié comme professionnel de la santé au travail (type équipe de médecine de santé au travail). »

30. « La méconnaissance de la profession, les personnes touchées sont souvent isolées et mal orientées dans une prise en soins paramédicale, prise en soins médicamenteuse privilégié et peu d'accompagnement. »
31. « Méconnaissance de l'ergothérapie telle qu'elle pourrait être pratiquée auprès de cette population. »
32. « Peu formés au burnout... Et peu de connaissance se nos champs d'action de la part des médecins traitants ou psy. »
33. « La formation des ergo sur le sujet, la connaissance de nos champs de compétences par les médecins prescripteurs. »
34. « La méconnaissance de l'ergothérapie en général. Le non-remboursement des soins. »
35. « Le manque de connaissance des autres professionnels de santé sur les compétences des ergothérapeutes dans le domaine de l'occupation, de la gestion de l'environnement au sens large. »

- Réponses des professionnels de santé hors ergothérapeutes

1. « Pas de remboursement et de prise en charge, donc frein à l'acceptabilité du patient. Forfait via l'entreprise ? »
2. « Une perception liée au corporel pour une pathologie psychologique. »
3. « Risque pour le patient / client de se perdre parmi tous les acteurs qui interviennent déjà dans la gestion du burnout. »
4. « L'intrication vie affective et vie professionnelle dans les problématiques de burnout. Le soin doit pouvoir prendre en compte l'histoire personnelle, des troubles dépressifs souvent sous-jacents en parallèle de ce qui se joue sur la scène professionnelle. »
5. « La méconnaissance »
6. « La reconnaissance du burnout - dans son diagnostic / le moment dans le processus ou il peut intervenir > collaboration nécessaire et bonnes connaissances des missions de l'ergo. »
7. « L'impact psychologique au départ est-elle que le sujet ne peut se penser dans un processus de réparation et de changement. »
8. « Les représentations, l'urgence de la souffrance psychique, le manque d'intervention en prévention. »
9. « Le premier problème retrouvé est un mauvais management. »

10. « Difficile de communiquer avec les salariés en arrêt maladie. »
11. « Méconnaissance de l'ergothérapie en général. »
12. « La méconnaissance de la prise en charge financière. »
13. « Peu de connaissance de la part des services de santé au travail du rôle et des possibilités d'action des ergothérapeutes. »
14. « Pas d'intervention possible sur le champ de la réalité du travail (cf dysfonctionnements organisationnels...) »
15. « Le fait que souvent le burn-out est essentiellement dû à une exigence de perfection vis-à-vis de l'employeur, et à un sentiment d'impuissance à y parvenir, ce qui génère une perte profonde de confiance en soi, un sentiment d'incompétence et d'impuissance. C'est cela qui est le plus difficile à réparer. S'il s'agit d'une mauvaise position au travail, le recours à un ergothérapeute doit être conseillé par le médecin. La mauvaise image du patient par rapport à lui-même ne l'incite pas, de lui-même à aller chercher de l'aide sans que celle-ci soit vivement expliquée et conseillée. »
16. « Méconnaissance de cette pratique professionnelle par le public. »
17. « Le non-remboursement des séances. »

▪ **Espace pour réponses libres**

Certaines réponses ont été tronquées ou non retranscrites afin de respecter l'anonymat des participants.

• **Réponses des ergothérapeutes**

1. « Cette thématique est très intéressante au regard du besoin d'équilibre occupationnel. C'est un axe pour lequel des programmes d'éducation thérapeutique seraient intéressants, en prévention primaire autant que secondaire. »
2. « C'est un sujet très intéressant qui explore un autre champ où l'**ergothérapie fait sens**. »
3. « Je trouverais intéressant d'avoir des recommandations ergo basées sur les sciences de l'occupation pour accompagner les personnes (plaquette du rôle de l'ergo, ergo en libéral dans le cadre de la prévention). Les **possibilités sont énormes et on a totalement notre place**. »
4. « Les psychiatres qui gèrent les patients en burnout ont des listes d'attente trop grandes, passent trop peu de temps avec leur patient qui sont en général

uniquement traités par des anxiolytiques et antidépresseurs, pas d'orientation vers neuro-psy pour de la rééducation cognitives ou une simple évaluation des capacités cognitives pour évaluer l'évolution du patient pas de remboursement de séances de psy donc si le patient évolue dans un cadre familial qui n'est pas à l'écoute et dépassé par les évènements, ça n'arrange rien il y a tellement à faire et pourtant on a l'impression que ce sont des patients laissés un peu à l'abandon avec une prise en charge médicamenteuse très classique... beaucoup de patient rechutent une seconde fois après une reprise d'activité pro. Je pense qu'il y a beaucoup à faire en prévention. Il manque cruellement d'information publiques sur le burnout alors que ça touche énormément de français, en silence. »

5. « Très bon sujet à traiter !! »
6. « En ce qui concerne les compétences, toutes les compétences sont requises généralement dans nos prises en charge de ce fait dans ce type également. Bonne continuation à toi tu vas y arriver. »
7. « Pour ma part, la pratique de la thérapie ACT (thérapie d'acceptation et d'engagement) a toute sa place, avec un programme de méditation de pleine conscience. »
8. « En termes d'ergothérapie il me semble très intéressant de parler d'équilibre entre les soins personnels, la productivité et les loisirs. De plus, dans notre société où l'on tend toujours plus vers de la productivité il semble intéressant d'y mettre des mots de temps, de former/informer les patients/ professionnels, sur les troubles que cela peut engager. Merci de traiter de ce sujet !! »
9. « Sujet très intéressant ! »
10. « Sujet très intéressant où l'ergothérapie a un rôle à jouer. A mon sens, bcp de burnout ne sont pas diagnostiqués (ou peut être trop tardivement) notamment dans les professionnels médico sociaux. On parle bcp de syndrome mais finalement il est mal repéré au sein des entreprises. Des programmes de prévention et aide au repérage du burnout pourraient aidés. »

- Réponses des autres professionnels de santé

11. « Je suis médecin généraliste et j'ai fait de la médecine du travail. L'ergothérapeute a une place prépondérante dans la prévention, l'accompagnement et le retour au travail des personnes en burnout. »

12. « J'aurais besoin de mieux connaître ce qu'un ergothérapeute peut amener concrètement. J'imagine davantage l'intervention de l'ergo sur un second temps, pour mettre en place des outils concrets dans le contexte professionnel. »
13. « Il me faudrait plus d'exemples concrets de l'accompagnement pour pouvoir orienter vers un ergothérapeute »
14. « Le burnout est bien plus présent dans notre société, mais encore mal reconnu ou encore banaliser, il faudrait pouvoir penser dès le début une prise en charge évolutive pour aider au mieux la personne au quotidien. »
15. « Merci de votre intérêt pour ce sujet et de cette recherche. Je n'ai pas assez d'information concrète sur le métier d'ergothérapeute pour pouvoir répondre à toutes vos questions. Il me semble toutefois qu'il faudrait distinguer 2 axes de travail :
- 1- Sur l'environnement de travail : Dans ce cadre le travail de l'ergothérapeute pourrait être une action de repérage, prévention et formation au niveau de l'entreprise pour la mise en place d'un management bientraitant. Souvent le burnout est lié à du harcèlement, un management et un environnement favorisant (styles de management, hiérarchie, objectifs impossibles à réaliser, open-space, etc...) et un fond de trauma.
 - 2- Pour la personne en burnout. »
16. « Pourquoi pas recommander des séances d'ergothérapie, mais j'aurai besoin d'en savoir davantage sur les modalités pratiques de cet accompagnement. »
17. « En France, on utilise plutôt le terme d'épuisement moral professionnel (plus utilisé dans le corpus scientifique en psycho). »
18. « Il serait bien que le burnout soit reconnu en maladie professionnelle »
19. « Votre métier est mal connu aussi des professionnels. La prise en charge des soins par la sécurité sociale est-elle prévue pour cette indication ? »
20. « Nous ne connaissons pas assez votre métier pour nous projeter sur la position de l'ergothérapeute dans ce cadre-là. »
21. « Le plus souvent, quand un patient arrive en burn-out, il doute profondément de lui-même, se sent nul, en échec, indigne de ses supérieurs et il faut parfois un temps assez long pour l'aider à évoluer vers la remise en question de la façon dont il prend les exigences de ses supérieurs comme des demandes absolues auxquelles il doit répondre à la perfection et sans limite. Petit à petit

cela peut évoluer vers un sentiment d'injustice face aux efforts de plus en plus importants qu'il a fournis. Des exercices particuliers proposés par l'ergothérapeute pourrait l'aider à prendre conscience de son idéal de perfection, et de son incapacité à écouter sa fatigue et à mettre des limites protectrices, car c'est bien là la cause de son épuisement. »

« Concernant les personnes ayant un handicap, et d'après mon expérience, le burnout est souvent associé à un environnement de travail non adapté et à une incompréhension entre entreprise et salarié handicapé. Dans ces situations précises, l'intervention d'un ergothérapeute auprès des deux parties me semble indispensable pour réfléchir ensemble à un aménagement de poste satisfaisant pour tous. Pour les autres situations cliniques, tout dépend des problématiques ayant entraîné le burnout. Je pense que sur une problématique d'organisation du travail, il serait intéressant de passer par une prise en charge ergo. Par contre, je note beaucoup de problématiques sur le relationnel au sens large (problème managérial, problème des attentes qu'on projette sur le travail et surtout sur les autres au travail, problème de reconnaissance, de positionnement etc.) et ces problématiques sont parfois très subjectives. Elles s'expliquent davantage par une histoire de vie que par un contexte professionnel. Dans ces cas-là, je ne me représente pas (peut-être à tort) ce que l'ergothérapeute pourrait apporter. Merci pour votre travail et bon courage pour la suite ».

Résumé

Contexte : Le burnout ou épuisement professionnel est un syndrome résultant d'un stress chronique au travail qui se caractérise par :

- un sentiment d'épuisement ou de manque d'énergie
- une distance mentale accrue par rapport à son travail, ou des sentiments de négativisme ou de cynisme liés à son travail
- une efficacité professionnelle réduite.

Il se manifeste progressivement dans un processus de l'engagement jusqu'à un effondrement. Des phases vers un retour au travail sont également décrites au cours desquelles interviennent plusieurs professionnels de santé, l'intervention des ergothérapeutes n'étant pas commune en France.

Objectif : Cette étude questionne la pertinence et les modalités d'une intervention en ergothérapie pour les personnes inscrites dans un processus de burnout.

Méthode : Une étude qualitative a été réalisée à l'aide de questionnaires. L'un à destination des professionnels de santé rencontrant habituellement cette population (médecin du travail, psychiatre et généraliste, psychologue clinicien et du travail, neuropsychologue) et l'autre à destination d'ergothérapeutes français.

Résultats : D'après cette étude, l'intervention de l'ergothérapeute peut contribuer à l'amélioration de la qualité de vie des personnes inscrites dans un processus de burnout. Les objectifs seraient alors, d'accompagner le client dans la recherche d'un équilibre occupationnel entre productivité, soins personnels et loisirs afin d'améliorer sa satisfaction en ce qui concerne la qualité de vie et la qualité de vie au travail. L'intervention serait complémentaire à celles des autres professionnels de santé. Elle se déroulerait prioritairement lors des phases de redécouvertes et d'apprentissage afin de favoriser le retour au travail.

Conclusion : L'intervention des ergothérapeutes semble encore peu répandue en France. Cependant les compétences dont disposent les ergothérapeutes peuvent convenir aux besoins des personnes en situation d'épuisement professionnel. Les professionnels de santé seraient également enclins à prescrire ou recommander des suivis en ergothérapie. De nombreuses perspectives pourraient donc être envisagées.

Mots clefs : burnout – épuisement professionnel – ergothérapie – équilibre occupationnel – qualité de vie

Abstract

Context : Burnout is a syndrome resulting from chronic stress at work, characterised by

- a feeling of exhaustion or lack of energy
- increased mental distance from work, or feelings of negativism or cynicism about work
- reduced professional effectiveness (3).

Burnout is characterized by a gradual process from engagement to collapse. Several health professionals are involved in steps to go back to work. The intervention of occupational therapists are rare in France.

Objective : This study questions the relevance and possible modalities of an occupational therapy intervention that could be targeted at people in a burnout process.

Method : A qualitative study was therefore carried out using surveys. One was aimed at health professionals who usually meet this population (occupational physician, psychiatrist and general practitioner, clinical and occupational psychologist, neuropsychologist) and the other at French occupational therapists.

Results : Few occupational therapists are currently involved in supporting people suffering from burnout. However, according to this study, the intervention of occupational therapists can contribute to improving the quality of life of people in a burnout process. The objectives would be to support the client in finding an occupational balance between productivity, self-care and leisure in order to improve satisfaction with quality of life and quality of work life. The intervention would be complementary to those of other health professionals. It would take place primarily during the rediscovery and learning phases in order to facilitate the return to work.

Conclusion : The intervention of occupational therapists seems to be still not widespread in France. However, the skills available to occupational therapists may be suitable for the needs of people suffering from burnout. Health professionals would also be inclined to prescribe or recommend occupational therapy follow-up.

Key words : burnout - occupational therapy - occupational balance - quality of life