



Avertissement

Ce document est le fruit d'un long travail et a été validé par l'auteur et son directeur de mémoire en vue de l'obtention de l'UE 28, Unité d'Enseignement intégrée à la formation initiale de masseur kinésithérapeute.

L'IFMK de Nancy n'est pas garant du contenu de ce mémoire mais le met à disposition de la communauté scientifique élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : secretariat@kine-nancy.eu

Liens utiles

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L

335.10 http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<https://www.service-public.fr/professionnels-entreprises/vosdroits/F23431>

MINISTÈRE DE LA SANTÉ

RÉGION GRAND EST

INSTITUT LORRAIN DE FORMATION DE MASSO-KINÉSITHÉRAPIE DE NANCY

« Brûler la chandelle par les deux bouts... »

Et si le masseur-kinésithérapeute avait sa place dans la prise en charge du burnout ?

Etude qualitative auprès d'experts en santé mentale

Sous la direction de Madame Séverine BUATOIS

Mémoire présenté par **FAVINI Marion**

Etudiante en 4^{ème} année de Masso- Kinésithérapie

En vue de valider l'UE 28

Dans le cadre de la formation initiale du

Diplôme d'Etat de Masseur-Kinésithérapeute

Promotion 2017-2021



UE 28 – MÉMOIRE

DÉCLARATION SUR L'HONNEUR CONTRE LE PLAGIAT

Je soussigné(e), FAVINI Marion

Certifie qu'il s'agit d'un travail original et que toutes les sources utilisées ont été indiquées dans leur totalité. Je certifie, de surcroît, que je n'ai ni recopié ni utilisé des idées ou des formulations tirées d'un ouvrage, article ou mémoire, en version imprimée ou électronique, sans mentionner précisément leur origine et que les citations intégrales sont signalées entre guillemets,

Conformément à la loi, le non-respect de ces dispositions me rend passible de poursuites devant le conseil de discipline de l'ILFMK et les tribunaux de la République Française.

Fait à Nancy, le 28 avril 2021

Signature

REMERCIEMENTS

Je tiens avant tout à remercier ma directrice de mémoire, Madame Séverine BUATOIS, enseignante à l'ILFMK de Nancy et MK au centre de rééducation de Lay St-Christophe pour m'avoir accompagnée dans la réalisation de ce projet. Je vous suis très reconnaissante pour le soutien et les encouragements que vous m'avez apporté tout au long de ce travail. Votre dynamisme et votre optimisme m'auront permis, malgré les difficultés rencontrées, d'arriver au bout de cette étude, pourtant ce n'était pas gagné !

Merci à Madame Mélanie JAMBEAU et Monsieur Thomas CLEMENT, tous deux enseignants à l'IFMK de Nancy, pour avoir fait naître, avec Madame BUATOIS, cet ambitieux projet commun sur le burnout.

Je souhaite également remercier les cinq experts ayant accepté de participer à cette étude. Nos échanges ont été très enrichissants pour mon travail mais également sur le plan personnel et malgré vos contraintes professionnelles, vous vous êtes rendus disponibles alors merci ! Merci aux autres professionnels ayant pris de leur temps pour m'accorder un entretien mais qui, à mon grand regret, n'ont pas pu être inclus dans les résultats. Sans oublier les autres personnes avec qui j'ai eu l'opportunité d'échanger sur mon sujet.

J'adresse également mes remerciements à Madame Karine MULLER, ayant été ma référente ILFMK durant tout mon cursus. Vous m'avez offert, dès la première année, une oreille attentive n'hésitant pas à mettre de côté votre casquette d'enseignante et je vous en suis très reconnaissante.

J'ai également une pensée pour toutes les personnes qui, de près ou de loin, m'ont aidée à apprendre ce si beau métier que nous partageons. Je pense bien évidemment à l'ensemble de l'équipe pédagogique mais également aux différents tuteurs de stage qui m'ont énormément apporté.

Un énorme merci à Léa (et Okami) pour m'avoir supportée pendant nos longues heures de balade et sans qui ce mémoire n'aurait jamais vu le jour !

Je tiens enfin à remercier mes proches pour leur soutien malgré mon humeur insupportable. Merci à ma cousine et son mari pour l'anglais et les soucis de mise en page. Un merci tout particulier à ma mamie et mon frère qui m'ont toujours poussée à ne rien lâcher durant ces quatre années. Merci maman de veiller sur moi.

« Brûler la chandelle par les deux bouts... » Et si le masseur-kinésithérapeute avait sa place dans la prise en charge du burnout ? *Etude qualitative auprès d'experts en santé mentale*

Introduction : Le burnout ou syndrome d'épuisement professionnel se caractérise par un épuisement global touchant simultanément la sphère émotionnelle, physique et psychique de l'individu. La HAS en 2017 souligne l'importance d'une prise en charge spécifique et pluridisciplinaire associant un suivi médical adapté et des approches non médicamenteuses centrées sur la personne. Le masseur-kinésithérapeute (MK) n'apparaît pas expressément dans ces recommandations. Pourtant, par son approche bio-psycho-sociale et sa relation privilégiée avec le patient, il pourrait avoir un rôle dans la prise en charge du burnout. L'objectif était de recueillir les points de vue et les expériences d'experts en santé mentale sur l'approche non médicamenteuse du burnout. Quelles sont leurs représentations sur le rôle du MK dans la prise en charge pluridisciplinaire du burnout ?

Matériel et méthode : Des entretiens semi-directifs ont été réalisés auprès de 5 professionnels experts (2 psychologues du travail, 1 ergothérapeute, 1 MK, 1 IDE sophrologue).

Résultats : Leurs témoignages ont permis d'identifier leurs rôles dans le parcours de soin des patients, de préciser leur définition du burnout et leurs difficultés. Bien qu'ils n'aient pas l'habitude de collaborer avec les MK dans leur pratique courante, les experts associent le rôle du MK au traitement des troubles somatiques par des techniques comme le « *massage pour réduire des tensions* », les « *conseils pour l'activité physique* », « *remise en mouvement* », « *revenir à son corps, se détendre* ». Les qualités essentielles citées sont « *l'empathie* », « *l'écoute* », « *la bienveillance* », « *une connaissance fine du processus de burnout* », « *ne pas juger la personne* » et « *la pluridisciplinarité* ».

Discussion : Le MK semble avoir les compétences nécessaires pour répondre aux problématiques induites par le burnout. Ainsi, le champ de la masso-kinésithérapie mérite de s'ouvrir davantage au domaine de la santé mentale afin que le MK puisse être mieux intégré dans l'approche pluridisciplinaire indispensable face à la complexité de ce syndrome.

Mots-clés : burnout – masseur-kinésithérapeute – prise en charge – santé mentale – syndrome d'épuisement professionnel.

« Burning the candle at both ends... » What if the physiotherapist had a role in the burnout management? *Qualitative study involving mental health experts*

Introduction : Burnout or professional exhaustion syndrome is characterised by a global exhaustion affecting simultaneously emotional, physical and psychological spheres of the individual. In 2017, the French Health's High Authority (HAS) emphasised the importance of a specific and multidisciplinary treatment combining a suitable medical follow-up and para-medical cares focus on the person. The physiotherapist (PT) does not appear expressly in these recommendations. However, through their bio-psycho-social approach and their special relationship with the patient, they could have a role in the burnout management. This study aimed to gather views and experiences of mental health experts on their para-medical approach of burnout. What are their representations on the PT's role in the multidisciplinary management of burnout?

Material and method : Semi-structured interviews were conducted with 5 expert professionals (2 occupational psychologists, 1 ergotherapist, 1 PT, 1 nurse sophrologist).

Results : Their testimonies helped to identify their roles in the patient's care pathway, their definition of burnout and their support difficulties. Despite the fact that they are not used to work with PTs in their current practice, experts associate PT's role with the treatment of somatic disorders through techniques such as « *massage to reduce tension* », « *advice on physical activity* », « *getting back into movement* », « *getting back to your body, to relax* ». The essential qualities cited were « *the empathy* », « *the ability to listen* », « *the benevolence* », « *a detailed knowledge of the burnout process* », « *an attitude that does not judge the person* » and « *multidisciplinary* ».

Discussion : The PT seems to have the necessary skills to respond to issues caused by burnout. Thus, the physiotherapy deserves to be more open to the mental health field. This would allow the PT to be better integrated into the multidisciplinary approach which is essential given the complexity of this syndrome.

Keywords : burnout – physiotherapist – care – mental health – burnout syndrome.

SOMMAIRE

1. INTRODUCTION	1
1.1. Contextualisation et problématisation	1
1.2. Le burnout : histoire du concept et définitions	3
1.3. Le syndrome d'épuisement professionnel	5
1.4. Les facteurs de risques du burnout	6
1.5. La détection du burnout	7
1.6. La prévention : quelles solutions ?	8
1.7. La prise en charge	8
2. MATÉRIEL ET MÉTHODE	10
2.1. Aspects réglementaires et éthiques	10
2.2. Stratégies de recherche documentaire	10
2.3. Approche qualitative via des entretiens semi-directifs	10
2.4. Population choisie	11
2.5. Déroulement et retranscription des entretiens semi-directifs	12
3. RÉSULTATS	12
3.1. Caractéristiques de la population	12
3.2. Analyse thématique des données recueillies	13
3.2.1. Thème 1 : « Votre expérience personnelle sur le burnout	13
3.2.2. Thème 2 : « Votre vision du burnout »	15
3.2.3. Thème 3 : La prise en charge du burnout	18
3.2.4. Thème 4 : Les techniques face au burnout	23
3.2.5. Thème 5 : La place du MK dans la prise en charge pluridisciplinaire du burnout	29
3.2.6. Thème 6 : Conseils et recommandations au MK	32

4. DISCUSSION	34
4.1. Interprétation des résultats	34
4.1.1. Thème 1 : « Votre expérience personnelle sur le burnout »	34
4.1.2. Thème 2 : « Votre vision du burnout ».....	36
4.1.3. Thème 3 : La prise en charge du burnout.....	37
4.1.4. Thème 4 : Les techniques face au burnout.....	39
4.1.5. Thème 5 : La place du MK dans la prise en charge pluridisciplinaire du burnout.....	41
4.1.6. Thème 6 : Conseils et recommandations au MK.....	43
4.2. Les limites de l'étude	44
5. CONCLUSION	46

BIBLIOGRAPHIE

ANNEXES

LISTE DES ABREVIATIONS

- HAS : Haute Autorité de Santé
- MK : Masseur-Kinésithérapeute
- TMS : Troubles Musculo-Squelettiques

1. INTRODUCTION

1.1. Contextualisation et problématisation

La souffrance psychique liée à l'activité professionnelle est à l'origine de l'apparition de plus en plus de pathologies mentales. La dépression légère, les troubles anxio-dépressifs et le burnout (ou syndrome d'épuisement professionnel) en sont des exemples. Peu de données épidémiologiques existent à ce jour sur ces affections du fait notamment de l'importante variabilité interprofessionnelle dans les méthodes employées pour les diagnostiquer. Les chiffres les plus fiables actuellement sont ceux issus d'une étude nationale menée par l'Institut de Veille Sanitaire (InVS) dans le cadre du programme de surveillance des Maladies à Caractère Professionnel (MCP). Un bulletin épidémiologique publié en 2015 reprend l'ensemble des données issues de la mise en place du réseau de veille dans 15 régions en collaboration avec les médecins du travail sur la période 2007-2012. Il révèle un taux de prévalence de ces affections 2 fois plus élevé chez les femmes que chez les hommes et ce quelle que soit l'année. En 2012, plus de 3 femmes actives salariées sur 100 et plus de 1 homme actif salarié sur 100 auraient été concernés par ces pathologies. En ce qui concerne le burnout, une progression similaire d'environ 2,3% du taux de prévalence de ce syndrome a été observée chez les femmes et chez les hommes entre 2007 et 2012. Ainsi, selon l'estimation de l'InVS, sur les 480 000 salariés en souffrance psychologique liée au travail en 2012, 7% étaient en burnout, soit un peu plus de 30 000 personnes (1). Plusieurs hypothèses peuvent expliquer l'augmentation de ces chiffres durant cette période : la dégradation des conditions de travail, notamment celles liées à l'organisation du travail et aux relations interprofessionnelles, ainsi que la sensibilisation des médecins du travail au dépistage de ces pathologies favorisée par la médiatisation de cette problématique. Une autre étude menée par le cabinet Technologia a estimé qu'en 2014, 3,2 millions de salariés français présentaient un « risque de burnout » soit plus de 12% de la population active (2). Malgré ces chiffres impressionnants, la santé mentale demeure un domaine de santé publique insuffisamment considéré par les organismes sanitaires Français. Pourtant, 14,5 % des dépenses totales d'assurance maladie en 2016 étaient consacrés à la prise en charge des maladies psychiatriques ou psychotropes révélant l'enjeu majeur de santé publique se cachant derrière ces pathologies (3).

Depuis sa conceptualisation en 1974 par le psychiatre clinicien H. Freudenberger, ce syndrome a été le point de mire de nombreux scientifiques aboutissant à un nombre conséquent de définitions enrichissant les connaissances actuelles sur ce sujet (4). Néanmoins, même si sa complexité freine l'identification des limites qui le caractérise, une idée commune semble établie : le burnout se caractérise par un état d'épuisement à la fois émotionnel, physique et psychique de l'individu en lien avec la pratique d'une activité professionnelle s'avérant moralement exigeante (5). La notion de dégradation du rapport subjectif à l'activité professionnelle est essentielle à prendre en compte car c'est elle qui le différencie des autres atteintes mentales, comme la dépression (6). Pourtant, des difficultés de distinction entre ces affections persistent et sont fréquemment à l'origine d'un retard de diagnostic.

L'ampleur de ce syndrome a induit la formation de groupes de travail multidisciplinaire permettant l'élaboration de guides et de recommandations de bonne pratique professionnelles. Celles émises par la Haute Autorité de Santé (HAS) en 2017 soulignent l'intérêt d'une « prise en charge médicamenteuse et non médicamenteuse » de l'ensemble des signes et des symptômes caractérisant le burnout (7). Ces manifestations cliniques, plus ou moins sévères selon les cas et d'installation progressive, sont à la fois émotionnelles, physiques non spécifiques, cognitives, comportementales ou interpersonnelles et motivationnelles ou liées à l'attitude. Ainsi l'étendue de cet ensemble syndromique nécessite l'implication de différents professionnels de santé spécialisés afin de mettre en place une intervention optimale centrée sur la personne (7). Toutefois, bien que cette approche pluridisciplinaire soit indispensable, le rôle du MK n'apparaît pas expressément dans ces recommandations et n'est pas clairement identifié comme un professionnel paramédical prenant en charge une personne souffrant de burnout. Pourtant, certains symptômes cliniques caractérisant cet état d'épuisement peuvent faire l'objet d'une prise en charge masso-kinésithérapique comme par exemple les troubles musculo-squelettiques (TMS) et les rachialgies. De plus, la relation de soin complète et singulière qui unit le MK et le patient ainsi que la richesse et la diversité des techniques masso-kinésithérapiques amènent également à penser que le MK possède les outils appropriés parmi son arsenal thérapeutique pour répondre à certains aspects du burnout tels que le massage, la relaxation ou encore l'activité physique.

Dans ce contexte, un projet de recherche collaboratif a été initié en 2019 par des formateurs de l'IFMK de Nancy, dans le cadre d'un appel à projet sur la thématique « Santé

mentale et kinésithérapie » lancé par le Conseil National de l'Ordre des MK. L'objectif principal de ce projet est de définir la place du MK dans la détection précoce et la prise en charge pluridisciplinaire du burnout chez l'adulte.

Ce projet comporte 3 axes principaux :

- Axe 1 : une revue systématique de la littérature évaluant l'efficacité des techniques relevant du champ de compétences du MK dans la prise en charge et la réhabilitation du burnout,
- Axe 2 : approche qualitative par le biais d'entretiens semi-directifs auprès de professionnels spécialisés en santé mentale pour identifier les techniques MK pouvant s'intégrer dans la prise en charge complexe et pluridisciplinaire des adultes souffrant du burnout,
- Axe 3 : enquête par questionnaires auprès d'une population cible de MK libéraux et salariés afin d'identifier leurs points de vue sur la place du MK dans la détection du burnout.

Notre mémoire de fin d'études s'inscrit essentiellement dans l'axe 2 de ce projet. A travers une démarche qualitative, nous nous sommes intéressée plus particulièrement à l'approche non-médicamenteuse de ce syndrome. Notre objectif était d'aller à la rencontre de différents experts en santé mentale afin de recueillir leurs opinions, expériences et points de vue sur le burnout en général puis plus particulièrement sur l'approche non médicamenteuse. Nous avons ensuite cherché à connaître plus spécifiquement leurs représentations sur le rôle du MK dans la prise en charge pluridisciplinaire du burnout, ainsi que leurs recommandations ou conseils à donner à un MK impliqué dans cette approche.

Afin de mieux cerner le cadre théorique de notre étude, nous avons développé, dans les sous-parties suivantes, différentes notions importantes autour du burnout : les définitions, les signes, les facteurs de risque, la prévention et le traitement.

1.2. Le burnout : histoire du concept et définitions

Le terme « burn-out » est utilisé pour la première fois en 1969 par Loretta Bradley pour désigner un stress particulier lié au travail. C'est en 1974 que le psychiatre Herbert J. Freudenberger évoque le concept de « Burn-Out Syndrome » dans son article « Staff burnout » (4). Plus tard, dans son ouvrage paru en 1987, il emploie l'expression française « brûlure interne » résumant parfaitement ce phénomène (8). Durant les années 70, le burnout est conçu comme un syndrome psychologique dynamique spécifique aux professions

aidantes. L'engagement relationnel important de l'individu dans son activité professionnelle semble alors être le critère déterminant dans le développement de cet épuisement. L'accent est ainsi mis sur les professions médicales mais également sur les enseignants et travailleurs sociaux. Au courant de cette même époque, les travaux débutés en 1976 par la psychologue sociale Christina Maslach ont marqué un tournant sur la vision et les connaissances sur ce sujet. Les recherches qu'elle a menées lui ont alors permis de démontrer que ce ne sont pas les facteurs individuels mais l'environnement et les conditions de travail qui sont au cœur de l'épuisement professionnel, et ce pour tout domaine professionnel imposant une charge émotionnelle conséquente à l'individu. C'est ainsi qu'en 1981, elle détermine avec Susan E. Jackson un modèle descriptif à trois dimensions.

Parmi les nombreuses définitions qu'il existe de ce syndrome, ce modèle est encore le plus utilisé à ce jour pour décrire le burnout : c'est « *un syndrome d'épuisement émotionnel, de dépersonnalisation et de réduction de l'accomplissement personnel qui apparaît chez les individus impliqués professionnellement auprès d'autrui* » (5). En 2019, l'OMS a émis une nouvelle définition au sein de la CIM-11, plus détaillée en comparaison à celle qui figurait dans la dixième révision de la classification datant de 2008 : « *le burn-out, ou épuisement professionnel, est un syndrome conceptualisé comme résultant d'un stress chronique au travail qui n'a pas été correctement géré* ». Il est caractérisé par trois dimensions : un sentiment de manque d'énergie ou d'épuisement, un retrait vis-à-vis du travail ou des sentiments de négativisme ou de cynisme liés au travail et une perte d'efficacité professionnelle (9).

Malgré l'abondante littérature scientifique à ce sujet, le burnout représente, encore aujourd'hui, un concept mouvant dont les limites restent mal définies n'ayant pas permis l'établissement d'un consensus scientifique pour le définir. Malgré son entrée dans la Classification Internationale des Maladies depuis la Dixième Révision en 2008, le burnout n'est toujours pas classé comme étant une maladie. Il est compris dans le chapitre des « *facteurs influant sur l'état de santé ou sur les motifs de recours aux services de santé* » et est considéré comme un phénomène lié au travail (9). Ce syndrome demeure également absent de la 5^{ème} édition du Manuel Diagnostique et Statistique des troubles mentaux (DSM-V) de l'Association Américaine de Psychiatrie (10). Il est classé dans la rubrique « surmenage » par le Réseau National de Vigilance et de Prévention des Risques Professionnels (RNV3P) (11). Pourtant, dans son rapport publié en 2016, l'Académie nationale de médecine prend position sur la

réalité du burnout comme maladie professionnelle (12). Consciente des difficultés qui se posent à ce sujet, elle souligne la possibilité de déclarer les pathologies mentales telles que le burnout comme maladies professionnelles « hors tableau ». Au courant de la même année, un décret a été voté visant à améliorer la reconnaissance du caractère professionnel des pathologies psychiques et le fonctionnement des comités régionaux de reconnaissance des maladies professionnelles (CRRMP) (13).

1.3. Le syndrome d'épuisement professionnel

Comme tout syndrome, le burnout est caractérisé par l'apparition de signes cliniques et de symptômes organisés par la HAS en cinq catégories (7) :

- Symptômes **émotionnels** : anxiété, manque d'entrain, sentiment de perte de contrôle, irritabilité, hyperémotivité ou à l'inverse apathie, indifférence.
- Symptômes **cognitifs** : troubles de la concentration, de l'attention, de la mémoire, des fonctions exécutives.
- Symptômes **comportementaux** ou **interpersonnels** : isolement social, repli sur soi, ressentiment et comportement agressif voir violent dénué d'empathie à l'égard des collègues ou toute personne côtoyée dans le cadre professionnel, comportements addictifs.
- Symptômes **motivationnels** ou **liés à l'attitude** : processus global de dévalorisation de ses capacités personnelles et professionnelles amenant à un désengagement progressif (baisse de motivation, du moral effritements des valeurs associées au travail).
- Symptômes **physiques non spécifiques** : asthénie, troubles du sommeil, TMS (cervicalgies, lombalgies, ...), maux de tête, nausées, vertiges, perte ou prise de poids soudaine, troubles gastro-intestinaux.

Cependant, il est important de noter que ces symptômes ne sont pas spécifiques au burnout. C'est pourquoi il n'est pas rare que l'amalgame soit fait avec d'autres pathologies relevant d'une exposition prolongée aux facteurs RPS comme le stress chronique, la dépression, le « worahokisme » (ou addiction au travail). Pourtant, plusieurs éléments permettent de les distinguer. En effet, le stress chronique n'induit pas de symptômes comportementaux de type agressivité envers autrui ou des changements d'émotions majeurs. La dépression est « un état » consécutif à une problématique touchant tous les aspects de la vie personnelle mais elle ne concerne pas les difficultés en lien avec l'activité professionnelle

(6). Enfin, l'importante hétérogénéité symptomatologique observée chez les personnes « workaholiques » ou « accro au travail », l'absence de définition universelle et la similitude des conséquences qu'il induit chez l'individu avec celles du burnout (douleurs musculaires et/ou intestinales, anxiété, dépression, conduites addictives, ...) complexifie leur distinction (14). En 2009, Schaufeli W *et al.* montrent que l'addiction au travail constitue un facteur de risque important de développement d'un burnout mettant en évidence le lien étroit entre ces deux phénomènes (15).

1.4. Les facteurs de risques du burnout

L'hétérogénéité des troubles ainsi que leur gravité sont sous la dépendance de deux types de facteurs de risques, ceux liés au travail et ceux liés à l'individu.

Les facteurs liés au travail ou facteurs de de risques psychosociaux (RPS) sont définis par le rapport du Collège d'expertise français sur le suivi des risques psychosociaux au travail comme « des risques pour la santé mentale, physique et sociale engendrés par les conditions d'emploi et les facteurs organisationnels et relationnels susceptibles d'interagir avec le fonctionnement mental [...] » (16). C'est un terme global regroupant principalement deux situations devenues fréquentes dans le milieu professionnel actuel : l'état de stress et les violences internes ou externes au travail (17). Ce rapport de Gollac *et al.* a permis l'élaboration d'une classification en six axes des facteurs pouvant influencer l'émergence des RPS et in fine du burnout : les exigences au travail (intensité et temps de travail), les exigences émotionnelles importantes avec confrontation à la souffrance, à la mort ou dissonance émotionnelle, le manque d'autonomie/de marges de manœuvre, les mauvais rapports sociaux/relationnels de travail, les conflits de valeur/la qualité empêchée et l'insécurité de la situation de travail. La dégradation physique et mentale qu'ils induisent peuvent se traduire par des symptômes semblables à ceux du burnout tels que les TMS, des troubles de la santé mentale avec épisodes de dépression, d'anxiété ou des comportements addictifs (6). Plus concrètement, ils aboutissent à un mal-être de la personne, en souffrance dans son travail. L'exposition continue et prolongée à ces facteurs peut amener à différentes pathologies. Le stress chronique, la dépression et le burnout en sont des exemples. Or, il est très courant que l'amalgame soit fait entre ces affections. Il est donc important de connaître les spécificités de chacune d'entre elles. De plus, les études à ce sujet exposent le lien potentiel qu'il existerait

entre l'exposition psychosociale aux RPS et certains troubles comme les troubles anxio-dépressifs ou le burnout, et certaines pathologies comme les maladies cardiovasculaires (17).

Les facteurs individuels constituent le deuxième déterminant pouvant influencer la survenue d'un burnout. L'histoire personnelle de l'individu mais aussi certains traits de personnalité tels que l'engagement fort dans le travail, l'instabilité émotionnelle, le névrosisme ou encore le caractère consciencieux exposeraient de manière privilégiée ces personnes au développement d'un épuisement professionnel. La présence d'antécédents personnels ou familiaux de troubles dépressifs serait également un élément prédictif selon l'expertise collective INSERM de 2011 (18).

1.5. La détection du burnout

Elle repose sur un repérage individuel, notamment des manifestations cliniques mais aussi sur un repérage collectif d'un ensemble d'éléments tels que l'augmentation de l'absentéisme, du nombre d'accidents du travail ou de maladies professionnelles. Bien souvent, les personnes constituant l'entourage professionnel de l'individu concerné est le mieux placé pour remarquer d'éventuels changements ou repérer des signes inhabituels (7).

Il existe, à l'heure actuelle, différents outils de repérage se présentant sous la forme de questionnaires pour la plupart. Ils constituent des compléments utilisés le plus souvent pour guider un entretien avec le patient. Ils ne permettent pas une évaluation individuelle ni de poser le diagnostic médical du burnout. Seul le médecin traitant ou du travail possède cette capacité. L'outil le plus utilisé à ce jour est le Maslach Burnout Inventory (MBI) mis au point en 1981 par Maslach et Jackson. Il s'agit d'un questionnaire explorant trois aspects bien spécifiques du burnout : l'épuisement professionnel, la dépersonnalisation, et l'accomplissement personnel. Selon le score obtenu, un niveau « bas, modéré ou élevé » de burnout est mis en évidence (5). D'autres questionnaires permettent d'explorer des dimensions différentes du burnout. L'Oldenburg Burn-out Inventory (OLBI) de Demerouti datant de 1999 évalue par exemple le désengagement et l'épuisement alors que le Burnout Measure (BM) explore les trois aspects physique, émotionnel et mental de l'épuisement (19,20). Le Copenhagen Burnout Inventory (CBI) (Kristensen *et al.*, 2005) s'attache lui à faire la distinction entre l'épuisement physique et psychologique (21).

1.6. La prévention : quelles solutions ?

La maîtrise des facteurs de risques favorisant l'apparition du burnout tels que les RPS s'impose comme étant l'élément premier et indispensable à la prévention de burnout. Pour cela, une analyse des conditions dans lesquelles la personne travaille quotidiennement est requise afin d'identifier les dysfonctionnements auxquels elle est exposée. Ils peuvent être d'ordre organisationnels mais aussi relationnels.

Dans le cadre d'une prévention d'ordre secondaire face à ce syndrome, l'ensemble des acteurs responsables de la prévention au sein d'une entreprise tels que le service de santé au travail se doivent d'être attentif à l'apparition ou à la présence de signes caractéristiques, qu'ils soient individuels ou collectifs. Les éléments liés au fonctionnement de l'entreprise et ceux liés à la sécurité et à la santé des employés comme le nombre d'accidents du travail sont à considérer au niveau collectif. Les changements observables sur le plan individuel comme un comportement inhabituel constituent des signaux alertant sur la possibilité d'apparition d'un épuisement professionnel lié au travail.

Le contrôle des facteurs individuels favorisant le burnout est également un axe de prévention important à considérer. Une discussion des conditions de travail avec les supérieurs hiérarchiques permet de déterminer une charge de travail raisonnable permettant de prémunir la personne du stress.

1.7. La prise en charge

Le burnout n'étant pas encore une pathologie codifiée, il ne fait pas l'objet d'une prise en charge standardisée à ce jour. Néanmoins, le Rapport de l'Académie Nationale de Médecine (2016) évoque la nécessité d'éloigner la personne en burnout de son travail et de mettre en place, de manière simultanée, une « thérapeutique médicamenteuse antidépressive » et « une psychothérapie de reconstruction émotionnelle et de l'estime de soi » (12).

Concernant l'aspect médicamenteux, il est important de considérer les dernières recommandations de la HAS qui, contrairement aux idées reçues, précise qu'un traitement antidépresseur est utile uniquement en cas de troubles anxieux et/ou dépressifs (7). Pourtant,

ils sont, avec les anxiolytiques, les médicaments les plus fréquemment prescrits dans ce contexte malgré une efficacité insuffisamment prouvée.

La complexité du burnout impose une approche multimodale afin de ne négliger aucun aspect de ce dernier. Ainsi, la HAS suggère « *une prise en charge non médicamenteuse fondée sur des interventions psychothérapeutiques ou psychocorporelles* » afin de compléter la thérapie médicamenteuse.

Les études à ce sujet sont en faveur d'interventions centrées sur la personne telles que les TCC (les thérapies cognitivo-comportementales) et la relaxation dont l'efficacité pour réduire le burnout a été prouvée (22,23). La TCC repose sur un apprentissage dont l'objectif est de modifier le comportement actuel de la personne jugé comme inadapté vis-à-vis de la situation dans laquelle elle se trouve au profit d'un nouveau comportement durable lui permettant d'être en accord avec l'environnement qu'elle côtoie et donc d'améliorer sa qualité de vie. La revue systématique de Korczak *et al.* (2012) met en évidence une amélioration de l'épuisement émotionnel et une réduction du burnout suite à l'emploi de cette thérapie dans la plupart des études (24).

Les techniques de gestion du stress (comme la respiration), la méditation pleine conscience, et l'activité physique sont également très répandues (7). La méditation pleine conscience a, selon la méta-analyse de Khoury *et al.* (2015), un effet faible sur le burnout et un effet modéré sur le stress, l'anxiété, la dépression et la détresse (25). Finalement, l'étude publiée en 2018 par Grensman *et al.* montre que l'association du yoga traditionnel, de la thérapie cognitive basée sur la pleine conscience et de la TCC a des effets bénéfiques aussi bien sur un aspect préventif que curatif. De plus, ces techniques combinées permettent à la fois d'améliorer la qualité de vie des personnes en arrêt maladie dû à un épuisement professionnel et de réduire le risque de morbidité future (26).

La thérapie par l'exercice est également une solution non médicamenteuse dont l'efficacité pour limiter certaines symptômes du burnout a été montrée. La revue de littérature de Ginoux. en 2019 révèle que sur 28 études 19 d'entre-elles montrent un effet bénéfique de l'activité physique sur le bien-être professionnel (27). Selon Naczensi *et al.*, elle semblerait également être un moyen efficace pour réduire l'épuisement professionnel (28). En raison du caractère multidimensionnel du burnout, l'association de l'activité physique avec des techniques psychothérapeutiques comme celles citées précédemment semble fournir les meilleurs résultats. Cette approche permettrait notamment d'améliorer la gestion du stress des personnes concernées et de favoriser leur adhésion à la pratique d'une activité physique (29).

De plus, la récente revue systématique de Dreher *et al.* (2020) montre qu'elle est un moyen efficace et adapté pour prévenir le burnout lorsqu'elle est combinée à d'autres thérapies (30).

Enfin, l'HAS suggère la nécessité d'accompagner le patient dans les démarches médico-administratives (prescription d'un arrêt de travail, ...) et lors de la reprise de l'activité professionnelle. Durant cette étape, le médecin du travail a un rôle primordial, notamment dans la réalisation d'une visite de pré-reprise qui est essentielle pour assurer une réinsertion socio-professionnelle optimale à la personne concernée. Celle-ci est obligatoire pour les salariés ayant été en arrêt de travail plus de 3 mois. A son issue, l'équipe pluridisciplinaire et le médecin du travail proposent les aménagements nécessaires afin d'adapter le poste de travail de l'individu et si cela s'avère impossible, ils l'accompagnent dans le processus de réorientation professionnelle (7).

2. MATÉRIEL ET MÉTHODE

2.1. Aspects réglementaires et éthiques

Notre étude est basée sur une approche qualitative portant sur l'analyse de pratiques professionnelles (étude « hors champ » selon la Loi Jardé ne nécessitant pas de démarche auprès d'un CPP ni la CNIL) et a été réalisée dans le respect des bonnes pratiques cliniques (consentement éclairé des participants et anonymisation des données).

2.2. Stratégies de recherche documentaire

Les bases de données Science Direct, PEDro et Pubmed et les sites d'autorité publique tels que la HAS nous ont permis de construire notre bibliographie sur le sujet. La traduction française des lignes directrices COREQ (COsolidated criteria for REporting Qualitative research) a été utilisée pour la lecture des rapports de recherche qualitative afin de respecter la rigueur méthodologique propre à ce type d'étude (31).

2.3. Approche qualitative via des entretiens semi-directifs

L'ambition de notre étude était de recueillir le regard que porte chaque expert interrogé sur la prise en charge pluridisciplinaire d'un adulte souffrant de burnout, afin de « *saisir le sens d'un phénomène complexe tel qu'il est perçu par les participants [...]* » (32). Nous avons par

conséquent choisi l'entretien semi-directif qui permet de recueillir une « *information de bonne qualité, orientée vers le but poursuivi* » (32).

Un guide d'entretien a été réalisé et utilisé comme document pilier pour chaque interview afin que chaque échange ait un déroulement similaire. Au préalable, une phase de pré-test avec un MK spécialiste en santé mentale nous a permis d'apporter des modifications et d'obtenir ainsi la version finale du guide (ANNEXE I). Il se compose des 6 thèmes suivants :

- Thème 1 : « Votre expérience personnelle du burnout »
- Thème 2 : « Votre vision du burnout »
- Thème 3 : La prise en charge du burnout
- Thème 4 : Les techniques face au burnout
- Thème 5 : La place du MK dans la prise en charge pluridisciplinaire du burnout
- Thème 6 : Les conseils et recommandations au MK

Par cette construction, nous souhaitons d'abord faire « un état des lieux » du burnout avec les experts afin de recueillir leurs points de vue sur ce syndrome et leurs expériences professionnelles. Puis, nous avons orienté leur réflexion sur l'approche non-médicamenteuse afin d'évoquer le rôle du MK dans la prise en charge pluridisciplinaire du burnout et d'obtenir leurs représentations à ce sujet.

2.4. Population choisie

Les critères d'inclusion choisis pour sélectionner les professionnels étaient : posséder au moins un diplôme et une expérience professionnelle dans le domaine de la santé mentale, avoir été confronté à la prise en charge de personnes en burnout au cours de sa carrière. Afin d'avoir une vision pluridisciplinaire, nous souhaitons interroger des experts de la sphère médicale et paramédicale afin de recueillir et comparer leurs représentations sur le burnout.

La prise de contact initiale avec les experts a été effectuée par mail. Notre sollicitation était constituée d'une présentation succincte du contexte et du sujet de l'étude, de notre demande et des modalités de réalisation de l'entretien. Dans un deuxième temps, une fois l'approbation obtenue du professionnel pour participer à l'étude, un court questionnaire Word lui était transmis par mail afin de recueillir quelques renseignements personnels et professionnels à son sujet avant la réalisation de l'entretien (ANNEXE II).

2.5. Déroulement et retranscription des entretiens semi-directifs

En raison de la crise sanitaire, les cinq entretiens ont été réalisés en distanciel via le logiciel Zoom permettant leur enregistrement. Le respect de l'anonymat des données recueillies a été garanti à chaque participant. Chaque entrevue débutait par la présentation des consignes du déroulement de l'entretien, puis par l'annonce de chaque thème. Si les réponses du professionnel étaient jugées insuffisantes ou incomplètes, l'intervieweur effectuait des relances prévues initialement dans le guide ou improvisées selon les propos de l'expert.

Les entretiens ont été retranscrits mot-à-mot manuellement sur le logiciel informatique de traitement de texte Word. Une analyse thématique a ensuite été réalisée pour extraire les éléments clés des retranscriptions. Enfin, nous avons créé un tableau Excel afin de synthétiser les données recueillies (ANNEXE III).

3. RÉSULTATS

3.1. Caractéristiques de la population

Au total, nous avons contacté 11 personnes. Trois d'entre elles n'ont pas donné suite. L'une jugeant ne pas avoir les connaissances et les compétences nécessaires pour participer à l'étude, l'une reste sans réponse et la dernière n'avait pas la possibilité de se libérer sur le plan professionnel dans le délai imparti. Deux professionnels, exerçant au sein de la même structure, ont été contactés simultanément. Pour des raisons professionnelles, ils n'avaient pas la possibilité de nous accorder un entretien en distanciel via l'application Zoom et n'ont donc pas été inclus dans cette étude. Enfin, en guise de pré-test, un entretien a été mené avec un expert afin de tester le guide d'entretien et n'a donc pas été analysé. Finalement, cinq experts (E) du domaine paramédical dont quatre femmes et un homme ont été interviewés : 2 psychologues du travail, 1 ergothérapeute, 1 MK et 1 IDE/sophrologue et.

Parmi eux, trois experts (E2, E3, E4) possèdent un diplôme de formations et deux (E1, E5) ont un diplôme universitaire. L'un d'entre eux (E4) prend très souvent en charge des patients souffrant de burnout, c'est-à-dire une à plusieurs fois par semaine, trois (E1, E2, E5) y sont confrontés souvent à savoir plusieurs fois par mois et un seul (E3) ne rencontre cette situation que très rarement (quelques fois par an). Les caractéristiques de chaque personne sont résumées dans le tableau ci-dessous (Tab I).

Tableau I : Données des caractéristiques de la population interrogée

Expert (E)	Sexe	Profession	Lieux d'exercice	Ancienneté et Formation(s) en Santé Mentale
E 1	F	Psychologue du travail	Libéral (Auvergne-Rhône-Alpes)	19 ans (Doctorat en psychologie du travail et des organisations)
E 2	F	Ergothérapeute	Hôpital (54)	38 ans (Hypnose et thérapies brèves)
E 3	F	Infirmière, sophrologue	Centre spécialisé (57)	3 ans (Sophrologie Catherine Aliotta)
E 4	F	Masseur Kinésithérapeute	Centre spécialisé, hôpital (57)	12 ans (Gestion du stress, gestion de l'agressivité, thérapies basées sur la médiation de pleine conscience, initiation à la sophrologie)
E 5	H	Psychologue du travail	Hôpital (57)	2 ans (Master 2 en psychologie sociale, du travail et des organisations)

3.2. Analyse thématique des données recueillies

Pour chaque thème, nous avons rappelé la question posée puis présenté les éléments de réponse qui nous ont semblé les plus pertinents. Pour une lecture plus aisée et agréable des résultats, certaines onomatopées et répétitions ont été supprimées dans les citations utilisées.

3.2.1. Thème 1 : « Votre expérience personnelle sur le burnout »

Q 1 : « La détection et le diagnostic du burnout sont deux étapes primordiales mais souvent retardées par la complexité et la méconnaissance de ce syndrome. Ainsi, en vous basant sur votre pratique professionnelle quotidienne, quelle proportion représentent les adultes souffrants de burnout, qu'il soit suspecté ou diagnostiqué, au sein de votre patientèle ? »

Plusieurs experts ont été en difficulté pour estimer cette proportion :

- E1 n'apporte pas de réponse concrète ni d'estimation mais évoque plutôt les situations dans lesquelles il rencontre cette catégorie de patients,
- E2 dit « *le pourcentage je sais pas trop* » (L11-12) mais il précise que les personnes en burnout font plutôt partie de « *la patientèle dépressive* » (L9) et elles représentent « *au moins une bonne moitié* » (L13) de celle-ci « *sachant que c'est une évaluation subjective* » (L18),
- E3 dit n'avoir eu que « *deux ou trois* » cas « *en deux ans* » (L9) car il s'occupe plutôt de patients « *psychiatisés* » (L13) et « *qui sont plus en difficultés, souvent qui (ne) travaillent pas* » (L18-19). Il précise « *je sais pas combien, ça fait pas beaucoup proportionnellement* » (L22-23) mais « *il y en a plus que par rapport à ce que moi je vois* » (L25),

- E4 : ses premiers mots sont « *c'est difficile à quantifier* » (L8) et plus tard il dit « *en psychiatrie, le burnout c'est dur à quantifier* » (L21-22) mais il parvient finalement à estimer la proportion et donne un élément de comparaison : « *1/5 (à l'hôpital psychiatrique) contre 1/3 en libéral* » (L55-56),
- E5 dit rencontrer « *au moins une personne par semaine* » (L10) en burnout mais cette proportion ne concerne que « *les personnels des hôpitaux* » (L13) de Sarreguemines dont il s'occupe car il ne prend pas en charge des personnes extérieures à cette structure.

Q 2 : « Avez-vous remarqué une majoration de ce phénomène durant ces cinq dernières années ? »

Trois experts sur les cinq (E1, E2, E4) confirment cette majoration. Deux participants (E3 et E5) ne possèdent pas une ancienneté professionnelle suffisante pour porter un regard sur cet élément. Nous avons résumé les éléments de réponse donnés par les experts dans le tableau II (Tab II, ANNEXE IV).

Trois participants (E2, E4, E5) nous ont évoqué, de manière spontanée, la majoration des cas de burnout au cours de « *la dernière année [...] en lien avec la covid* » (E2, L38-39). E2 atteste que « *ça a augmenté très nettement* » (L39). E4 explique qu'avec « *le covid et le télétravail, il y a beaucoup plus de gens qui n'arrivent plus à gérer parce qu'il y a [...] encore moins ce lien entre le professionnel et le personnel* » (L71-73). E5 l'évoque également à plusieurs reprises : « *avec la période de la crise, il y a [...] cette souffrance qui émane de plus en plus et ce sens au travail qui se perd aussi au niveau de l'activité* » (L13-15), « *cette crise sanitaire [...] induit effectivement un burnout plus fréquent* » (L57-58). Cet aspect n'a pas été abordé avec E1 et E3.

Q 3 : « En vous basant sur votre expérience, pouvez-vous me décrire votre rôle dans le parcours de soin d'une personne souffrant de burnout ? »

- E1 : « *lui faire prendre conscience qu'il y a des limites qui sont atteintes* » (L30-31), « *l'aider à envisager qu'on puisse ralentir* » (L32), « *lui proposer d'autres scénarios* » (L32), « *un rôle de réassurance* » (L36), « *envisager d'autres façons de faire, d'autres solutions* » (L37), « *soutenir les progrès* » (L38),
- E2 : « *aider les patients à prendre un peu plus soin d'eux* » (L50-51),

- E3 : « *sortir un petit peu du mental* » (L35), « *revenir un petit peu au corps* » (L37), « *revenir à l'instant présent* » (L37-38), « *donner des outils qu'ils puissent utiliser par la suite* » (L42-43) pour travailler « *en autonomie* » (L47),
- E4 : « *en tant que kiné, on soigne le corps* » (L88), « *leur permettre de reprendre conscience de leur corps, de leurs difficultés, de leurs douleurs* » (L91-92), « *par les soins [...] on aide ce cheminement* » (L94), en évoquant la méditation de pleine conscience il dit « *on apprend aux gens à prendre conscience du fait qu'il y a deux modes : il y a le mode être et le mode faire* » (L98-99) et précise que c'est ce qui va « *permettre de retrouver un équilibre* » (L102), « *on est pas là pour soigner le mental* » (L108),
- E5 : « *accompagner (le service en entier) sur toutes les problématiques d'organisation du travail* » (L37-38), « *identifier les personnes qui sont en souffrance professionnelle, notamment le burnout, et de tenter d'améliorer sa perception du travail mais aussi de l'organisation du travail* » (L38-40), « *savoir réorienter une personne* » (L49-50).

Relance : « *Pensez-vous avoir changé votre prise en charge du burnout au fur et à mesure de vos années de pratique et des expériences vécues ?* »

Cette notion n'a volontairement pas été abordée lors de l'échange avec E3 puisqu'il ne pratique la sophrologie que « *depuis deux ans* » (L28). Les 4 autres professionnels interrogés ont confirmé un changement de leur prise en charge : « *l'expérience m'a appris des choses notamment le risque suicidaire pour des personnes qui sont en burnout par surengagement* » (E1, L60-62), « *Oui* » (E2, L60), « *on apprend toute notre carrière* » (E4, L137), « *avoir vécu la crise covid, ça m'a amené à justement devoir développer les compétences (et) les connaissances dans le domaine* » (E5, L66-67).

3.2.2. **Thème 2** : « *Votre vision du burnout* »

Q 4 : « *Concernant la définition du burnout : dans la littérature scientifique, plusieurs modèles descriptifs existent mais le plus utilisé est le suivant : c'est « un syndrome d'épuisement émotionnel, de dépersonnalisation et de réduction de l'accomplissement personnel qui apparaît chez les individus impliqués professionnellement auprès d'autrui* ». D'après votre expérience professionnelle du burnout, que pensez-vous de cette définition ? »

Les cinq interviewés sont plutôt d'accord avec cette définition : « *elle est toujours vraie* » (E1, L63-64), « *elle est assez complète* » (E2, L123-124), « *ça colle pas trop mal* » (E3, L55,56) « *elle est adéquate* » (E4, L144), « *elle présente les premiers aspects* » (E5, L65).

E1 et E2 apportent de nombreux détails sur chacune des trois notions de la définition. Nous en avons extrait plusieurs éléments qui nous paraissaient intéressants :

- E1 : selon lui, « *ce côté dépersonnalisation* » (L56) et le « *désengagement* » (L60) ne sont plus d'actualité. Désormais, « *les personnes vont lutter contre cette dépersonnalisation et au contraire se surengager, se surinvestir* » (L57-58) aboutissant à un « *processus de surengagement* » (L63),
- E2 : la notion de dépersonnalisation ne lui « *parle pas trop* » (L87-88) car le sens dans lequel Maslach l'emploie est différent de celui donné en santé mentale. Ici il faut la comprendre dans le sens où les patients « *perdent le sentiment d'existence à travers leur travail (et) leur sentiment d'utilité* » (L91-92). Il approuve la notion d'épuisement émotionnel et évoque le sentiment de « *manque d'accomplissement personnel* » (L119) que ces personnes peuvent avoir.

Relance : « *Pensez-vous que certains éléments manquent à cette définition ?* »

Trois participants (E2, E3, E4) reviennent spontanément sur la fin de la définition en disant qu'il « *n'y a pas que les soignants qui sont exposés au burnout* » (E4, L151). E4 pense que cette notion « *pourrait éventuellement être un peu plus définie, un peu plus étoffée* » (L156-157). Nous développerons davantage leurs remarques à ce sujet dans la discussion.

E1 et E5 mentionnent chacun des éléments différents :

- E1 : la « *perte de confiance en soi* » (L69) induite par le burnout, « *l'impact sur le collectif* » (L79) de travail comme la « *culpabilisation* » (L76) que des collègues peuvent ressentir dans cette situation pouvant les amener à « *se désengager eux-mêmes* » (L77) ; il précise que cet élément n'est « *peut-être pas assez travaillé [...] dans la littérature* » (L79-80),
- E5 : « *tout ce qui va toucher effectivement au côté charge de travail, intensification du rythme de travail, les interruptions fréquentes* » (L78-79), « *tous les critères qu'on peut identifier pour améliorer [...] ou limiter l'apparition du burnout sur le côté professionnel* » (L79-81), le manque de « *reconnaissance et (de) soutien professionnel* » (L81).

Q 5 : « La complexité du burnout peut rendre la prise en charge des personnes qui en souffrent singulière. En lien avec cette spécificité, éprouvez-vous des difficultés ou rencontrez-vous des freins pour prendre en charge certains patients ? »

- E1 : « quand on voit tous les signaux d'alarme et que la personne vous dise « il est absolument impossible que je lève le pied » » (L83-84), « c'est assez déroutant » (L86), « on voit l'aggravation des symptômes qui s'annonce avec un sentiment d'impuissance » (L87-88),
- E2 a rencontré des difficultés avec une patiente en burnout car « c'était mêlé avec un harcèlement » (L131). Il l'a donc « accompagné dans le fait de pouvoir quitter ce métier » (L133) mais a rencontré « le frein financier » (L134). C'est « compliqué de faire une thérapie quand on sait que quelque chose est mauvais et qu'il faut l'arrêter » (L135). De façon plus générale, il dit rencontrer un frein lorsque « c'est vraiment l'institution qui est toxique » (L142) car « on arrive dans la réalité et ça nous en psychothérapie, en santé mentale, on peut pas (le) changer » (L143-144),
- E3 : « quand l'environnement professionnel est toxique » (L76-77) mais que « les personnes continuent à travailler » (L72-73) « ça reste » (L74), « tant que la personne accepte peut-être pas qu'il faut à un moment donné partir ou que des fois c'est pas possible là forcément c'est compliqué » (L78-80),
- E4 : il revient à nouveau sur le cas de « l'aide-soignant (qu'il a) dû prendre en charge » (L163) pour un burnout : cette « prise en charge a été compliquée pour moi » (L163-164) car « il y avait beaucoup de choses [...] qui provoquaient [...] une identification et il y a (eu) ce phénomène de transfert-contre transfert qui était trop fort, trop intense » (L170-172), « le patient avait [...] une sorte d'attachement envers moi » (L175-176) mais « j'en ai pris conscience, je l'ai détecté » (L178-179). Il précise qu'en « tant que soignant, quand on prend un autre soignant en charge victime d'un burnout, forcément on est plus touché » (L184-185),
- E5 : « elles ne seront pas de l'ordre de l'accompagnement de l'individu » (L107-108) mais plutôt pour « amener son travail à être acceptable pour (lui) » (L108-109) car « on peut traiter le burnout sur la personne » (L111) mais si « elle retourne à son poste de travail et qu'il n'a pas changé [...] elle va rester dans une situation (où) la souffrance est présente » (L112-114).

3.2.3. **Thème 3** : La prise en charge du burnout

Q 6 : « *Quels sont les éléments spécifiques auxquels vous êtes attentif(ve) pour proposer une prise en charge adaptée à chaque patient ?* »

- E1 : « *qu'est-ce que le travail apporte à la personne, en quoi il lui est indispensable* » (L97), « *ce que le travail représente pour la personne* » (L99), « *je vais adapter mais c'est pas conscient* » (L100),
- E2 tient compte de la démarche du patient, c'est-à-dire « *estimer [...] si le patient recherche une occupation, un dérivatif, comme un espèce de loisir ou [...] plutôt une thérapie, un travail sur lui-même et un approfondissement* » (L156-159),
- E3 porte attention à la présence de « *tout ce qui est aversion* » (L98) lorsqu'il propose une « *visualisation* » (L99) à la personne pour « *qu'elle reste positive* » (L99), aux « *ressources personnelles de la personne* » (L101) comme « *les endroits qu'elle aime particulièrement* » (L101-102) et « *ses loisirs* » (L102) pour ensuite les « *réutiliser* » (L103) « *pour les visualisations* » (L105), « *pour le burnout, un endroit où elle est particulièrement détendue, dans le bien-être* » (L111-112), « *on utilise vraiment ce que eux ils aiment [...] surtout si c'est en individuel* » (L114-115) car « *ça marche mieux si c'est personnalisé* » (L117) et « *si c'est en groupe, on utilise des ressources un peu plus générales* » (L116),
- E4 : les « *éléments importants* » (L211) sont de « *trouver des objectifs cohérents qui vont pas mettre en échec le patient* » (L196-197), « *orienter notre prise en charge de manière à valoriser les gens* » (L200-201), ne pas « *proposer des choses trop compliquées qui vont (leur) faire baisser les bras et puis les culpabiliser encore plus* » (L201-202), « *valoriser aussi le moindre effort, le moindre progrès, mettre en lumière un maximum de choses positives pour redonner confiance en soi, reprendre confiance dans son corps, calmer les douleurs* » (L203-205) et « *détecter [...] ce qui va apparaître dans leur corps et qui vont être des éléments qui vont peut-être leur faire prendre conscience [...] qui somatisent une douleur morale* » (L205-208),
- E5 : « *l'identification que le burnout existe* » (L118), en « *deuxième démarche* » (L121), « *accompagner (la personne) sur son poste de travail* » (L123) pour pouvoir soit le « *réaménager* » (L124) soit pour « *répartir la charge de travail différemment sur la journée ou alors sur la semaine* » (L124-125).

Relance (pour E1 et E4) : « d’après vous de quelle façon l’avenir professionnel de la personne influence-t-il votre prise en charge ? »

Ces deux experts ne tiennent pas compte de l’avenir professionnel de la personne dans leur prise en charge : « *non ça n’influence pas* » (E1, L113-114), « *je n’ai pas d’impact sur la suite de l’avenir professionnel des patients* » (E4, L216-217).

Q 7 : « En prenant pour exemple un cas de burnout auquel vous avez été confronté durant votre carrière, pouvez-vous m’en dire davantage sur la manière dont vous prenez en charge ces personnes ? »

Puis, afin de recueillir davantage d’informations, nous avons posé la question suivante :

Q 8 : « Pouvez-vous me détailler plus amplement les outils, techniques ou approches que vous utilisez face au burnout ? »

Cette question n’a pas été posée à E1. Un nuage de mots a été réalisé afin de résumer les éléments cités par les autres experts en annexe (Fig. 1, ANNEXE IV).

- E2 : « *la méditation* » (L205), « *écouter sa respiration* » (L206), « *il y a des tas de méthodes de relaxation* » (L211), « *les auto-massages d’origine chinoise* » (L226), « *un apprentissage* » (L213), des « *exercices d’ouverture, de posture ou d’étirement* » (L231-232), « *des ateliers* » (L236), « *c’est pas vraiment de la thérapie psycho-corporelle, c’est plutôt de la transmission d’un outil (que les patients) peuvent réutiliser* » (L236-238), « *un enseignement pour que la personne se l’approprie* » (L239-240). Il précise que pour des personnes en burnout l’objectif est « *de se prendre en main, de prendre soin d’eux, de s’écouter* » (L211-212) et « *se relaxer* » (L212).

Ses prises en charge durent « *3 – 4 semaines maximum* » (L218) donc il utilise « *des techniques très simples* » (L219) pour que les patients « *puissent se débrouiller par eux-mêmes* » (L219-220).

- E3 « *élabore un protocole* » (L154) « *de 8 – 10 séances* » (L45). Il réalise une « *anamnèse* » (L155) et propose à la personne des méthodes adaptées à « *ses ressources* » (L155). Au départ, il demande au patient de définir « *un objectif smart* » (L125). Il évoque l’existence d’un « *questionnaire de début* » (L130) et d’un « *scoring* » (L130). Il dit prendre le temps de bien expliquer à la personne « *la technique et (ses) limites* » (L144). Nous avons résumé les nombreux détails qu’il donne sur sa prise en charge :

« d'abord on évacue le plus gros, toutes les tensions » (L205). Pour cela, il réalise « une séance sophro déplacement du négatif » (L160) à l'aide de « techniques de contraction-relâchement » (L158) et « 3 - 4 exercices de relaxation dynamique » (L172) « qui se font debout avec des contractions musculaires (et) beaucoup de contrôle de la respiration » (L173-174). Ensuite, « à la place on essaye de mettre du calme pour tout apaiser » (L205-206). C'est « la deuxième partie de la séance [...] qui ressemble plus à la relaxation, avec une adduction [...], un scan corporel [...] pour détendre chaque partie du corps » (L190-192). Il évoque l'existence de « plein de mouvements, plein de respirations, abdominale, thoracique, des rotations axiales, des mouvements de pompage d'épaules » (L177-179). L'objectif est de « prendre du recul, installer le calme, se recentrer (et) revenir à soi » (L196-197). Enfin, « une fois que tout est bon » (L206), il va « travailler la confiance » (L203) car « la confiance en soi c'est super important » (L204) et « travailler sur les valeurs » (L210-211). Il réalise une « visualisation positive » (L193) également appelée « programmation future » (L207). Cette technique est intéressante notamment « pour ceux qui sont en arrêt maladie » (L200) afin de les préparer au retour sur leur lieu de travail. Il adapte ses techniques au « feeling selon la personne » (L224).

- E4 : « des méthodes de prise de conscience du corps » (L237-238), « la méthode Pilates » (L239), « la respiration » (L239) et « la concentration, la coordination » (L240) « pour être de nouveau ancré dans l'instant présent dans le corps, dans les sensations » (L240-241), la « yogathérapie » (L244) qui « a sa place dans la prise en charge du burnout » (L246), « des exercices très simples de remise en mouvement, de respiration (et) de connexion à soi » (L246-247), « les approches de méditation de pleine conscience ont vraiment une place primordiale dans ces prises en charge » (L248-249) et en réponse à la question 3, il avait évoqué qu'il aimerait « pouvoir (les) associer aux prises en charge kiné (qu'il réalise) pour la gestion de la douleur (et) la gestion du stress » (L106-107).
- E5 : « en termes d'accompagnement, c'est déjà rassurer la personne sur le fait de lui faire comprendre que le métier qu'elle réalise il a changé » (L154-155), « lui faire comprendre [...] que sa souffrance est entendable, qu'elle existe et qu'elle nécessite justement d'être accompagnée » (L156-158), « des entretiens avec les cadres (pour) essayer d'identifier comment limiter la charge de travail de la personne ou voir comment est-ce qu'on peut la répartir différemment » (L163-165), « accompagner le professionnel dans le retour d'activité parce que souvent il y a cette sensation de peur, de crainte » (L167-168), « leur donner des outils [...] en termes de perception de soi (et) retrouver une force [...] pour pouvoir retourner sur le lieu de travail » (L171-173), « des questionnaires d'identification »

(L180), « le dialogue » (L181), « des entretiens individuels [...] ouverts où la personne va pouvoir s'exprimer librement avec une écoute attentive et [...] des éclaircissements, des requestionnements, des reformulations » (L181-184), « analyser la charge de travail réelle sur le site » (L184-185) en utilisant « des outils, des questionnaires (et) des grilles d'évaluations » (L185-186), « réadapter le travail » (L186), « suivre des indicateurs » (L186-187) en lien avec « l'activité même de la personne » (L188) tel que l'« absentéisme » (L187).

Q 9 : « Les thérapies médicamenteuses sont, dans la majeure partie des cas, la première alternative choisie dans le traitement du burnout une fois le diagnostic posé. Pourtant, en 2017, la Haute Autorité de Santé a élaboré des recommandations de bonne pratique qui soulignent l'intérêt « d'une prise en charge non médicamenteuse » du burnout. Que pensez-vous de ces deux approches médicamenteuses et non médicamenteuses ? »

- E1 : « dans certains cas pour soutenir au moins à court terme », le traitement médicamenteux est « nécessaire » (L132-133). Par contre, « si on ne fait que le soutien médicamenteux on passe à côté de pleins de choses » (L134-135) et « on installe la personne dans une dépendance sans qu'elle ne devienne actrice de sa vie » (L135-136). Donc la prise en charge non médicamenteuse « est plus que nécessaire » (L138) même si les médicaments « peuvent être à certains moments particulièrement soutenant et indispensables pour la personne » (L139-140),
- E2 compare la situation d'une personne en burnout à celle d'une personne dans un processus de deuil : « quand quelqu'un a un deuil, on (ne) va surtout pas lui mettre un médicament rapidement parce que sinon il aura pas le temps de faire son deuil » (L247-249). Selon lui, « il y a déjà une première étape où on essaye de faire autrement » (L256). Il est préférable d'« attendre 3, 4, 5 jours et voir avec la personne si elle sent qu'elle a besoin de médicaments ou pas ou si le fait de se poser à l'hôpital, d'être dans un autre milieu, d'être cocoonée, entourée par des gens peut suffire » (L252-254). Dans le cas où « ça suffit pas » (L254), à ce moment-là, « ils vont aller aux anxiolytiques, aux somnifères, aux hypnotiques ou antidépresseurs » (L255-256). Mais « les doses ne sont jamais massives » (L257) et « il faut entre 3 et 6 semaines pour être sûr que ça fonctionne bien » (L257-258). Il évoque ensuite « un relais après à l'extérieur de manière à ce que les doses ne restent pas longtemps » (L258-259). Quand c'est possible, il pense qu'il vaut mieux « être plus sur la dimension de la psychothérapie mais à condition que la personne en ait

- les capacités » (L259-260). Par contre, il précise à deux reprises que « *si quelqu'un n'a aucune capacité d'introspection* » (L263) et n'a « *pas compétences de psychothérapie* » (L267), « *là le médicament sera absolument nécessaire* » (L263-264). Il dit également que si « *la personne attend un médicament miracle de l'extérieur* » (L265), il ne faut pas instaurer tout de suite un traitement médicamenteux « *sinon elle (ne) va pas travailler sur elle-même* » (L266) et « *elle n'arrivera pas à prendre suffisamment de distance ou avoir suffisamment conscience d'elle-même* » (L269-270). Il évoque ensuite une situation particulière : quand « *le burnout cache* » (L280) « *des choses un peu plus compliquées qui peuvent frôler le délire paranoïaque [...] ou des sentiments de persécution* » (L279-280), « *il n'y aura pas autre chose que le traitement médicamenteux* » (L281-282),
- E3 : « *les patients que moi j'ai vu il y avait pas le choix [...] il fallait la béquille du traitement* » (L233-234). « *Ils en avaient besoin et quand ils ont fini l'accompagnement, ils auraient pas pu arrêter non plus* » (L245-246). Il donne l'exemple d'une patiente qui était dans ce cas-là : « *(la sophrologie) l'avait beaucoup aidé, elle m'a dit qu'elle continuait à faire les exercices [...] mais elle continue d'avoir un traitement et elle continue d'aller voir la psychologue. Parce que [...] son environnement est toujours pareil* » (L248-250). Par contre, il « *pense qu'on éviterait des si gros burnout* » (L238) si les personnes avaient, en amont, « *une pratique, pas que forcément la sophro mais de pleine conscience [...], du yoga, du Chi gong, de la respiration, un peu toutes des techniques de la relaxation* » (L235-237). Il précise que « *dans l'idéal c'est quand même mieux de pas avoir de traitement* » (L241-242) et « *si grâce à de la sophro on peut éviter d'avoir un anti-dépresseur ça serait fantastique* » (L244-245),
 - E4 : « *tout dépend du stade et de l'état dans lequel le patient se trouve* » (L255). « *Quand les patients sont dans un état de pré-burnout, on peut encore inverser la tendance par des méthodes non médicamenteuses* » (L255-257). Par contre, « *quand un patient a vraiment [...] « touché le fond », décompensé d'un burnout, ils sont dans une détresse extrême et il y a un risque suicidaire très élevé [...] là il y a la nécessité de soins en urgence et de soins médicamenteux* » (L257-259). Puis, en « *phase un peu plus chronique* » (L262) lorsque « *les patients commencent à se sentir mieux* » (L262-263), « *il y a d'autres alternatives pour (les) soigner* » (L269). Il précise que « *des approches ensuite par la méditation de pleine conscience apparemment évitent les rechutes de la même manière [...] que les traitements médicamenteux* » (L263-265). Il dit également que « *les études ont montré (que les techniques non médicamenteuses avaient) le même impact positif que les traitements antidépresseurs* » (L267-268),

- E5 dit « *c'est complémentaire. Pour moi l'un ne peut pas fonctionner sans l'autre et l'autre peut être aidé par l'un* » (L197-199). Il explique que le traitement médicamenteux permet « *de remettre un système cérébral en activité* » (L199-200) et d'ailleurs « *les essais cliniques sont très intéressants et prouvent effectivement qu'il y a beaucoup de résultats* » (L202-203). Par contre, « *uniquement une thérapie [...] peut aussi ne pas être suffisant parce que des fois la personne peut être tellement en souffrance qu'elle n'arrive pas à imaginer ou trouver des solutions voir devenir acteur de ce qui lui arrive donc elle va être uniquement dans une position de victime* » (L207-210). En se basant sur son vécu professionnel, il dit que ce « *qui avait le plus de résultat (c'est) un traitement médicamenteux au démarrage avec un accompagnement thérapeutique par la suite pour permettre à la personne, une fois que son fonctionnement a retrouvé une sorte de norme, de pouvoir être outillée, d'avoir un bagage pour faire face une fois que le traitement médicamenteux ne sera plus présent* » (L212-215).

3.2.4. **Thème 4** : Les techniques face au burnout

Q10 : « Certains traits de personnalité favoriseraient le développement d'un burnout, c'est le cas par exemple de l'instabilité émotionnelle et du caractère consciencieux pouvant amener à un état de stress permanent. Quelle importance accordez-vous aux techniques de détente et de gestion du stress ? »

- E1 : « *ça peut être intéressant* » (L177), « *ça suffit pas de mon point de vue parce que vous oubliez tout l'aspect organisationnel du travail* » (L177-178), « *c'est un aspect plus individuel [...] nécessaire à un moment donné* » (L178-179), « *ce serait que travailler un seul pan de la problématique* » (L179-180),
- E2 : « *assez maximale* » (L288) surtout chez les individus « *consciencieux (et) perfectionnistes* » (L288-289) qui peuvent présenter « *des TOC, troubles obsessionnels compulsifs* » (L290) pour qui « *le travail corporel de gestion, le travail de détente corporelle est important* » (L293). « *Par contre, pour les personnes qui ont un problème émotionnel* » (L293-294), « *on entre des groupes de gestion d'émotions* » (L296-297) pour leur apprendre « *l'identification des émotions, l'expression des émotions, le fait de pouvoir les assumer, de savoir les canaliser, les transformer, les vivre* » (L299-300). L'objectif est d' « *échanger autour des émotions, voir [...] leur utilité* » (L301-302) et « *trouver [...] des méthodes de gestion d'état de crise* » (L302-303). Il précise que « *les personnes qui*

souffrent de burnout, quand il y a un désordre émotionnel, elles relèvent tout à fait de ce type de prise en charge » (L305-306). Les techniques qu'il cite sont : « les auto-massages d'origine asiatique [...] c'est du shiatsu ou du Do-in » (L311-312), « ce qui est du domaine du mouvement » (L320-321) comme « les relaxations actives de style Martenot ou Jacobson » (L321-322) avec « une contraction et une détente » (L322), « des mouvements lents un peu comme les gymnastiques chinoises » (L324), « hypnose » (L334), le « massage » (L339), « la respiration thoracique, diaphragmatique, abdominale » (L347-348), « la respiration abdomino-périnéale » (L415), « une relaxation de la tête aux pieds » (L348-349), « la suggestion post-hypnotique » (L379), « la méditation pleine conscience » (L386), « l'autohypnose, c'est une vieille méthode qui s'appelle Schultz » (L390).

- E3 : « forcément c'est essentiel » (L272), « toutes ces techniques, que ce soit de la sophro ou de la relax, des techniques de respiration, on devrait [...] les apprendre à l'école déjà » (L278-280), « c'est super important d'autant plus si on est fragile à la base » (L293),
- E4 : « elles ont une place très importante en prévention et ensuite c'est des techniques complémentaires à la prise en charge médicamenteuse » (L277-278), « il faut que les gens aient des habitudes de vie (et) une routine quotidienne [...], qu'ils changent leurs habitudes de vie professionnelle et personnelle pour intégrer des techniques de gestion du stress au quotidien pour ne pas faire de rechute » (L286-289), elles « ont leur place ensuite hors de la phase aiguë pour la récupération de ces patients-là » (L284-285), « ça a vraiment une grande place » (L292). Il cite un ensemble de techniques : « des techniques de relaxation, de méditation, de yoga, de Pilates, de Tai Chi, de Chi Gong, de sport » (L289-290),
- E5 : « c'est l'idée d'apporter des outils justement pour permettre aux gens de s'adapter » (L221-222) mais « il faut rester prudent parce que [...] un outil à partir du moment où il existe il peut être détourné de son utilité primaire » (L222-225), « c'est important d'outiller les personnes parce que ça leur permet d'avoir aussi la possibilité de choisir quels outils ils veulent utiliser au bon moment pour pouvoir sortir d'une situation néanmoins c'est important de les accompagner sur l'utilisation et comment les gérer » (L226-229), « l'outil ce n'est pas non plus quelque chose de miraculeux, c'est quelque chose qui se travaille avec le temps, il faut le faire régulièrement » (L232-233). En termes de techniques, il cite « la respiration synchronique » (L229-230), « visualiser des choses, compter à l'envers » (L230-231), « la méditation, le yoga » (L234), « le CrossFit ou le sport intensif » (L236). La technique a proposé et qui sera la plus efficace « dépend [...] de la singularité de chacun » (L237) et permet « de réussir à évacuer un stress profond » (L236-237).

Q 11 : « *Il a été montré que le burnout peut être associé à une détérioration des fonctions cognitives telles que la concentration, l'exécution et la mémoire. Dans ce contexte et d'après votre expérience, que pensez-vous des techniques de thérapie cognitive ?* »

- E1 : « *pour permettre à la personne de retrouver son pouvoir d'agir, ces techniques sont pertinentes* » (L184-185). Suite à nos relances, il explique utiliser « *des techniques d'ACT [...] qui sont une branche des TCC* » (L188-189). Elles « *sont intéressantes [...] pour justement permettre aux personnes de (se) reprendre en main* » (L190-191), « *développer leur pouvoir d'agir* » (L191) et « *se reconnecter à ses ressources, à ses valeurs* » (L194),
- E2 : « *au sens d'un réentraînement cognitif* » (L449-450), elles sont réservées à « *des patients psychotiques qui ont effectivement des troubles cognitifs avérés* » (L450-451). Par contre, « *les troubles cognitifs des personnes qui sont en burnout ou dépressives, on va pas s'en occuper dans le sens [...] d'une rééducation parce que le problème n'est pas là* » (L451-453). Il faut plutôt « *faire un travail de psychothérapie qui parle d'eux* » (L454) pour les « *recentrer sur eux* » (L453). « *Ça peut être les troubles cognitifs qui conduisent au burnout et à l'état dépressif mais ça peut être aussi parce qu'ils ont une dépression sous-jacente cachée depuis un moment qu'ils s'épuisent dans le travail et qu'ils ont des troubles cognitifs* » (L459-462). Il cite « *les TCC* » (L463) et précise que « *ce n'est pas de la remédiation cognitive au sens d'une rééducation* » (L466-467). Elles « *ne vont pas travailler la profondeur* » (L485-486) et sont basées « *sur des changements de comportement* » (L487). « *C'est efficace, c'est plus bref (et) ça correspond à l'attente de la société et des patients* » (L489-490). Il précise que « *des études [...] ont montré que dans le long terme la psychothérapie profonde psychanalytique est plus efficace parce qu'elle traite le fond du problème mais dans le court terme et le moyen terme toutes les psychothérapies se valent* » (L490-493). Pour être efficace, « *il faut que la psychothérapie corresponde à ce que le patient attend* » (L493-494). Il mentionne ensuite « *la relaxation* » (L475) qu'il considère comme « *une technique cognitivo-comportementale dans la mesure où on apprend aux personnes un nouveau comportement qui est pro-actif, qu'ils vont pouvoir utiliser par eux-mêmes pour se faire du bien* » (L475-477). Il cite également « *la psychothérapie psychanalytique dynamique* » (L495) qui consiste à déterminer quels sont les « *processus intrapsychiques* » (L496) de la personne et les « *thérapies brèves qui sont plutôt cognitives* » (L483),

- E3 : « *c'est important, ça peut servir* » (L300) surtout lorsque « *les mêmes histoires tournaient en boucle* » (L304). Les personnes « *n'arrivaient pas à déconnecter, à se concentrer sur autre chose* » (L305). Elles sont « *sans arrêt (en train de) repenser aux scènes, aux évènements qu'il y a eu* » (L305-306) et d'« *analyser chaque chose qui a été dite, les regards* » (L307-308). Il a eu le cas d'une personne « *qui arrivait plus du tout à se concentrer (ni) à voir les choses positives dans la vie* » (L309-310). En lien avec cet exemple, il explique qu'« *on (ne) peut pas enlever les choses négatives* » mais on peut « *faire un peu de place pour ce qui (est) positif* » (L322-323). Pour cela, il « *conseille de tenir un petit cahier* » (L326-327) dans lequel, tous les soirs, le patient peut « *noter trois choses positives (qu'il) a eu dans la journée* » (L327). Il précise que « *le principe [...] c'est de modifier le fonctionnement du cerveau et de l'obliger un peu à repérer les choses positives* » (L331-332). Par contre, « *ça n'enlève pas les difficultés* » ni « *le problème qu'elle a eu et qui va revenir* » (L342). Il évoque des « *exercices de relaxation dynamique* » (L347) qui ont pour objectif de montrer à la personne en burnout que « *c'est possible [...] de mettre son attention sur ce qu'on décide* » (L350-351),
- E4 : « *j'y suis pas formée* » (L296). Il évoque « *les techniques de thérapie ACT* » (L297) qu'un psychiatre emploie « *mêlées à l'utilisation de la pleine conscience* » (L298) et qu'il qualifie de « *très très intéressante* » (L303). « *Les techniques de méditation de pleine conscience, de mindfulness, c'est un travail de l'attention qui va avoir un impact positif sur l'attention, sur la concentration* » (L299-300) donc « *ça a un grand grand intérêt* » (L301),
- E5 : « *les thérapies cognitives et comportementales donc tout ce qui est TCC pour moi c'est [...] une science qui est encore en plein essor* » (L256-257). « *Il y a quand même des super résultats qui ressortent à travers les TCC ne serait-ce que en traitement de stress post-traumatique et [...] tout ce qui peut être phobie et perte de contrôle* » (L258-260). Il complète son propos en disant que dans le cadre du « *burnout on est totalement dans cette idée [...] d'une personne qui perd le contrôle de sa gestion émotionnelle mais aussi de ses relations sociales et de ses comportements en général* » (L261-263). L'objectif est de « *permettre à la personne de s'exprimer sur le pourquoi elle travaille comme ça, pourquoi elle est autant dans l'intensité, pourquoi est-ce que elle n'arrive pas à voir une autre possibilité pour elle que de rester bloquée dans ce schéma qui finalement détériore sa santé* » (L264-267). Or, « *on le sait aujourd'hui, les personnes qui sont en burnout le ressentent, ils le savent qu'ils sont en burnout* » (L267-268) donc « *pourquoi se laisser aller jusque-là et pourquoi pas à un moment se dire « mais une autre possibilité peut s'ouvrir à moi » »* » (L269-270).

Q 12 : « Les symptômes physiques non spécifiques constituent l'une des cinq catégories de symptômes caractérisant le burnout selon la HAS. Les troubles musculo-squelettiques en sont un exemple. De quelle(s) manière(s) effectuez-vous ou envisagez-vous le traitement de ces troubles musculo-squelettiques ? »

- E1 : « non je ne les envisage pas » (L199) mais « je sais le lien entre les deux » (L201) et souvent « quelqu'un qui écoute pas justement son processus de burnout [...] le corps va parler et c'est souvent fracture du poignet, fracture de la cheville » (L202-203). Il précise « quand je les aborde c'est pas sur le plan physique mais sur la représentation que les personnes ont de leur travail » (L208-209) et les décrit comme « des indicateurs [...] de niveau de stress » (L212-213),
- E2 utilise « des techniques corporelles » (L506). Il explique avoir découvert « les trigger points, les points gâchette » (L509) et mentionne que « certains points d'acupuncture correspondent aux trigger point » (L510-511). Il constate « qu'effectivement la plupart de nos patients se tiennent mal » (L511-512). Il cite « les auto-massages » (L526-527) en précisant que « les TMS ou les points gâchette » (L525-526) ont été l' « une des raisons » (L526) pour laquelle il a développé cette technique,
- E3 : « on détend le corps » (L357). Il évoque l'idée qu' « un passage chez le kiné [...] c'est important » (L358-359). « Tous les gens qui sont déprimés, anxieux [...] se rendent même pas compte qu'ils sont tendus » (L360-361) alors que c'est seulement « à partir du moment où on remarque qu'on est tendu, qu'on peut essayer de faire quelque chose pour se détendre » (L364-366). C'est lorsque l'on « sort du mental (et qu'on) revient un peu au corps (que l'on) peut prendre conscience qu'il y a des tensions, des douleurs » (L368-369),
- E4 : « on les soigne [...] comme une pathologie ostéoarticulaire classique » (L312), « mais on va essayer de trouver la cause [...] pour pas juste soigner le symptôme » (L313-316). Et « si la cause [...] est pas juste mécanique ou ostéoarticulaire mais qu'on retrouve cette détresse émotionnelle et cette détresse psychique bah on essaye peut être de faire le lien et d'en faire prendre conscience au patient » (L316-318),
- E5 : « moi je travaille pas trop sur ce volet-là » (L275) mais « je sais que c'est totalement relié aussi au stress » (L276) ; « ça fait partie d'une étude qui est nécessaire » (L278), « c'est le côté ergonomique » (L278-279). En réponse à notre relance, il nous confirme que les personnes en burnout dont il s'est occupé présentaient des TMS. Néanmoins, comme elles font partie « du personnel soignant ou du personnel administratif » (L283), elles ont donc « des gestes répétitifs et des postures [...] (qui ne sont) pas forcément non

plus toujours adaptés » (L284-285) donc il ne « peux pas affirmer que c'est en lien avec le burnout » (L282-283). Il formule un questionnement à ce sujet : « est-ce que le burnout ou les situations de stress intense viennent pas aussi accentuer ces symptômes ? Je pense, effectivement » (L286-287).

Q 13 : « Quelle est la place, selon vous, de la promotion de l'activité physique dans la prise en charge du burnout ? »

Les 5 experts sont unanimes pour dire qu'elle a une place très importante dans la prise en charge du burnout :

- E1 : « *c'est quelque chose que je trouve indispensable » (L217), « de même manière qu'une alimentation correcte » (L217-218), « c'est qu'un pan des choses » (L219), « pour réduire les tensions c'est sûr que c'est intéressant » (L221),*
- E2 : « *elle est très importante » (L530), « l'idée de se remettre en mouvement c'est important » (L543),*
- E3 : « *on ne donne pas beaucoup de place au sport » (L372) mais « ça commence à venir » (L372), « c'est hyper important comme l'hygiène de vie générale » (L373), « les médecins commencent à prescrire du sport » (L375), « les gens que j'ai eu, personne leur a conseillé de faire du sport du coup moi y compris » (L375-376), « surtout du sport à l'extérieur pour moi, je pense que c'est ce qui marche le mieux » (L377), « c'est pas encore assez reconnu » (L384),*
- E4 : « *ça a totalement sa place » (L321), « le sport on sait que c'est bon pour la santé, pour la gestion du stress, pour la gestion des émotions, ça aide à la concentration, ça améliore le sommeil, ça améliore la qualité de vie de manière générale » (L322-324), « avoir une activité physique régulière va peut-être tempérer les choses et ça va éviter [...] d'aller jusqu'à un burnout » (L325-327), « c'est extrêmement important » (L327), « en tant que kiné je promeus le mouvement et le sport au quotidien, c'est ce qu'il y a de plus important. C'est ce qui nous fait rester en bonne santé à tous les niveaux » (L327-329),*
- E5 : « *c'est primordial » (L293), « une vie saine et active c'est la base même [...] d'un accompagnement [...] d'une personne qui souffre de burnout » (L293-295), « aujourd'hui c'est démontré, la nutrition et l'alimentation ont un impact comme l'hydratation et l'activité physique » (L295-296), « c'est un tout » (L296), « on n'est pas des personnes sédentaires, on n'est pas fait pour être assis toute la journée » (L297-298), « retrouver un plaisir dans une activité, ça permet aussi de ressortir d'un quotidien qui peut être difficile » (L298-299).*

3.2.5. **Thème 5** : La place du MK dans la prise en charge pluridisciplinaire du burnout

Q 14 : « *Selon les données issues de la littérature, la pluridisciplinarité semble être un élément essentiel pour faire face au burnout. Dans ce contexte, lorsque vous proposez une prise en charge à un patient souffrant de burnout, êtes-vous amené à collaborer de manière privilégiée avec d'autres acteurs ?* »

- E1 : des « *conseillers en transition professionnelle* » (L145), avec « *le médecin traitant éventuellement* » (L147), « *je collabore pas avec des personnes, c'est des conseils que je vais donner* » (L149),
- E2 : « *avec le médecin qui donne la prescription* » (L549), « *avec le psychologue* » (L550) quand « *on a parfois besoin de savoir ce qui s'est passé dans la vie de la personne* » (L551), « *avec les infirmiers parce qu'effectivement en santé mentale (ils) sont au cœur du dispositif* » (L554-555), avec « *des APA* » (L567),
- E3 : « *avec les psychologues* » (L389) car « *chez moi ils ne viennent que s'ils sont suivis par le psychiatre ou le psychologue, c'est eux qui me l'envoient* » (L389-390),
- E4 : « *on échange avec l'équipe soignante évidemment, avec les infirmiers* » (L334-335), ils « *vont nous donner des informations clés que eux remarquent au quotidien* » (L345-346) et ils « *font le lien aussi justement entre nous tous* » (L352-353) car « *on a pas de contact direct avec les psychologues ou les psychiatres* » (L350-351),
- E5 : « *avec la direction des ressources humaines* » (L304), « *avec les cadres de proximité ou cadres de pôle (et la) direction des soins* » (L304-305), « *avec le médecin du travail* » (L306-307) et « *avec les référents handicap* » (L309-310).

Q 15 : « *De manière générale, quelle place donnez-vous à la masso-kinésithérapie dans la prise en charge pluridisciplinaire du burnout ?* »

- E1 : « *je l'avais pas pensé [...] que vous pouviez avoir un rôle* » (L155),
- E2 : « *il peut y avoir une problématique de rééducation pour les TMS, les douleurs et les tensions* » (L606-607), « *la gymnastique douce, de la gymnastique adaptée et des choses comme ça seraient très importantes* » (L607-608), « *il y a aussi cette notion de mouvements et de tonicité qu'il faut qu'ils aient et ça moi c'est pas ma part de boulot* » (L611-612), « *retrouver quelque chose du domaine de la tonicité par des exercices un petit plus de posture, de bonne tenue et de tonicité [...] ça serait fondamental* » (L613-614). En

parlant d'un MK, il dit « *il avait bossé dans le soma et le psychique allait mieux, nous on bosse dans le psychique et le soma s'améliore mais je pense que si on avait la prise en charge des deux côtés ça serait mieux* » (L624-625), « *une notion de mobilité, de tenue [...] des kinés auraient tout à fait leur rôle à ce niveau là parce qu'il y aurait justement cette dimension d'une vision de la posture que mes collègues n'ont pas* » (L627-630), les MK ont « *une vision de thérapeutes que les APA n'ont pas forcément* » (L642), « *le sport APA-infirmiers sans les kinés moi j'ai un peu des doutes* » (L643-644),

- E3 : « *ils ont souvent mal au dos, mal aux épaules, mal aux trapèzes (à) la nuque* » (L402-403) et « *c'est tellement enkysté que se libérer soi-même ça devient compliqué* » donc « *le massage, pour vraiment détendre* » (L405) et « *des exercices pour garder une bonne posture (et) éviter que ça se recrispe* » (L405-406) seraient intéressants,
- E4 : « *c'est extrêmement important* » (L356), « *il y a la prise en charge médicale et paramédicale* » (L356-357), « *avec les médecins, avec les psychiatres, les psychologues, éventuellement une assistance sociale [...] les infirmiers et les kinés, c'est indissociable* » (L357-359), « *quand il y a une nécessité de rééducation, ça fait vraiment partie intégrante de l'évolution de la prise en charge du patient vers une évolution vraiment positive à tous les niveaux* » (L364-366),
- E5 : « *ça serait une prise en charge [...] complémentaire dans le sens où elle serait en visée thérapeutique* » (L317-318), « *à partir du moment où une personne peut être identifiée en burnout qui en plus développe des troubles musculo-squelettiques, tout ce qui peut être masseur-kiné [...] ostéopathe ou ergothérapie peut être quelque chose d'intéressant justement pour retrouver une posture, une masse musculaire [...] ou une réhabilitation* » (L318-322), « *ça va faire partie d'un tout* » (L323-324).

Pour résumer, trois experts sur les cinq (E2, E3, E5) ont évoqué la notion de posture. Le massage, le fait de retrouver une masse musculaire et l'idée de récupérer ou maintenir une certaine tonicité ont été cités respectivement par un seul expert.

Q 16 : « D'après votre expérience, avez-vous rencontré des situations de soin durant lesquelles le masseur-kinésithérapeute était impliqué dans la prise en charge du burnout ? »

E4 exerçant la profession de MK, cette question ne lui a pas été posée lors de l'entretien. Aucun des quatre autres experts n'a rencontré, durant sa carrière, un patient en burnout ayant bénéficié d'une prise en charge par un MK pour cette raison. Cela s'explique en partie par le

manque de MK dans les structures comme le précisent E5 : « *on en a pas encore chez nous* » (L327) et E2 : « *les deux kinés ne suffisent pas pour tout le CPN* » (L648-649) donc elles ne s'occupent que des « *trauma physiques* » (L651).

Q 17 : « A partir de votre expérience, comment vous représentez-vous le rôle du masseur-kinésithérapeute dans la prise en charge pluridisciplinaire du burnout ? »

- E1 : « *des massages qui peuvent réduire des tensions dans le corps* » (L164-165), « *en termes de conseils pour faire de l'activité physique* » (L165-166),
- E2 : « *dans la partie posturale* » (L672), « *la remise en action adaptée au niveau musculaire* » (L673), « *pour les gens qui ont des TMS et pour qui le burnout arrive à cause de ça [...] la prise en charge kiné est fondamentale* » (L675-677), par contre « *quand on a un burnout qui est très très psy bon là, vous (les MK) avez peut-être moins votre place. Ça dépend l'origine du burnout* » (L682-683),
- E3 : « *permettre à la personne [...] de revenir à son corps, de se détendre* » (L421-422), « *apprendre (au patient) des méthodes, des techniques pour [...] pas que les tensions ne reviennent à ce point-là* » (L423-424), lui donner « *des outils, des astuces, des exercices* » (L429-430), « *il y a une grande partie détente aussi quand il y a vraiment du massage, je pense que c'est très agréable et ça forcément ça peut pas faire de mal* » (L434-435),
- E4 : *cette question n'a pas été posée à cet expert*
- E5 : « *j'avais pas forcément pensé jusqu'à maintenant* » (L336), « *à partir du moment où la personne peut être effectivement en souffrance parce qu'elle est tellement tendue, en tension, qu'elle arrive pas forcément à se relâcher ou alors qu'elle a perdu en termes de posture* » (L336-339), « *ça peut effectivement être un élément* » (L339-340) pour lui « *permettre de retrouver sa pleine mobilité et sa pleine disponibilité* » (L340-341).

Relance : « D'après vous, quelles sont les compétences qui semblent nécessaires au masseur-kinésithérapeute pour mener à bien ce type de prise en charge ? »

Un nuage de mots résume l'ensemble des compétences cités par les professionnels en annexe (Fig. 2, ANNEXE V). Trois experts sur les cinq (E3, E4, E5) citent « *l'empathie* » et « *l'écoute* » comme compétences indispensables au MK pour prendre en charge des patients en burnout. Les autres compétences évoquées par les professionnels sont les suivantes :

- E1 : « avoir une connaissance fine du processus de burnout » (L169), « sur le plan psychologique [...] être très très très attentif à ne pas culpabiliser [...] la personne, respecter son rythme » (L170-171), avoir « une approche peut être plus psychologique » (L171-172),
- E2 : « ces compétences de kinésithérapeute » (L686), « développer la compétence dans le toucher et la perception des tensions à travers le toucher » (L687-688), « pour travailler avec des gens qui sont en burnout, le travail du toucher, de la sensorialité, du tactile et de savoir ce qui se passe à travers ça est à mon avis fondamental » (L693-695),
- E3 : « un côté relationnel » (L438),
- E4 : « elles viennent avec l'expérience » (L369), « détecter la souffrance des patients sans être non plus trop affecté » (L371), « garder ce cadre de soin qui est nécessaire au patient pour aller mieux » (L372), « savoir réagir » (L373),
- E5 : « la compréhension de ce que c'est le burnout » (L344-345), « idée de neutralité, de ne pas juger la personne » (L345), « être dans la bienveillance » (L346), « tout ce qui va toucher effectivement dans le relationnel [...] avec une personne » (L346-347).

3.2.6. Thème 6 : Conseils et recommandations au MK

Q 18 : « Pour conclure sur les approches non médicamenteuses, auriez-vous des conseils ou des recommandations à donner à un masseur-kinésithérapeute prenant en charge une personne souffrant de burnout ? »

- E1 : « ne surtout pas culpabiliser les personnes » (L225-226), « les prendre là où elles en sont » (L226). Il revient sur « la pluridisciplinarité » (L228) en disant qu'il serait « très intéressant pour ces personnes » (L230) « qu'il y ait des prises en charge adaptées [...] et sur différents volets » (L229-230). Il précise que « chacun y a sa place et c'est complémentaire » (L232-234),
- E2 : « être en supervision » (L706) c'est-à-dire « faire des échanges avec des collègues » (L709-710), notamment pour « certains types de patients qui (ont) des profils psy ou un peu dépressifs ou en burnout où les intrications psychosomatiques (sont) importantes » (L710-711). Par exemple, si on détecte « des problèmes psy » (L707) chez un patient, « aller en parler à un psy » (L708) pour savoir comment se comporter. En tant que MK, « vous pouvez aussi être des interlocuteurs pour renvoyer quand vous sentez que ça coince » (L725-726). « Passer la main » (L742), se « débarrasser » (L746) « des confidences » (L745) qu'on a pu recueillir pendant la séance, « dire à quelqu'un « allez voir un psy » (L759-760), même

- s'il « faut déjà avoir une bonne confiance et une bonne alliance avant de pouvoir le dire » (L760), « c'est un rôle que vous pouvez avoir si vous sentez que vous êtes submergé, débordé ou que ça ne marche pas » (L761-762),
- E3 : « être à l'écoute et puis s'il repère une grande détresse, proposer à la personne [...] d'être suivi par un psychologue ou au moins d'aller voir son médecin traitant » (L448-450),
 - E4 : « informer mes collègues sur ce type d'approche (la méditation pleine conscience) » (L392), « on a chacun des formations, des expériences, des vécus différents mais le but est toujours de donner ce qui a de mieux à notre patient et de trouver ce qui lui conviendra de mieux » (L395-397),
 - E5 : « se dire que ça reste une personne à part entière, par sa singularité [...] et qu'elle souffre effectivement d'un syndrome qui est lié à une situation particulière » (L351-353), « c'est important de lui apporter cette ouverture » (L354), il ne faut « pas non plus se perdre dans le contrôle, on n'est pas non plus médecin ou psychologue ou psychiatre » (L355-356), « faire comprendre son rôle dans la démarche » (L357-358), ne « pas hésiter aussi dans la pluridisciplinarité [...] (à) communiquer avec les autres acteurs si on identifie des éléments spécifiques » (L358-359), « il faut garder la confidentialité, mais à partir du moment où on est sur un travail pluridisciplinaire ça peut être aussi intéressant de partager ces informations à l'équipe médicale ou à l'équipe professionnelle » (L363-365).

Q 19 : « Nous avons maintenant abordé toutes les questions. Avez-vous quelque chose à ajouter que nous n'aurions pas encore abordé ? »

Trois participants sur les cinq (E2, E3, E4) n'ont pas d'éléments à ajouter. E1 et E5 ont évoqué les éléments suivants :

- E1 : « il faut espérer que sur les prochaines années [...] la pluridisciplinarité puisse se mettre en place » (L275-276) et « qu'il y est une approche globale de ces personnes en termes de soins » (L277),
- E5 : « ça me paraît assez complet en termes de questions et en termes de prise en charge » (L369-370). Il ajoute « il n'y a pas de traitement miracle dans la vie qui existe et c'est toujours [...] le fait de faire plusieurs choses pour la personne qu'on va réussir à l'accompagner au mieux » (L374-376) car « chaque patient est individuel, a son histoire (et) sa manière de raisonner » (L377). Il explique également qu'il arrive parfois que « la personne ait pas en confiance avec le médecin et [...] avec le kiné il va pouvoir être beaucoup plus en relation, en confiance et avoir quelque chose qui peut s'apporter qu'il

aurait pas trouver ailleurs » (L378-380). Enfin, il dit que « chacun choisit à qui il veut faire confiance, comment il veut se dévoiler et comment il veut faire aussi avancer sa prise en charge » (L381-382).

4. DISCUSSION

Nous allons, dans cette partie, porter notre attention et notre réflexion sur certains éléments cités par les experts durant l'échange autour de chaque thème.

4.1. Interprétation des résultats

4.1.1. Thème 1 : « Votre expérience personnelle sur le burnout »

4.1.1.1. L'évolution du burnout selon les experts

Par cette question, nous souhaitons avoir une idée de la fréquence à laquelle les experts rencontrent ce syndrome. Nous y avons volontairement inclus la nuance concernant le diagnostic. En effet, il n'est pas rare que le motif initial de prise en charge ne soit pas le burnout mais que, finalement, celui-ci soit découvert durant les soins. Cette spécificité est probablement la cause, au moins en partie, de l'incompréhension et de l'hésitation des experts face à cette question. Quatre personnes sur les cinq interviewées sont tout de même parvenues à donner une estimation. Ainsi, nous pouvons noter que les personnes en burnout se mêlent souvent à « *la patientèle dépressive* » (E2, L9) et il semble plus courant de les rencontrer en secteur libéral qu'en secteur hospitalier.

Dans un second temps, trois experts (E1, E2, E4) attestent de l'augmentation de ce phénomène durant ces cinq dernières années. A ce propos, il semble intéressant de noter la remarque de E1 disant que « *les caractéristiques même du burnout évoluent* » (L26-27). Il se caractérise désormais par un « *surengagement dans le travail* » (L24). E4 le décrit comme « *un problème de santé publique de plus en plus présent* » (L67). Une deuxième notion intéressante est évoquée par cet expert : le burnout est « *moins tabou* » (L83) et « *plus facilement abordé (notamment par) les médecins (qui y) sont un peu plus sensibilisés* » (L83). La détérioration des conditions de travail avec le fait que les individus, « *à qui on demande de plus en plus d'efficacité* » (L41), soient « *soumis à des pressions* » (L41) sont des éléments évoqués par E2 pour justifier cette majoration. Enfin, la crise sanitaire actuelle liée à la COVID

19 laisse présager une nette inflation de ce syndrome dans les mois à venir, ce que trois professionnels interrogés (E2, E4, E5) ont déjà pu remarquer au sein de leur activité.

4.1.1.2. Le rôle de chaque expert

Nous avons souhaité amener chaque expert à réfléchir sur son rôle dans le parcours de soin d'une personne en burnout. La diversité professionnelle caractérisant la population choisie a induit une importante disparité au sein des réponses. Cet élément a complexifié l'analyse des données mais nous a tout de même permis de mettre en évidence une idée commune aux 5 experts : une approche pluridisciplinaire semble essentielle pour faire face au burnout. Il faut cependant tenir compte des spécificités du domaine de la santé mentale. En effet, certains professionnels sont amenés à développer des compétences normalement peu présentes dans leur formation initiale. C'est le cas par exemple de E4 qui rappelle qu'initialement son rôle en tant que MK est de travailler sur le corps. Or, l'existence d'un « *lien entre le corps et le mental* » (L88-89) qu'il qualifie d' « *indissociable* » (L89) lui permet d'avoir « *un impact positif aussi sur l'état mental (et) psychique* » (L111) de la personne. Cependant, plusieurs interviewés rappellent la nécessité que chaque soignant respecte les limites de son champ professionnel pour ne pas empiéter sur la place de l'autre.

Pour les deux experts E1 et E2 (psychologue du travail et ergothérapeute), leur rôle est de rassurer la personne en lui apportant de l'aide et ce sur différents aspects : « *l'aider à envisager qu'on puisse ralentir* » (E1, L32), « *aider les patients à prendre un peu plus soin d'eux* » (E2, L50-51). E3 (IDE sophrologue) insiste sur l'importance d'autonomiser les patients en leur donnant « *des outils qu'ils puissent utiliser par la suite* » (L42-43). En effet, le burnout a des répercussions sur le long terme qu'il ne faut pas négliger. Les personnes qui en souffrent sont décrites par plusieurs experts comme étant plus fragiles que la population moyenne et donc plus à risque de rechute. E5 décrit avoir 3 rôles : « *identifier* » (L38) la personne en burnout puis « *tenter d'améliorer sa perception du travail (et) de l'organisation du travail* » (L39-40), « *savoir (la) réorienter* » (L49) si elle présente des « *problématiques individuelles qui nécessitent un traitement [...] tertiaire* » (L50-51) et « *accompagner* » (L37) le service dans lequel elle est employée « *sur toutes les problématiques d'organisation du travail* » (L37-38).

4.1.2. **Thème 2** : « Votre vision du burnout »

Afin de connaître la vision de chaque expert sur le syndrome d'épuisement professionnel, nous leur avons posé trois questions portant respectivement sur la définition du burnout, les éléments manquants à celle-ci ainsi que leurs difficultés éventuelles pour assurer sa prise en charge. Pour initier leur réflexion, nous leur avons tout d'abord cité la définition du burnout donnée par Maslach et Jackson (5). De manière générale, les cinq professionnels interviewés sont plutôt en accord avec cette définition. E1 et E2 (psychologue du travail et ergothérapeute) ont apporté de nombreux détails sur les trois notions clés de cette définition. E1 suggère une idée intéressante : « *il faut l'enrichir des nouveaux contextes de travail aujourd'hui* » (L65).

Dans un second temps, nous leur avons demandé si, de leurs points de vue et selon leurs expériences, des éléments manquaient à cette définition. Trois participants (E2, E3, E4) ont porté leur attention sur la dernière partie de la définition qui suppose que le burnout « apparaît chez les individus impliqués professionnellement auprès d'autrui ». En effet, ils l'ont entendu dans le sens où il toucherait uniquement cette catégorie de personnes. Or, E2 précise que les patients qu'il a dans ce contexte travaillent souvent « *dans des entreprises privées (ou) commerciales* » (L85-86). Il ne pense donc pas que « *ça soit limité aux gens qui s'occupent d'autrui* » (L108-109). E4 partage cette idée et précise que « *l'épuisement professionnel peut toucher tout le monde, tous les domaines, tous les âges, tous les corps de métier* » (L154-156). Il est alors intéressant de rappeler qu'initialement, les premiers chercheurs à avoir réalisé des études sur ce syndrome, comme H. Freudenberger avaient cette vision du burnout. C'est ensuite les travaux de la psychologue sociale C. Maslach qui ont démontré qu'il ne concernait pas uniquement ces professions. Même si encore aujourd'hui, et d'autant plus avec les conséquences de la crise sanitaire, les études montrent que toutes les activités professionnelles nécessitant un important investissement et touchant le domaine de l'aide envers autrui sont plus à risque de développement d'un burnout. E2 mentionne d'ailleurs cette idée en évoquant les « *thérapeutes qui avaient travaillé en réanimation avec des gens qui avaient le covid* » (L111) et précise ensuite « *dans le domaine du soin à l'autre, [...] quand on a envie de donner et d'aider l'autre on peut rapidement effectivement s'épuiser* » (L116-118).

E3 aborde une notion intéressante : selon lui, « *le burnout (n'est) pas forcément que professionnel* » (L61) et illustre son propos en citant les « *mères au foyer* » (L62) en burnout. L'utilisation abusive de ce terme par les médias a induit un détournement de son sens réel par

le grand public. Il est désormais utilisé pour qualifier d'autres phénomènes et il n'est pas rare d'entendre parler de burnout parental, maternel, familial ou encore de burnout affectif.

L'identification des critères « *pour améliorer ou limiter l'apparition du burnout sur le côté professionnel* » (L80-81) est un aspect manquant à la définition selon le psychologue du travail E5. Dans cet esprit, E1, également psychologue du travail, pense que « *l'impact sur le collectif peut-être est sous-estimé* » (L79). Pourtant, les conséquences sur le « *collectif de travail* » (L75) ne sont pas négligeables puisque certaines personnes peuvent « *se désengager eux-mêmes* » (L77). Ainsi, comme le souligne la HAS, l'analyse du poste et des conditions de travail est une étape indispensable aussi bien dans la prévention du burnout que dans l'accompagnement d'un individu lors du retour au travail (7).

Enfin, nous avons cherché à savoir s'il arrive parfois aux experts de présenter des difficultés ou de faire face à des freins auxquels ils ne sont pas confrontés dans d'autres types de prise en charge. Nous souhaitons voir, de cette manière, s'ils perçoivent le burnout comme étant particulièrement complexe en comparaison à d'autres syndromes. E3 et E4 ont tous les deux construit leur réflexion sur ce sujet de manière plus concrète en se basant sur le cas d'un patient auquel ils ont été confrontés. Leurs réponses étaient très brèves en comparaison à celles apportées par les trois autres professionnels (E1, E2, E5). De plus, nous avons pu remarquer le manque d'assurance de E3 (IDE sophrologue) à plusieurs reprises durant l'échange autour de ce thème. Notre impression est majorée par sa réaction gênée (L68) traduisant le malaise de ce professionnel à ce moment de l'entretien. Dans cette même idée, si nous nous permettons une interprétation selon les indicateurs non verbaux, E4 (MK) semble particulièrement marqué par le patient qu'il cite, ce qui a peut-être influencé ses réponses et limité sa réflexion à cette seule expérience. Enfin, en lien avec la spécificité de son domaine professionnel, E5 apporte une tout autre vision. Il est le seul expert à tenir compte de l'influence « *des facteurs personnels* » (L97) et « *des facteurs extérieurs* » (L98) dans la survenue du burnout. Le guide d'aide à la prévention publiée par l'INRS, l'ANACT et la DGT en 2015 mentionne en effet parmi les facteurs de risque et les facteurs étiologiques du burnout l'existence de caractéristiques liées à l'individu et de caractéristiques liées au travail (6).

4.1.3. **Thème 3** : La prise en charge du burnout

Par ce thème, nous avons souhaité en apprendre davantage sur la méthodologie de chaque expert pour prendre en charge une personne souffrant de burnout. Nous avons

structuré cette partie autour de trois questions : les deux premières consistent à mettre en évidence les spécificités de l'intervention de chaque professionnel, la troisième a pour objectif de recueillir leurs points de vue concernant les approches médicamenteuses et non médicamenteuses qu'il existe pour faire face au burnout. Notre volonté était ainsi de centrer progressivement la réflexion de l'expert autour de la prise en charge non médicamenteuse.

En premier lieu, nous voulions identifier les éléments sur lesquels l'expert s'appuie pour rendre sa prise en charge la plus adaptée possible aux particularités de chaque patient. Trois experts (E3, E4, E5) ont eu des difficultés pour comprendre l'intitulé de cette question. E3 a montré, à nouveau et à plusieurs reprises, son incertitude quant à la clarté de ses réponses : « *je sais pas si j'ai été clair* » (L117). E4 et E5 n'ont pas compris le sens de l'énoncé et nous ont évoqué des éléments ne correspondant pas à nos attentes. Ainsi, les éléments mentionnés sont très variables d'un professionnel à l'autre allant de « *qu'est-ce que le travail apporte à la personne* » (L97) pour E1, dans quelle démarche est le patient pour E2, est-ce qu'il « *recherche une occupation* » (L157) ou plutôt « *une thérapie* » (L158), la présence d'une « *aversion* » (L98) et « *les ressources personnelles de la personne* » (L100-101) pour E3, « *trouver des objectifs cohérents* » ne mettant pas « *en échec le patient* » (L196-197), « *les valoriser* » (L203), « *détecter [...] ce qui va apparaître dans leur corps et qui vont être des éléments qui vont peut-être leur faire prendre conscience qui somatisent une douleur morale* » (L205-208) pour E4 et « *l'identification que le burnout existe* » (L118), « *accompagner (la personne) sur son poste de travail* » (L123) pour E5. De manière globale, nous pouvons remarquer la diversité de vocabulaire entre les différents professionnels. Cette particularité enrichie notre étude mais rend complexe l'identification de mots clés et le regroupement d'idées communes au sein des cinq retranscriptions d'entretien.

Pour la deuxième question, nous avons demandé aux experts de se baser sur l'exemple d'une personne en burnout à laquelle ils ont été confrontés pour expliquer leur prise en charge. Nous avons choisi de résumer l'ensemble des techniques évoquées par les experts sous la forme d'un nuage de mots en annexe (Fig. I, ANNEXE V). Globalement, les cinq experts sont parvenus à se remémorer une expérience vécue et ont ainsi répondu à la question posée sans difficulté ni hésitation. A l'inverse, trois experts (E2, E3, E4) ont eu tendance, au fur et à mesure de leur réflexion, à dévier de la question posée jusqu'à être « hors sujet ». Pour E2, cela peut s'expliquer par son aisance ressentie face à cette question évoquant même l'intervention d'autres professionnels. Il offre une description très précise de l'évolution d'une patiente qu'il a pris en charge mais les situations qu'il évoque semblent être, en réalité, des difficultés

rencontrées au cours de certaines prises en charge. De la même façon, les explications données par E5, pourtant très complètes, semblent plutôt décrire sa démarche et ne représentent pas la direction sur laquelle nous souhaitons l'amener à réfléchir. Cette situation, ajoutée à l'importance et la richesse des informations, a rendu complexe une fois de plus la sélection et l'extraction des données essentielles pour répondre à la question.

Enfin, nous avons souhaité connaître le point de vue des experts sur les deux types de prises en charge possibles face au burnout. De façon unanime, ils s'accordent sur l'idée que ces approches sont complémentaires et les associer serait la meilleure façon d'en tirer tous les bénéfices. Cette notion est confirmée par la HAS et l'Académie Nationale de Médecine qui recommandent d'associer une prise en charge non médicamenteuse à une thérapeutique médicamenteuse (7,12).

4.1.4. **Thème 4** : Les techniques face au burnout

Concernant les techniques de détente et de gestion du stress, les cinq experts sont unanimes pour dire qu'elles ont tout à fait leur place dans la prise en charge du burnout. Les exercices de respiration et de relaxation sont celles qu'ils citent le plus souvent. Néanmoins, il semble indispensable de ne pas se limiter à leur seule utilisation et d'enrichir la prise en charge d'autres aspects car comme le rappelle E1, il ne s'agit que d'un « *seul pan de la problématique* » (L180). Nous avons également remarqué que E4, MK, est le seul à avoir pensé à l'utilisation de ces techniques « *en prévention* » (L277) du burnout, contrairement aux quatre autres experts qui n'ont évoqué que l'aspect « traitement ». Il pense d'ailleurs que « *ces techniques-là ont leur place en prévention* » (L283-284) mais aussi « *hors de la phase aiguë pour la récupération* » (L284-285) des personnes concernées.

Nous avons ensuite cherché à connaître le point de vue des experts sur l'intérêt des techniques de thérapie cognitive dans la restauration des pleines capacités cognitives de la personne en épuisement professionnel. Deux experts (E1 et E4) évoquent les thérapies ACT « *qui sont une branche des TCC* » (E1, L189). E4 mentionne également « *les techniques de méditation de pleine conscience* » (L299) dont le but est d'avoir « *un impact positif sur l'attention (et) sur la concentration* » (L300). Cependant, ils précisent que ces thérapies sont plus spécifiques au champ de compétences du psychologue que du MK.

Concernant le traitement des TMS, nous observons différentes approches selon les professionnels. E3, IDE et sophrologue, ne les aborde pas directement mais permet au patient, par des exercices spécifiques de concentration sur les sensations, de prendre conscience de leur existence. Les deux psychologues du travail (E1 et E5) ne prennent pas en charge ces troubles mais connaissent leur lien avec le stress par rapport à l'activité au travail. E2 et E4, ergothérapeute et MK, sont les seuls à traiter les TMS qu'une personne en burnout peut présenter. Cela semble logique puisque ces professions sont basées sur la prise en charge du corps contrairement aux autres activités professionnelles présentes dans notre étude qui se concentrent davantage sur l'aspect mental.

Concernant la place de l'activité physique dans la prise en charge d'une personne en burnout, tous confirment que l'activité physique est indispensable dans la lutte contre ce syndrome. Nous avons volontairement employé le terme « activité physique » et non « sport » afin de distinguer ces deux notions. Les experts ont tout de même répondu en évoquant davantage l'aspect sportif hormis E2 qui dit que l'idée principale est « *de se remettre en mouvement* » (L543) et par la suite éventuellement « *de refaire du sport* » (L542). A cette question, E3 évoque une autre notion intéressante en disant que le sport n'est pas encore suffisamment reconnu à ce jour et qu' « *on ne (lui) donne pas beaucoup de place* » (L372). Pourtant, les études scientifiques à ce sujet montrent que la thérapie par l'exercice permet d'améliorer la gestion du stress d'autant plus si elle est associée aux techniques psychothérapeutiques (29). E4 cite également son intérêt d'un point de vue préventif ce que confirme l'étude menée par Dreher *et al.* en 2020 (30). Il en profite également pour faire le lien avec sa profession : « *en tant que kiné, je promeus le mouvement et le sport au quotidien* » (L327-328). Or, E2 mentionne que dans la structure où il exerce, ce sont les infirmiers qui proposent de la « *gymnastique douce* » (L535) et « *des APA* » qui assurent des séances « *d'activité physique adaptée* » (L538) à cause du manque « *de professionnels kinés* » (L562-563). Pourtant il « *pense que des kinés auraient tout à fait leur rôle* » (L629) sur la « *notion de mobilité (et) de tenue* » (L628) nécessaire aux patients en burnout car ils apportent « *une vision de la posture que (ses) collègues n'ont pas* » (L630) et « *auraient les capacités d'adapter* » (L636-637) leurs techniques à chaque personne.

4.1.5. **Thème 5** : La place du MK dans la prise en charge pluridisciplinaire du burnout

Nous avons cherché à en savoir plus sur les éventuelles collaborations avec d'autres professionnels pour prendre en charge une personne en burnout. En effet, la HAS souligne les bénéfices apportés par une approche pluriprofessionnelle (7). Seul E1 semble plutôt travailler de manière individuelle collaborant qu'occasionnellement avec le médecin traitant. Les autres experts confirment échanger régulièrement avec 4 professionnels : le psychologue, les infirmiers (l'équipe soignante), le médecin et le psychiatre. Parmi eux, le psychologue (selon E2 et E3) et les infirmiers (selon E2 et E4) semblent être au cœur du dispositif en santé mentale.

Par cette question, notre objectif était en réalité de voir si l'expert allait citer le MK parmi ses collaborateurs. Finalement, il n'y a que E2, ergothérapeute, qui a mentionné ce professionnel. Cela peut s'expliquer, en partie, par le fait qu'aucun des patients en burnout dont les 4 autres experts se sont occupés durant leur carrière ne bénéficiaient de séances de kinésithérapie pour ce motif. De plus, E2 justifie cela par le nombre insuffisant de « *professionnels kinés* » (L563) embauchés dans la structure. Ils limitent donc leur activité à la prise en charge aux « *traumatismes physiques* » (L651) et n'ont pas la possibilité de s'occuper des pathologies mentales. A cela il ajoute le fait que « *les kinés n'ont pas forcément été formés* » (L659) à « *tout ce qui est du domaine du psychologique* » (L656-657) au cours de leur formation initiale. Du fait de ce « *manque de formation psy* » (L667), les MK n'ont pas suffisamment de connaissances spécifiques sur les pathologies touchant la santé mentale et ils ne sont donc « *pas à l'aise* » (L668) dans ce type de prise en charge.

Nous avons ensuite souhaité recueillir l'avis des experts sur la place et le rôle que le MK pourrait avoir dans la prise en charge pluridisciplinaire du burnout et connaître les compétences qu'il doit posséder à cet effet. Il est important de noter que deux experts (E1 et E5) n'avaient jamais pensé que ce professionnel pourrait faire partie du parcours de soin d'une personne en épuisement professionnel.

La question sur la place du MK et celle sur son rôle ont fait naître des confusions chez certains experts qui ne voyaient pas la différence entre ces deux notions. Une idée commune aux 5 professionnels interrogés est tout de même ressortie : le MK semble avoir un rôle à jouer dans la lutte contre les soucis somatiques de type TMS qu'ont ces personnes en burnout et dans la lutte contre les douleurs que ces troubles induisent. Cela est d'autant plus justifier par

le fait que le MK est souvent amené à être « *le premier interlocuteur* » (L723-724) lorsque le patient présente des douleurs de ce type comme le mentionne E2. Son intervention pourrait se concentrer sur trois aspects : la détente dans un premier temps puis la remise en mouvement adaptée, notamment au niveau musculaire et enfin en termes de conseils. Il pourrait, pour cela, proposer des massages permettant de réduire les tensions ainsi que des exercices de posture. Puis petit à petit, il pourrait proposer des exercices nécessitant une implication de plus en plus importante de la personne. Afin de la préparer au retour à domicile, il lui délivrera des conseils l'amenant progressivement à être totalement autonome dans son « auto-prise en charge ». Cette étape semble très importante car elle encourage le patient et lui donne les moyens de s'occuper de lui et de se prendre en main une fois les traitements achevés. Cette autonomisation dans les thérapies peut permettre de conforter son changement de comportement et maintenir dans le temps les efforts qu'il a pu faire durant la prise en charge. Pour conclure, selon les experts, la masso-kinésithérapeute semble pouvoir offrir une approche thérapeutique intéressante et complémentaire aux prises en charge médicales et paramédicales déjà proposées à une personne en épuisement professionnel.

Cependant, pour cela, le MK doit posséder diverses compétences indispensables aux yeux des cinq experts. La première d'entre elles, selon E1, est la nécessité que ce professionnel ait « *une connaissance fine du processus de burnout* » (L169) et qu'il ait « *une approche plus psychologique* » (L171-172) que celle qu'il propose habituellement. « *Ses compétences de kinésithérapeute* » (L686), notamment « *la perception des tensions à travers le toucher* » (L688), semblent répondre parfaitement à la problématique des TMS comme le souligne E2. De plus, E2 et E5 précisent que son côté relationnel et les techniques auxquelles il peut avoir recours, comme le massage, offrent « *des temps qui sont favorables* » (E5, L361-362) permettant de mettre en confiance la personne et d'instaurer un climat rassurant propice aux « *confidences* » (E2, L745). E5 dit même qu'il arrive « *que la personne n'ait pas en confiance avec le médecin* » mais qu'elle soit, par contre, « *beaucoup plus en relation (et) en confiance* » avec le MK ce qui va pouvoir lui apporter « *quelque chose* » qu'elle ne trouvera pas ailleurs (L378-380). Il précise, « *chacun choisit à qui il veut faire confiance, comment il veut se dévoiler et comment il veut faire aussi avancer sa prise en charge* » (L381-382). A cela s'ajoute les compétences d'écoute et d'adaptabilité spécifiques à cette profession et essentielles pour assurer des prises en charge dans le domaine de la santé mentale. La neutralité et la bienveillance sont également les maître mots dans l'accompagnement d'une personne en burnout.

En conclusion, nos résultats confirment que la prise en charge du burnout semble montrer une plus grande efficacité lorsqu'elle repose sur une approche pluriprofessionnelle. Dans cette idée, il nous semble intéressant de citer le propos de E4 : « *on a chacun des formations, des expériences, des vécus différents mais le but est toujours de donner ce qui a de mieux à notre patient et de trouver ce qui lui conviendra de mieux* » (L395-397) et de E5 : « *il n'y a pas de traitement miracle dans la vie qui existe et c'est toujours [...] le fait de faire plusieurs choses pour la personne qu'on va réussir à l'accompagner au mieux* » (L374-376).

4.1.6. **Thème 6** : Conseils et recommandations au MK

Pour conclure sur les approches non médicamenteuses, nous avons demandé aux experts s'ils avaient des conseils ou des recommandations à donner à un MK prenant en charge une personne souffrant de burnout. Ainsi, E4 évoque l'importance de partager ses compétences et « *d'informer (ses) collègues* » (L392) sur les approches auxquelles il se forme. Les quatre autres professionnels s'accordent pour dire que le MK ne doit pas hésiter à réorienter le patient s'il présente une grande détresse amenant à une situation délicate qui dépasse ses compétences. Pour E2, il faut savoir « *passer la main* » (L742) avant que la relation de soin ne devienne difficilement gérable voire toxique pour le patient comme pour le MK. Il illustre son idée en évoquant l'apparition possible de « *contre-transferts très négatifs* » (L734), c'est-à-dire « *ce qu'on ressent vis-à-vis du patient* » (L734-735) lorsque ce dernier ne coopère pas comme nous le souhaiterions durant les soins. Il est alors important d'en prendre conscience en tant que professionnel et d'y mettre fin. Même si E2 pense qu'il peut être délicat pour un MK de dire à la personne « *allez voir un psy* » (L759-760), son « *alliance* » (L760) avec le patient peut lui permettre d'avoir ce rôle, surtout s'il se sent « *submergé, débordé* » (L761) ou que la prise en charge ne montre aucun résultat. La troisième recommandation formulée au MK par les experts est d'exploiter tous les avantages du travail pluridisciplinaire comme, par exemple, pouvoir « *être en supervision* » (L706) comme le mentionne E2. Cette notion traduit l'idée que le MK se tourne vers un autre professionnel plus expérimenté dans ce type de prise en charge qui pourra lui donner des conseils afin que, par la suite, il ait les capacités d'adapter au mieux son intervention et son comportement. Enfin, E1 recommande d'accompagner ces personnes en veillant à ne jamais les « *culpabiliser* » (L226). Il est nécessaire de « *les prendre là où elles en sont* » (L226) et de garder en tête qu'il s'agit d'un syndrome singulier dont les manifestations varient d'un individu à l'autre.

Avant de clore l'entretien, nous avons demandé aux professionnels interviewés s'ils souhaitaient ajouter un élément supplémentaire. Globalement, tous ont été satisfaits des thèmes abordés durant l'entretien. Seul E1 a souhaité revenir brièvement sur la notion de pluridisciplinarité en disant qu'il « *faut espérer que sur les prochaines années [...] elle puisse se mettre en place* » (L243-244) et « *qu'il y est une approche globale de ces personnes en termes de soins* » (L245).

4.2. Les limites de l'étude

Nous avons mené notre étude en suivant les règles essentielles à la recherche qualitative. Néanmoins, différents biais méthodologiques ont pu être identifiés.

Nous avons fait le choix d'interroger des experts en santé mentale. En effet, ils possèdent tous un diplôme (de formation ou universitaire) dans ce domaine, exercent actuellement leur activité au sein d'une structure spécialisée et y assurent la prise en charge, entre autres, de patients présentant des pathologies mentales. De plus, nous avons décidé de ne pas composer notre population uniquement de MK mais d'interroger également d'autres professions. Ce choix nous paraissait plus cohérent avec notre volonté de voir le regard que portent les autres professionnels sur la place du MK au sein de l'approche pluridisciplinaire du burnout. En revanche, nous aurions pu davantage sélectionner les différents experts selon leur ancienneté en santé mentale. En effet, il aurait été intéressant de fixer un nombre d'années d'exercice minimum pour inclure la personne ou faire en sorte que celui-ci soit comparable entre les professionnels interrogés. Or, deux personnes sur les cinq interviewées exercent leur profession depuis moins de cinq ans. Nous pouvons donc nous interroger sur la manière dont cette caractéristique peut potentiellement limiter leurs réflexions autour des problématiques que nous leur avons posées et en tenir compte dans l'analyse des données. De plus, notre étude est composée uniquement du point de vue de professionnels issus du domaine paramédical. Or, il aurait été intéressant de recueillir celui de professionnels issus de la filière médicale puisque cette approche est une étape indispensable à la prise en charge de ce syndrome. Cela constitue donc une perspective d'ouverture pour un futur travail de recherche qui viendrait compléter celui-ci.

Le mode semi-directif choisi pour réaliser les entretiens a permis d'avoir un échange totalement libre et de ne pas brider les réflexions des experts sur les thèmes abordés. Afin

d'assurer une certaine reproductibilité inter-entretien, nous avons utilisé le guide d'entretien comme base commune à chaque échange. Cependant, la liberté d'expression permise aux professionnels par ce type d'entretien et les relances personnalisées que nous avons pu effectuer remettent inévitablement en cause cette reproductibilité. Nous n'avons pas abordé de manière strictement identique l'ensemble des notions avec les différents experts ceci expliquant que certaines d'entre elles soient restées sans réponse lors de l'analyse des données. De plus, post-étude, nous nous sommes rendu compte que le guide est composé d'un nombre trop important de questions, ce qui a inévitablement induit une quantité importante de données à analyser. Il aurait été souhaitable d'amener plus rapidement les experts à échanger sur les derniers thèmes portant davantage sur notre sujet réel, à savoir « le MK au sein de la prise en charge pluridisciplinaire du burnout ». Enfin, les 5 entretiens ont été réalisés par une seule personne qui n'avait jamais mené de travail de recherche auparavant. Il paraît donc indispensable de considérer l'influence de ce manque d'expérience dans la réalisation de ce projet. D'autant que la rigueur méthodologique imposée par l'étude qualitative a fait naître plusieurs difficultés. En effet, il est nécessaire d'instaurer un échange basé sur une écoute active tout en n'émettant aucun jugement sur les réponses formulées par l'expert. Malgré les explications apportées sur le déroulement de l'entretien au début de chaque échange, cette forme d'interview s'est avérée déstabilisante pour deux experts (E1 et E3). L'intervieweur ne pouvant pas formuler d'appréciations sur leurs propos, ces deux personnes étaient mal à l'aise et manquaient d'assurance quant à la qualité de leurs réponses. Enfin, le timing limité ne nous a pas permis d'instaurer un réel échange autour de ce travail avec chaque professionnel. Pourtant, il aurait été enrichissant d'envoyer la retranscription de l'entretien à chaque expert afin que celui-ci puisse éventuellement corriger voir compléter ses propos.

Une analyse thématique a été réalisée pour chaque entretien. Cependant, du fait de la diversité professionnelle au sein de la population sélectionnée, nous avons eu des difficultés pour mettre en lumière les idées communes aux différents experts. De plus, deux professionnels (E2 et E4) ont été globalement beaucoup plus à l'aise avec le mode d'entretien par visioconférence que les trois autres experts. Cela s'est ressenti dans leurs réponses qui étaient bien plus riches en informations, débordant parfois même du sujet initial posé par la question. De ce fait, l'analyse des données a été plus complexe car nous avons dû effectuer un tri au sein des nombreuses notions évoquées par les experts et les synthétiser sans pour autant ôter le sens dans lequel ils les avaient formulées. Plusieurs éléments pourraient expliquer l'égaré de ces deux experts dans leurs réponses : le manque d'expérience de

l'intervieweur dans la méthodologie de passation d'entretiens semi-directifs, l'importance ancienneté des deux experts concernés dans leur activité professionnelle respective, la spécialisation de ces professionnels les amenant à avoir une approche et une réflexion davantage psychologiques que pratico-pratiques en comparaison à celles des personnes exerçant cette même profession mais dans un autre domaine. Enfin, cela montre l'importance d'imaginer l'interprétation que chaque personne peut faire de la formulation choisie pour la question afin de s'assurer que celle-ci mène bien le professionnel interviewé vers la notion souhaitée.

5. CONCLUSION

Notre ambition, par cette étude qualitative, était de montrer que le MK possède les aptitudes nécessaires pour prendre en charge une personne souffrant de burnout. Bien que nous ne puissions pas nous permettre une généralisation des données recueillies, les différents experts paramédicaux interviewés se sont accordés sur l'idée que ce professionnel semble tout à fait avoir sa place au sein de la prise en charge pluridisciplinaire de ce syndrome.

Son rôle serait concentré sur le traitement de certains symptômes retrouvés chez ces personnes tels que les TMS. De plus, son approche bio-psycho-sociale et l'alliance thérapeutique qu'il possède avec le patient lui permettent d'instaurer une relation de confiance avec ce dernier. Ses compétences psychologiques d'écoute et d'empathie complètent l'approche physique basée sur la perception des sensations et le toucher qui le caractérise. Cette spécificité lui permet de créer un lien entre le corps et le mental, élément primordial pour faire face au burnout alors que d'autres professionnels n'ont pas cette aptitude. Le MK semble donc avoir les compétences nécessaires pour répondre aux problématiques induites par ce syndrome et pour s'adapter aux changements de ces dernières selon les phases d'évolution. Ainsi, le premier temps de prise en charge serait axé sur l'aspect détente par des techniques telles que le massage afin d'aider la personne à prendre conscience des tensions et des douleurs et de les réduire. Dans un second temps, son objectif serait la remise en mouvement. Pour cela, il travaillerait la posture puis accompagnerait le patient sur une reprise d'activité physique. Enfin, il aurait pour rôle de donner les moyens à la personne de « s'auto-prendre en charge » notamment à travers la délivrance de conseils. En conclusion, le MK semble posséder les moyens et les aptitudes nécessaires pour suivre le patient depuis la détection du burnout jusqu'à son autonomisation dans les soins. Cependant, cette étude révèle que la prise

en charge des troubles cognitifs, notamment par les TCC, ne fait pas partie de son domaine de compétences et relève davantage du rôle du psychologue.

Du fait de l'évolution des conditions de travail mais aussi de la considération plus importante de ce syndrome par le monde médical, sa proportion a nettement augmenté et ce tout domaine professionnel confondu. Cette tendance est aggravée par la crise sanitaire liée à la COVID 19 que connaît le monde actuellement. La méta-analyse réalisée par Serrano-Ripoll *et al.* en 2020 portant sur 117 études révèle une augmentation significative des troubles de la santé mentale (33). Les mesures préventives ont imposé un nouveau mode de travail en distanciel dont les conséquences sont déjà observables un peu plus d'un an après le début de cette pandémie. Le télétravail complexifie la distinction entre les temps personnels et professionnels et les mesures de confinement limitent les loisirs favorisant ainsi la survenue d'un épuisement professionnel. De plus, cette situation de crise a des conséquences non négligeables sur le système de santé Français. Certaines pathologies jugées comme non urgentes ou chroniques sont délaissées aux profits de la prise en charge de maladies plus aiguës. Il semble donc indispensable de renforcer le dépistage de ce syndrome mais aussi les mesures de prévention à son égard. Par ailleurs, il est intéressant de porter attention à l'étude menée par Mélanie Pereira, également étudiante au sein de l'IFMK de Nancy, sur la place du MK dans la détection de ce phénomène.

La santé mentale est un domaine délaissé par la masso-kinésithérapie et insuffisamment abordé durant les cinq années d'études supérieures. Ce manque de formation initiale concernant les pathologies mentales entretient l'absence des MK dans ce type de prise en charge et justifie l'existence d'un faible nombre d'études scientifiques à ce sujet. Or, la majoration constante de ces pathologies au sein de notre société offre de belles perspectives d'ouverture au champ de la masso-kinésithérapie.

BIBLIOGRAPHIE

1. Khireddine I, Lemaître A, Homère J, Plaine J, Garras L, Riol MC et al (Groupe MCP 2012). La souffrance psychique en lien avec le travail chez les salariés actifs en France entre 2007 et 2012, à partir du programme MCP. Bull Epidemiol Hebd. 2015;(23):431-8.
2. Etude clinique et organisationnelle permettant de définir et de quantifier ce qu'on appelle communément le burn out. Rapport du groupe Technologia. Février 2014. [page consultée le 29/04/2021] <https://www.technologia.fr/etudes/appel-pour-la-reconnaissance-du-syndrome-depuisement-au-tableau-des-maladies-professionnelles/>
3. Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses. Propositions de l'Assurance Maladie pour 2019. Rapport au ministre chargé de la Sécurité sociale et au Parlement sur l'évolution des charges et produits de l'Assurance Maladie au titre de 2019. 2018.
4. Freudenberger HJ. Staff Burn-Out. J Soc Issues. 1974;30(1):159-65.
5. Maslach C, Jackson SE. The measurement of experienced burnout. J Organ Behav. avr 1981;2(2):99-113.
6. 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. Paris: Ministère du Travail; 2015.
7. Haute Autorité de Santé. Repérage et prise en charge cliniques du syndrome d'épuisement professionnel ou burnout. Saint-Denis La Plaine : HAS ;2017.
8. Herbert J. Freudenberger. L'épuisement professionnel : la brûlure interne. G. Morin. 1987. 190 p. ISBN : 2-89105-233-1
9. Organisation Mondiale de la Santé. Dans la Classification internationale des maladies, le burn-out, ou épuisement professionnel, est considéré comme « un phénomène lié au travail » [en ligne]. 2019 [consultée le 25 avril 2021]. Disponible sur : https://www.who.int/mental_health/evidence/burn-out/fr/
10. DSM-5 : diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5th edition. Washington : American Psychiatric Publishing; 2013. 947 p.
11. Sebaoun G, Censi Y, Commission des affaires sociales. Rapport de la mission d'information relative au syndrome d'épuisement professionnel (ou burnout). Paris: Assemblée Nationale; 2017.
12. Académie Nationale de Médecine. Le burn-out. Paris: ANM; 2016. Disponible sur : <http://www.academie-medecine.fr/wp-content/uploads/2016/02/26-fev-2016-RAPPORT-ACADEMIE-Burn-out-V3.pdf>
13. MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTE. *Décret n°2016-756 du 7 juin 2016 relatif à l'amélioration de la reconnaissance des pathologies psychiques comme*

maladies professionnelles et du fonctionnement des comités régionaux de reconnaissance des maladies professionnelles (CRRMP). Journal officiel n° 0133 du 09 juin 2016.

14. Burcoveanu T. Workaholisme : état des connaissances. *Références en santé au travail*. 2014;139:143-51.
15. Schaufeli WB, Bakker AB, van der Heijden FMMA, Prins JT. Workaholism Among Medical Residents: It Is The Combination of Working Excessively and Compulsively That Counts. *Int J Stress Manag*. 2009;16(4):249-72.
16. Collège d'expertise sur le suivi des risques psychosociaux au travail. Gollac M. Mesurer les facteurs psychosociaux de risque au travail pour les maîtriser. Rapport du collège d'expertise sur le suivi des RPS au travail réuni à la demande du ministre du Travail et des Affaires sociales, Paris, 2011. Paris; 2011.
17. Chouanière D. Définitions et aspects épidémiologiques des risques psychosociaux. *Arch Mal Prof Environ*. 2017;78(1):4-15.
18. Inserm. Stress au travail et santé. Situation chez les indépendants. Expertise collective. 2011 [page consultée le 29/04/2021] <https://www.inserm.fr/information-en-sante/expertises-collectives/stress-travail-et-sante-situation-chez-independants>
19. Halbesleben JRB, Demerouti E. The construct validity of an alternative measure of burnout: Investigating the English translation of the Oldenburg Burnout Inventory. *Work Stress*. 2005;19(3):208-20.
20. Lourel M, Gueguen N, Mouda F. L'évaluation du burnout de Pines: adaptation et validation en version française de l'instrument *Burnout Measure Short version (BMS-10)*. *Prat Psychol*. 2007;13(3):353-64.
21. Kristensen TS, Borritz M, Villadsen E, Christensen KB. The Copenhagen Burnout Inventory: A new tool for the assessment of burnout. *Work & Stress*. 2005;19(3):192-07.
22. Barbosa A, Sousa L, Nolan M, Figueiredo D. Effects of Person-Centered Care Approaches to Dementia Care on Staff: A Systematic Review. *Am J Alzheimers Dis Other Demen*. 2015;30(8):713-22.
23. Ruotsalainen J, Serra C, Marine A, Verbeek J. Systematic review of interventions for reducing occupational stress in health care workers. *Scand J Work Environ Health*. 2008;34(3):169-78.
24. Korczak D, Wastian M, Schneider M. Therapy of the burnout syndrome. *GMS Health Technol Assess*. 2012;8:Doc05.
25. Khoury B, Sharma M, Rush SE, Fournier C. Mindfulness-based stress reduction for healthy individuals: A meta-analysis. *J Psychosom Res*. 2015;78(6):519-28.
26. Grensman A, Acharya BD, Wändell P, Nilsson GH, Falkenberg T, Sundin Ö, Werner S. Effect of traditional yoga, mindfulness-based cognitive therapy, and cognitive behavioral therapy, on health related quality of life: a randomized controlled trial on patients on sick leave because of burnout. *BMC Complement Altern Med*. 2018;18(1):80.

27. Ginoux C. Activité physique et bien-être professionnel. De l'identification des antécédents et des mécanismes explicatifs à la mise en œuvre et l'évaluation d'une intervention. 2019. 223 p. Doctorat Ingénierie pour Santé, la Cognition et l'Environnement : Alpes, Université Grenoble
28. Naczenski LM, De Vries JD, Van Hooff ML, Kompier MA. Systematic review of the association between physical activity and burnout. *J Occup Health*. 2017;59(6):477-94.
29. Ochentel O, Humphrey C, Pfeifer K. Efficacy of Exercise Therapy in Persons with Burnout. A Systematic Review and Meta-Analysis. *J Sports Sci Med*. 2018;17(3):475-84.
30. Dreher M, Döbereck N, Lachtermann E. Physical activity and its effects on burnout syndrome. A systematic review. *Laryngo-Rhino-Otol*. 2020;99(2):85-95.
31. Gedda M. Traduction française des lignes directrices COREQ pour l'écriture et la lecture des rapports de recherche qualitative. *Kinesither Rev*. 2015;15(157):50-54.
32. Imbert G. L'entretien semi-directif : à la frontière de la santé publique et de l'anthropologie. *Rech Soins Infirm*. 2010;102(3):23-34.
33. Serrano-Ripoll MJ, Meneses-Echavez JF, Ricci-Cabello I, Fraile-Navarro D, Fiol-deRoque MA, Pastor-Moreno G, et al. Impact of viral epidemic outbreaks on mental health of healthcare workers: a rapid systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord*. 2020;277:347-57.

ANNEXES

- **ANNEXE I** : Guide d'entretien
- **ANNEXE II** : Questionnaire préalable aux entretiens
- **ANNEXE III** : Tableau récapitulatif des données brutes utilisées
- **ANNEXE IV** : Tableau II : Extraits des réponses formulées par les experts à la Q2
- **ANNEXE V** : Nuages de mots illustrant les réponses des experts interrogés
 - Figure 1 : Question 8
 - Figure 2 : Question 17 (relance)
- **ANNEXE VI** : Retranscriptions des 5 entretiens
- **ANNEXE VII** : Copie du poster présenté dans le cadre des JFK 2021

L'annexe III ainsi que la présentation orale du poster mis en annexe VII sont accessibles via la version numérique du mémoire.

GUIDE D'ENTRETIEN

Présentation de l'étude et du déroulement de l'entretien

Avant de commencer je vais vous redonner rapidement les informations principales. J'ai choisi de réaliser mon mémoire de fin d'études sur le thème du burnout et plus particulièrement sur la prise en charge proposée actuellement à un adulte souffrant de ce syndrome. Pour cela, j'effectue une recherche qualitative à l'aide d'entretiens semi-directifs et j'interroge différents acteurs experts sur le sujet.

Pour vous présenter la façon dont va se dérouler l'entretien : Je vais vous poser plusieurs questions ouvertes abordant divers aspects du sujet. Vos réponses sont totalement libres et vous êtes en droit de refuser de répondre à certaines questions. Vous avez la possibilité d'enrichir l'entretien d'un élément auquel vous auriez pensé et qui n'est pas présent dans les points que je vais évoquer. Pour les besoins du projet, et si vous êtes d'accord, l'entretien va être enregistré puis retranscrit mot à mot mais toutes les informations personnelles recueillies resteront confidentielles. Si cela vous convient, dans un souci de simplification, nous allons utiliser uniquement le terme de « burnout » tout au long de notre échange. **Est-ce que tout est clair pour vous ?**

Si vous êtes d'accord, nous allons maintenant débiter l'entretien.

Thème 1 : Votre expérience personnelle sur le burnout

- 1) La détection et le diagnostic du burnout sont deux étapes primordiales mais souvent retardées par la complexité et la méconnaissance de ce syndrome. **Ainsi, en vous basant sur votre pratique professionnelle quotidienne, quelle proportion représentent les adultes souffrants de burnout, qu'il soit suspecté ou diagnostiqué, au sein de votre patientèle ?**
- 2) **Avez-vous remarqué une majoration de ce phénomène durant ces cinq dernières années ?**
- 3) **En vous basant sur votre expérience, pouvez-vous me décrire votre rôle dans le parcours de soin d'une personne souffrant de burnout ?**

Question de relance : Pensez-vous avoir changé votre prise en charge du burnout au fur et à mesure de vos années de pratique et des expériences vécues ?

Thème 2 : Votre vision du burnout

- 4) Concernant la définition du burnout : dans la littérature scientifique, plusieurs modèles descriptifs existent mais le plus utilisé est le suivant : c'est « un syndrome d'épuisement émotionnel, de dépersonnalisation et de réduction de l'accomplissement personnel qui apparaît chez les individus impliqués professionnellement auprès d'autrui ».
- D'après votre expérience professionnelle du burnout, que pensez-vous de cette définition ?**

Question de relance : Pensez-vous que certains éléments manquent à cette définition ?

- 5) La complexité du burnout peut rendre la prise en charge des personnes qui en souffrent singulière. **En lien avec cette spécificité, éprouvez-vous des difficultés ou rencontrez-vous des freins pour prendre en charge certains patients ?**

Thème 3 : La prise en charge du burnout

- 6) **Quels sont les éléments spécifiques auxquels vous êtes attentif(ve) pour proposer une prise en charge adaptée à chaque patient ?**

Question de relance : D'après vous, de quelle façon l'avenir professionnel de la personne influence-t-il votre PEC ? (adaptation du poste de travail, réorientation professionnelle)

- 7) **En prenant pour exemple un cas de burnout auquel vous avez été confronté durant votre carrière, pouvez-vous m'en dire davantage sur la manière dont vous prenez en charge ces personnes ?**
- 8) **Pouvez-vous me détailler plus amplement les outils, techniques ou approches que vous utilisez face au burnout ?**
- 9) Les thérapies médicamenteuses sont, dans la majeure partie des cas, la première alternative choisie dans le traitement du burnout une fois le diagnostic posé. Pourtant, en 2017, la Haute Autorité de Santé a élaboré des recommandations de bonne pratique qui soulignent l'intérêt « d'une prise en charge non médicamenteuse » du burnout.
- Que pensez-vous de ces deux approches médicamenteuses et non médicamenteuses ?**

Thème 4 : Les techniques face au burnout

- 10) Certains traits de personnalité favoriseraient le développement d'un burnout, c'est le cas par exemple de l'instabilité émotionnelle et du caractère consciencieux pouvant amener à un état de stress permanent.

Quelle importance accordez-vous aux techniques de détente et de gestion du stress ?

- 11) Il a été montré que le burnout peut être associé à une détérioration des fonctions cognitives telles que la concentration, l'exécution et la mémoire.

Dans ce contexte et d'après votre expérience, que pensez-vous des techniques de thérapie cognitive ?

- 12) Les symptômes physiques non spécifiques constituent l'une des cinq catégories de symptômes caractérisant le burnout selon la HAS. Les troubles musculo-squelettiques en sont un exemple.

De quelle(s) manière(s) effectuez-vous ou envisagez-vous le traitement de ces troubles musculo-squelettiques ?

- 13) **Quelle est la place, selon vous, de la promotion de l'activité physique dans la prise en charge du burnout ?**

Thème 5 : La place du MK dans la prise en charge du burnout (non annoncé à l'expert)

- 14) Selon les données issues de la littérature, la pluridisciplinarité semble être un élément essentiel pour faire face au burnout.

Dans ce contexte, lorsque vous proposez une prise en charge à un patient souffrant de burnout, êtes-vous amené à collaborer de manière privilégiée avec d'autres acteurs ?

- 15) **De manière générale, quelle place donnez-vous à la masso-kinésithérapie dans la prise en charge pluridisciplinaire du burnout ?**

MAIS selon la réponse de l'interviewé à la question 14), deux cas de figure :

Cas 1 : le professionnel interrogé évoque le MK parmi ses collaborateurs :

Parmi les acteurs que vous avez cités, vous avez mentionné le masseur-kinésithérapeute. De manière générale, quelle place donnez-vous à la masso-kinésithérapie dans la prise en charge pluridisciplinaire du burnout ?

Cas 2 : le professionnel interrogé n'évoque pas le MK parmi ses collaborateurs :

Certains symptômes induits par le burnout peuvent faire appel aux compétences du masseur-kinésithérapeute. Ainsi, certains patients souffrants de burnout peuvent bénéficier d'une prise en charge par ce professionnel. De manière générale, quelle place donnez-vous à la masso-kinésithérapie dans la prise en charge pluridisciplinaire du burnout ?

- 16) **D'après votre expérience, avez-vous rencontré des situations de soin durant lesquelles le masseur-kinésithérapeute était impliqué dans la prise en charge du burnout ?**
- 17) **A partir de votre expérience, comment vous représentez-vous le rôle du masseur-kinésithérapeute dans la prise en charge pluridisciplinaire du burnout ?**

Question de relance : D'après vous, quelles sont les compétences qui semblent nécessaires au MK pour mener à bien ce type de prise en charge ?

Thème 6 : Conseils et recommandations au MK

- 18) **Pour conclure sur les approches non médicamenteuses, auriez-vous des conseils ou des recommandations à donner à un masseur-kinésithérapeute prenant en charge une personne souffrant de burnout ?**
- 19) Nous avons maintenant abordé toutes les questions. **Avez-vous quelque chose à ajouter que nous n'aurions pas encore abordé ?**

L'entretien est maintenant terminé. Je vous remercie pour votre participation.

ANNEXE II : Questionnaire préalable aux entretiens

Questionnaire

Présentation

Bonjour,

Je me présente, je m'appelle FAVINI Marion, je suis actuellement étudiante en 4^{ème} année de masso-kinésithérapie au sein de l'IFMK de Nancy.

En vue de l'obtention du diplôme, j'ai choisi de réaliser mon mémoire de fin d'études sur le thème du burnout. Ce travail de recherche s'intéresse aux moyens actuellement employés pour assurer une prise en charge adaptée d'un adulte souffrant de burnout.

Pour cela, j'effectue une recherche qualitative à l'aide d'entretiens semi-directifs. Je souhaite ainsi pouvoir échanger avec différents acteurs experts sur le sujet.

Au préalable, il est nécessaire que vous répondiez à un bref questionnaire dont l'objectif est de savoir si votre profil correspond aux critères de l'étude. Cela vous prendra moins de 5 minutes.

Je vous remercie par avance de prendre de votre temps pour y répondre.

Si cela vous convient, dans un souci de simplification, nous allons utiliser uniquement le terme de « burnout » tout au long de nos échanges.



Participation à l'étude

1. Possédez-vous une formation spécifique dans le domaine de la santé mentale ?

Si oui, vous pouvez passer à la question suivante.

Si non, connaissez-vous des professionnels pouvant correspondre à ce profil vers qui je pourrais me tourner ? Je vous remercie d'avoir pris de votre temps pour me répondre, nous allons nous arrêter ici.

2. Avez-vous l'habitude de prendre en charge des adultes souffrant de burnout ?

Si oui, acceptez-vous de participer à l'étude et de répondre à un entretien ? Si vous êtes d'accord, veuillez remplir la suite du questionnaire ci-dessous.

Si non, connaissez-vous des professionnels pouvant correspondre à ce profil vers qui je pourrais me tourner ? Je vous remercie d'avoir pris de votre temps pour me répondre, nous allons nous arrêter ici.

Votre profil

1. Vous êtes ?

- Une femme
- Un homme

2. Quelle est votre profession ?

3. Dans quel(s) département(s) exercez-vous ?

- Meurthe-et-Moselle
- Moselle
- Autre(s) :
Veuillez préciser :

4. Dans quel(s) type(s) de structure(s) exercez-vous ?

- Libéral
- Centre spécialisé
- Hôpital
- Autre(s) :
Veuillez préciser :

5. Quelle(s) est (sont) la (les) formation(s) que vous avez réalisé en santé mentale ?

6. Quel(s) diplôme(s) avez-vous obtenu(s) suite à cette (ces) formation(s) ?

- Diplôme universitaire
- Diplôme de formations
- Autre(s) :
Veuillez préciser :

7. A quelle fréquence prenez-vous en charge des personnes souffrant de burnout ?

- 0 : Très rarement (quelques fois par an)
- 2 : Rarement (plusieurs fois en 6 mois)
- 4 : Parfois (plusieurs fois par trimestre)
- 6 : Souvent (plusieurs fois par mois)
- 8 : Très souvent (une ou plusieurs fois par semaine)
- 10 : Quotidiennement (tous les jours)

Je vous remercie d'avoir pris de votre temps pour répondre à ce questionnaire.

Pour terminer, afin que je puisse vous recontacter aisément, pouvez-vous s'il-vous-plaît me communiquer les informations suivantes vous concernant ?

Nom :

Prénom :

Adresse mail :

(et/ou) numéro de téléphone :

Celles-ci resteront confidentielles, les autres professionnels participants à l'étude n'auront pas accès à vos informations.

ANNEXE IV

Tableau II : Extraits des réponses formulées par les experts à la Q2 « Avez-vous remarqué une majoration de ce phénomène durant ces cinq dernières années ? »	
E1	<p>« Oui et une évolution » (L22), « on n'a plus le même burnout » (L22), « moi dans ma pratique j'ai beaucoup de burnout par désengagement mais là depuis cinq ans c'est beaucoup de burnout en surengagement dans le travail » (L22-24), « non seulement en nombre mais les caractéristiques même du burnout évoluent » (L26-27)</p>
E2	<p>« Dans les cinq dernières années [...] on a quand même plus de patients qui sont soumis à des pressions, à qui on demande de plus en plus d'efficacité et qui se plaignent de plus en plus de leur travail » (L40-42)</p>
E3	<p>« La sophro moi j'en fais depuis deux ans » (L28), « je peux pas dire que ça ait augmenté, je peux pas répondre » (L30)</p>
E4	<p>« J'ai l'impression qu'il y a de plus en plus d'épuisement professionnel » (L63-64), « c'est devenu [...] pas la maladie du siècle mais vraiment un problème de santé publique qui est de plus en plus présent » (L66-67), « ça s'est aggravé ces dernières années et maintenant encore plus avec le télétravail » (L70-71), « ça va en s'aggravant » (L74), « d'un autre côté, on en parle un peu plus, c'est un peu moins tabou » (L74-75), « il y a vraiment un diagnostic qui est maintenant posé plutôt que de dire aux gens vous faites une dépression » (L75-76), « quand leur médecin traitant leur dit bah « vous êtes dans un état d'épuisement professionnel ou un état de burnout », les gens le comprennent d'une autre manière, c'est un peu moins dégradant » (L76-78), « c'est moins tabou, c'est un peu plus facilement abordé, les médecins sont un peu plus sensibilisés aussi je pense et c'est j'espère un peu mieux pris en charge » (L83-84)</p>
E5	<p>« En tant que psychologue du travail, ça va faire trois ans que je pratique. Donc [...] j'ai pas le regard sur les cinq dernières années » (L18-20), « par contre, avant j'étais dans la fonction publique territoriale, maintenant que je travaille dans la fonction publique hospitalière [...] j'ai tout de même l'impression que il y a une augmentation quand même du type de burnout » (L20-23)</p>

ANNEXE V : Nuages de mots illustrant les réponses des experts interrogés

Figure 1 : Question 8

« Pouvez-vous me détailler plus amplement les outils, techniques ou approches que vous utilisez face au burnout ? »



Figure 2 : Question 17 (relance)

« D'après vous, quelles sont les compétences qui semblent nécessaires au MK pour mener à bien ce type de prise en charge ? »



(...) : Accueil de l'expert, présentation de l'étude et du déroulement de l'entretien.

2 Intervieweur – Bon alors nous allons débiter l'entretien. J'effectue juste un deuxième
enregistrement, voilà. Alors le premier thème que nous allons aborder concerne votre expérience
4 personnelle sur le burnout. **Quelle part de votre activité professionnelle concerne la prise en
charge d'adultes souffrants de burnout ?**

6 Expert – (...).

I – N'hésitez pas euh.

8 E – Oui c'est-à-dire vous voulez savoir si, quelle part c'est en pourcentage euh ?

I – Euh peu, peu importe mais euh ce que.

10 E – Au niveau de mon activité professionnelle, euh et bah écoutez pff c'est un peu compliqué. En
fait je rencontre quelque part de deux manières c'est-à-dire auprès de salariés qui peuvent être
12 en, en difficulté et pour lesquels donc on m'interpelle pour les accompagner. Ca peut-être par le
biais de médecins du travail ou des RH hein, parfois c'est de l'accompagnement qui prend une
14 forme de coaching et puis euh sur de la formation euh que je peux faire notamment managériale
ou en alertant sur euh justement les signes euh que l'on repère sur le burnout euh. Voilà. Et sinon,
16 ouais (...) je, je, je réponds à côté de la question non ?

I – Non, non, non mais c'est une euh non, non, vous inquiétez pas, il y a pas de, il y a pas de
18 réponse particulièrement euh, enfin fixe, vous êtes libres, il n'y a pas de problème.

E – Ok.

20 I – **Avez-vous remarqué une majoration de ce phénomène durant ces cinq dernières
années ?**

22 E – Oui. Et une évolution, c'est-à-dire qu'on a plus le même burnout enfin, vous voyez moi dans
ma pratique j'ai beaucoup de burnout en, par désengagement mais là depuis cinq ans c'est
24 beaucoup de burnout en surengagement dans le travail.

I – D'accord.

26 E – Ouais. Oui, oui. Non seulement en nombre mais euh, les caractéristiques même du burnout
évoluent (...) de par ma pratique hein c'est vraiment des (...) ouais.

28 I – Euh **en vous basant sur votre expérience, pouvez-vous me décrire votre rôle dans le
parcours de soin d'une personne souffrant de burnout ?**

30 E – Leur rôle qu'est-ce qu'on pourrait dire euh parfois c'est de lui faire prendre conscience qu'il y
a euh (...) qu'il y a des limites qui sont atteintes euh (...) à certains moments et puis euh parfois de
32 l'aider à envisager qu'on puisse ralentir hein et donc lui proposer d'autres scénarios, déjà lui mettre
ça en tête hein voilà. Et quand la personne a, a pris conscience d'une manière ou d'une autre
34 qu'en effet donc euh il y avait besoin d'accompagnement euh d'essayer euh (...). Je pense qu'il y
a un côté euh à rassurer car les symptômes du burnout sont extrêmement éprouvants et
36 déstabilisants pour les personnes qui le vivent donc il y a quand même un rôle de réassurance et
puis il y a un travail avec la personne pour envisager d'autres façons de faire, d'autres solutions
38 euh, soutenir les progrès que les personnes peuvent faire euh quand elles prennent soin d'elles.

I – Ok. C'est vrai. Euh **pensez-vous avoir changé votre prise en charge du burnout au fur et
40 à mesure de vos années de pratique et des expériences vécues ?**

E – (...) Alors oui automatiquement mais euh automatiquement parce que euh bah je vous dis le,
42 les caractéristiques du burnout ont un peu changé euh que l'expérience m'a appris des choses
hein euh notamment le, le risque suicidaire pour euh des personnes qui sont en burnout par
44 surengagement. Donc automatiquement les vigilances sont pas tout à fait les mêmes euh et puis
je vais dire aussi par euh les formations euh, je me forme, je suis tout le temps en train de me
46 former donc euh bah là j'enrichis ma pratique euh des formations que je suis.

I – Ok. Nous allons maintenant aborder le deuxième thème qui porte sur votre vision du burnout.
48 Concernant la définition du burnout : dans la littérature scientifique, plusieurs modèles descriptifs
50 existent mais le plus utilisé est le suivant : c'est « un syndrome d'épuisement émotionnel, de
52 dépersonnalisation et de réduction de l'accomplissement personnel qui apparaît chez les individus
impliqués prof, professionnellement pardon auprès d'autrui ». **D'après votre expérience
professionnelle du burnout, que pensez-vous de cette définition ?**

E – Alors ça c'est la définition que Maslach nous a donné hein il y a de ça plusieurs années,
54 justement donc cet épuisement émotionnel euh voilà. Et on retrouve vous voyez cet euh (...) on
retrouve enfin, quelque soit les faits donc le type de burnout qu'on peut retrouver, on retrouve ce
56 débordement émotionnel, ce côté dépersonnalisation mais euh mais par contre, ce que je vois
actuellement c'est que les personnes vont lutter contre cette dépersonnalisation et au contraire se
58 surengager, se surinvestir, ne veulent pas lâcher euh sur euh l'image d'eux-mêmes qu'ils veulent
donner alors que dans la définition que nous avez donné Maslach c'est plutôt qu'il y a
60 désengagement hein c'est que les personnes donc à un moment donné entre guillemets (rire) ou
plutôt inconsciemment choisissent la santé et puis se désengagent justement à se dépersonnaliser
62 et euh voilà alors que là aujourd'hui euh (...) aujourd'hui voilà je pense qu'il y a pas assez de
travaux sur euh justement cet euh, ce processus de surengagement. Ouais. Et que, elle est
64 toujours vraie hein euh cette euh, cette euh, cette définition hein d'épuisement professionnel mais
il faut l'enrichir de, de, de nouvelles, des nouveaux contextes de travail aujourd'hui je pense.

66 I – **Pensez-vous que certains éléments manquent à cette définition ?** Mise à part donc la, la
notion de surengagement.

68 E – Euh (...). Je, je pense qu'en fait euh à la limite, c'est ce que ça produit chez les personnes en
termes de perte de confiance en soi hein euh, en effet ce que ça peut provoquer alors que parfois
70 on, on peut se dire que les personnes voilà qui sont en épuisement professionnel euh entre
guillemets peuvent s'en foutre surtout avec les propos cyniques qu'ils peuvent euh qu'ils peuvent
72 avoir à certains moments. Et je pense que voilà, si (...) il manque peut-être cette dimension-là hein
de, et puis il manque la dimension du collectif. C'est-à-dire que euh, au travail on travaille jamais
74 seul et que il y a une application par un collègue qui va être en épuisement professionnel, ça
produit des choses sur un collectif de travail hein s'il y a des compensations avec euh la
76 culpabilisation de pas euh avoir suffisamment prévenu les collègues ou de pas assez enfin bref,
la culpabilisation. Et puis des personnes aussi qui vont se désengager eux-mêmes parce que euh,
78 en se disant voilà euh je veux pas en arriver là où en était mon collègue par exemple. Donc vous
voyez tout l'impact sur le, le, le collectif peut-être est sous-estimé, peut-être pas assez travaillé, en
80 tout cas dans (rire), dans la littérature que je connais, je connais pas tout hein.

I – Oui oui bien sûr. **Par rapport à la complexité de ce syndrome, éprouvez-vous des
82 difficultés pour prendre en charge certains patients ?**

E – La, la difficulté euh oui c'est la difficulté quand on voit tous les signaux d'alarme et que la
84 personne vous dise « mais il est absolument impossible que je lève le pied ». Et qu'ils vous
énumèrent les réunions qu'ils ont le lendemain, le dossier qu'ils ont à finir euh etcetera pour vous
86 prouver que c'est impossible qu'ils puissent lever le pied. Et là euh c'est assez déroutant parce
que euh on voit euh, on voit l'aggravation des symptômes qui s'annoncent et euh avec un sentiment
88 d'impuissance hein. (...) Parce que paradoxalement dans l'épuisement professionnel, la personne
ne devient plus actrice, c'est-à-dire que elle est dans un processus où euh, elle, elle est dans une
90 impasse, elle ne voit pas d'autres solutions que de s'engager ou de se désengager là du travail et
euh et en même temps comment faire bouger cette représentation qu'elle peut avoir. Ouais, ouais
92 c'est très déroutant, ouais.

I – Le thème suivant s'intéresse maintenant à la prise en charge du burnout de manière générale.
94 **Quels sont les éléments spécifiques auxquels vous êtes attentive pour proposer une prise
en charge adaptée à chaque patient ?**

96 E – (...) Je pense que mmh je suis attentive à ce que, à quoi, enfin (...) qu'est-ce que le travail,
qu'est-ce que le travail euh apporte à la personne, en quoi il lui est indispensable euh voilà. Et là
98 en fonction donc euh de ça, où en termes de valeurs euh, ce qui, est-ce que ça vient compenser
parfois vous voyez. Vraiment euh, voilà (...) ce que le travail représente pour la personne, voilà en

100 fonction de ça oui je pense, je vais adapter mais c'est pas conscient hein, vous me le faites conscientiser hein.

102 I – Ouais. Euh, **d'après vous et dans cette même idée d'ailleurs, de quelle façon l'avenir professionnel de la personne influence-t-il euh votre prise en charge ?**

104 E – Pardon est-ce que vous pouvez (...) j'étais en train de repenser à la question précédente donc.

I – Il y a pas de problème (rires), dites-moi si je vais trop vite hein, on peut aller plus doucement.

106 E – Non non non non, pas du tout, pas du tout, mais euh ouais.

I – Alors euh je disais donc **dans cette même idée du, du travail, d'après vous de quelle façon l'avenir professionnel de la personne influence-t-il euh votre prise en charge ?**

110 E – (...) « off » (...) non j'ai pas l'impression que ce soit ça qui me (...) non (...) non, à, à, en même temps je suis en train de me dire que les personnes que j'accompagne sont pas forcément des petits niveaux scolaires. Donc euh, ouais. Et que euh (...) pour le coup donc je, je prends pas forcément en compte, ouais. A la limite je peux éventuellement orienter vers un bilan compétences ou le proposer en même temps euh vous voyez pour aller chercher d'autres pistes mais euh non

112

114 ça influence pas. Mais d'un autre côté encore une fois peut être que ça serait différent si j'avais des petits niveaux d'études.

116 I – Euh là **les personnes dont vous vous occupez euh ne vont pas euh forcément être amenées alors à changer de, de, de profession ?**

118 E – Ah si ça peut l'être, ça peut l'être mais elles sont, il y a un bagage, il y a des ressources et voilà euh des compétences qui peuvent euh se présenter ailleurs ou, ou parfois l'occasion euh de faire évoluer ses compétences ou de les transférer dans un autre domaine ou dans un autre environnement euh de travail voilà et ça ça me voilà c'est pas un frein pour moi.

122 I – D'accord.

E – Oui (...) oui, oui. Par contre je vous dis si j'étais sûre que la personne si elle quittait son emploi ou quoi que ce soit aurait de grosses grosses difficultés à retrouver du travail et réinvestir ailleurs, peut-être que je ferais différemment.

126 I – Euh alors, les thérapies médicamenteuses sont, dans la majeure partie des cas, la première alternative choisie dans le traitement du burnout une fois le diagnostic posé. Pourtant, en 2017, la Haute Autorité de Santé a élaboré des recommandations de bonne pratique qui soulignent l'intérêt « d'une prise en charge non médicamenteuse » du burnout. **Que pensez-vous de ces deux approches médicamenteuse et non médicamenteuse ?**

132 E – D'abord euh je suis pas médecin (rires) donc euh bah quand un médecin prescrit euh en effet des médicaments euh bah voilà et, et je pense que dans certains cas euh pour soutenir au moins à court terme c'est nécessaire, ça peut être vraiment nécessaire oui. Par contre, c'est évident

134 évident que si on, enfin si on ne fait que ça, que le soutien médicamenteux on passe à côté de pleins de choses et en tout cas on installe la personne dans une dépendance sans qu'elle devienne

136 actrice de sa vie, voilà, oui (...) ouais.

I – Donc pour vous la prise en charge non médicamenteuse a tout euh son intérêt ?

138 E – Ah bah oui, ah bah oui et elle est euh, elle est plus que nécessaire, oui, oui, oui, oui, oui. On peut pas que répondre par les médicaments, même s'ils peuvent être à certains moments euh particulièrement soutenant et indispensables pour la personne.

I – Ok. Alors, selon les données issues de la littérature, la pluridisciplinarité semble être un élément essentiel pour faire face au burnout. **Dans ce contexte, lorsque vous proposez une prise en charge à un patient souffrant de burnout, êtes-vous amené à collaborer de manière privilégiée avec d'autres acteurs ?**

144

E – Alors euh, et ça va être justement parfois sur de conseillers en, en transition professionnelle
146 hein éventuellement euh par rapport à ça. Par contre, pas forcément du (...) sur le champ médical,
plus du côté après le médecin traitant éventuellement mais autrement non vous voyez euh, euh
148 même si euh il y a toujours le, le conseil de, de trouver par exemple faire du sport euh voilà mais
je, je collabore pas avec des personnes, c'est des conseils que je vais donner mais, ouais.

I – D'accord. Alors, certains symptômes induits par le burnout peuvent faire appel aux
150 compétences du masseur-kinésithérapeute. Ainsi, certains patients souffrants de burnout peuvent
152 bénéficier d'une prise en charge par ce professionnel. **De manière générale, quelle place
154 donnez-vous à la masso-kinésithérapie dans la prise en charge pluridisciplinaire du
burnout ?**

E – Bah écoutez euh (...) je, je l'avais pas pensé (rires) voilà que vous pouviez avoir un rôle euh,
156 ouais.

I – Alors, d'après votre expérience, euh donc **avez-vous rencontré des situations de soin durant
158 lesquelles le masseur-kinésithérapeute était impliqué dans la prise en charge du burnout ?**

E – Non.

I – Je me doute que.

E – (Rires)

I – Euh et donc **comment vous représentez-vous le rôle du masseur-kinésithérapeute dans
162 la prise en charge pluridisciplinaire du burnout ou comment pourriez-vous l'imaginer ?**

E – (...) Je sais pas, peut être oui sur des massages euh qui peuvent réduire des tensions euh
164 dans le corps ouais. Ce serait comme ça oui que je l'imaginerais oui. Ou peut-être justement en
166 termes de conseils pour euh, pour euh, pour faire de l'activité physique en sorte de séances.

I – Ouais. **D'après vous, quelles sont les compétences qui semblent nécessaires au
168 masseur-kinésithérapeute pour mener à bien ce type de prise en charge ?**

E – Bah je pense que, il faut avoir une connaissance euh déjà fine du processus de burnout. Euh
170 et puis euh, et puis sur le plan psychologique aussi donc euh d'être très très très attentif a pas
culpabiliser par exemple euh la personne, respecter son rythme vous voyez, peut-être euh, une
172 approche peut être euh plus psychologique, enfin quelques éléments euh en psychologie oui.

I – Ok. Alors le thème suivant concerne les techniques kinésithérapiques. Certains traits de
174 personnalité favoriseraient le développement d'un burnout, c'est le cas par exemple de l'instabilité
émotionnelle et du caractère consciencieux pouvant amener à un état de stress permanent. **Quelle
176 importance accordez-vous aux techniques de détente et de gestion du stress ?**

E – Ca peut être intéressant oui. Ca suffit pas de mon point de vue parce que vous oubliez tout
178 l'aspect euh organisationnel du travail mais euh. Mais c'est un aspect plus individuel euh qui, enfin
voilà, ouais (...) nécessaire à un moment donné. Mais euh en tout cas c'est travailler, ce serait que
180 travailler un seul pan de la problématique.

I – Il a été montré que le burnout peut être associé à une détérioration des fonctions cognitives
182 telles que la concentration, l'exécution et la mémoire. **Dans ce contexte et d'après votre
expérience, que pensez-vous des techniques de thérapie cognitive ?**

E – (...) Pour permettre à la personne de retrouver son pouvoir d'agir euh ces techniques sont,
184 sont pertinentes, voilà, oui, oui.

I – **Est-ce que vous en connaissez euh certaines ou est-ce que vous avez eu l'occasion d'en
186 voir certaines euh appliquées ou pas ?**

E – Oui euh, je sais que j'utilise bien euh, enfin vous voyez des techniques d'ACT, qui sont issues
188 voilà des euh ouais des thérapies euh, ouais, des TCC, qui sont, qui sont une branche des TCC

190 et qui sont intéressantes vous voyez pour justement permettre aux personnes euh de reprendre
191 en main euh en tout cas leur euh (...) ouais, je l'ai dit de développer leur pouvoir d'agir, ouais.

192 I – **Et vous les appliquez comment ces techniques** juste pour euh ?

E – C'est dans la discussion, c'est un questionnement spécifique. Ouais. Pour permettre à la
194 personne de se reconnecter à ses ressources, à, à ses valeurs, à (...) ouais.

I – D'accord. Euh, les symptômes physiques non spécifiques constituent l'une des cinq catégories
196 de symptômes caractérisant le burnout selon la HAS. Les troubles musculo-squelettiques en sont
197 un exemple. **De quelle(s) manière(s) effectuez-vous ou envisagez-vous le traitement de ces**
198 **troubles musculo-squelettiques ?**

E – (...) Bah, je sais pas, non je les envisage pas particulièrement.

200 I – Bah (...) D'accord. Mais vous y avez euh quand même.

E – En tout cas je sais euh, je sais le lien hein euh entre les deux. Je peux vous dire aussi que
202 quelqu'un qui écoute pas justement son processus de burnout euh, vous voyez le corps va parler
et c'est souvent euh fracture du poignet, fracture de la cheville hein.

204 I – D'accord.

E – Ah oui. Mmh et euh (...) et c'est enfin en tout cas c'est une évidence depuis plusieurs années
206 que euh voilà sur les TMS euh, il y a observé un effet euh au-delà du geste par exemple répétitif
ou, qu'est-ce que, voilà qu'est-ce que ça veut dire du stress par rapport à l'activité de travail, ouais.
208 Donc euh, et quand je les aborde c'est pas sur le plan physique mais sur la représentation que les
personnes ont de leur travail.

210 I – **Et vous, c'est un aspect sur lequel vous échangez quand même euh avec euh, avec euh**
les personnes euh dont vous vous occupez ?

E - Oui oui bien sûr. Ah oui oui oui oui, enfin c'est en tout cas des indicateurs ouais (...) de niveau
de stress ouais. Par contre, je les traite pas sur le plan physique.

214 I – Oui oui bien sûr. Euh, alors ça c'est une notion que vous avez déjà évoquée. **Quelle est la**
place, selon vous, de la promotion de l'activité physique dans la prise en charge du
216 **burnout ?**

E – Euh (...) enfin moi c'est quelque chose que je trouve euh indispensable vous voyez. De même
218 manière qu'une alimentation correcte (rires), voilà. Euh (...) oui, oui oui sur l'activité physique
même, même si encore une fois hein c'est qu'un pan des choses hein.

220 I – Oui oui bien sûr, oui.

E – Oui, oui, oui, oui (...) pour réduire les tensions euh c'est sûr que c'est intéressant, ouais.

222 I – Alors, **pour conclure sur les approches non médicamenteuses, auriez-vous des conseils**
ou recommandations à donner à un masseur-kinésithérapeute prenant en charge une
224 **personne souffrant de burnout ?**

E – Alors, quels conseils je peux (...) autre que ce que je vous ai dit toute à l'heure, de surtout pas
226 donc culpabiliser les personnes, euh de les prendre là où elles en sont, euh (...) ouais c'est, c'est
(...) c'est peut-être enfin, moi je crois beaucoup qui, qui serait intéressant de parler toute à l'heure
228 de la pluridisciplinarité hein euh, sur ces centres où justement on réunit plusieurs types de
professionnels pour qu'il y ait des prises en charge et bah adaptées aux personnes euh, et, et sur
230 différents volets je trouve que c'est super, enfin c'est très intéressant pour ces personnes hein,
ouais, ouais, ouais. Vous voyez (*mot incompréhensible sur l'enregistrement*) de la création de
232 centres qui, qui prennent en charge en effet le burnout, c'est, c'est à espérer dans les années
futures hein. Oui, oui. Oui, oui. Et vous comme vous dites hein, chacun y a sa place et, et c'est
234 complémentaire et, et on échange entre nous euh pour savoir euh justement bah peut-être les
points de vigilance qu'un psycho aura pu repérer euh, les orientations euh, pareil qui pourra

236 orienter vers tel type de professionnel parce que psychologue du travail c'est pas la même chose
que psychologue clinicien, vous voyez, ouais.

238 I – Euh (...) est-ce que euh (...) donc voilà alors.

E – Les gens sont seuls hein actuellement hein, les gens sont très très seuls hein face à ces
240 situations.

I – Alors, nous avons maintenant abordé bah toutes les questions. **Avez-vous quelque chose à
242 ajouter que nous n'aurions pas euh, pas encore abordé ?**

E – Pas abordé (...). Non, un peu ce que je vous dis, voilà, il faut espérer que sur les prochaines
244 années, vous voyez, en effet la pluridisciplinarité euh puisse euh se mettre en place et ou tout au
moins qu'il y est une approche globale hein euh de ces personnes hein en termes de soins, ouais.

246 (...): **Echange supplémentaire avec l'expert.**

(...) : Accueil de l'expert, présentation de l'étude et du déroulement de l'entretien.

2 Intervieweur – Donc nous allons débiter l'entretien. Alors le premier thème que nous allons
4 aborder ensemble concerne votre expérience personnelle sur le burnout. La détection et le
6 diagnostic du burnout sont deux étapes primordiales mais souvent retardées par la complexité et
la méconnaissance de ce syndrome. **Ainsi, en vous basant sur votre pratique professionnelle
quotidienne, quelle proportion représentent les adultes souffrants de burnout, qu'il soit
suspecté ou diagnostiqué, au sein de votre patientèle ?**

8 Expert – Alors euh nous nous avons des patients euh essentiellement schizophrènes, dépressifs,
euh donc c'est plutôt dans la patientèle dépressive qu'on va trouver les gens qui ont des burnout,
10 parce que souvent les patients psychotiques ou schizophrènes bah malheureusement travaillent
très peu. Et au niveau de la patientèle euh des gens dépressifs ont a euh, le pourcentage je sais
12 pas trop, j'ai jamais réfléchi à ça mais l'implication de ce qui est euh la surcharge professionnelle
c'est au moins une bonne moitié des patients qui sont concernés. Pour des raisons de surcharge
14 professionnelle, d'interaction difficile ou de harcèlement, on a effectivement des problèmes de
burnout qui surgissent dans le milieu professionnel où au moins une bonne moitié des patients qui
16 sont dépressifs.

I – D'accord.

18 E – Mais sachant que c'est une évaluation subjective hein parce que.

I – Oui, bien sûr. Euh, **pensez-vous que le diagnostic du burnout, donc clairement euh posé,
20 influence votre prise en charge ?**

E – Euh je n'en suis pas sûre parce que euh comme nous prenons plutôt en compte, puisque moi
22 je travaille en psychiatrie en santé mentale, comme nous prenons en compte l'ensemble de
l'individu et prioritairement le travail en psychothérapie, la dimension professionnelle j'ai envie de
24 dire c'est après. Même en temps qu'ergothérapeute euh, bon habituellement on va s'occuper des,
des différents domaines, des occupations humaines, le loisir, les activités productives, le (*mot*
26 *incompréhensible sur l'enregistrement*) pour l'hygiène de vie mais en santé mentale on va plutôt
se centrer sur l'hygiène de vie ou voir les loisirs et j'ai envie de dire là la dimension professionnelle
28 souvent quand les patients sortent après à l'extérieur, ils sont arrêtés encore 15 jours-3 semaines
et ils reprennent leur travail après.

30 I – D'accord.

E – Et c'est vrai qu'on sait pas, on s'occupe pas de la dimension professionnelle donc pour nous
32 ça change pas grand-chose si ce n'est qu'en psychothérapie, les psychologues vont les écouter
en termes de difficultés par rapport à leur métier, euh mais moi par exemple mes prises en charge
34 sont essentiellement centrées sur la relaxation donc euh qu'ils soient en burnout ou pas en
burnout, je vais leur transmettre euh comment prendre soin d'eux en relaxation.

36 I – D'accord, ok. Alors, euh, **avez-vous remarqué une majoration de ce phénomène durant ces
cinq dernières années ?**

38 E – Euh les cinq dernières années je sais pas mais la dernière année ça c'est sûr, en lien avec le
covid enfin la covid euh effectivement ça c'est, ça c'est, ça a augmenté très nettement. Maintenant
40 dans les cinq dernières années oui c'est vrai qu'on a quand même plus de patients euh qui sont
soumis à des pressions, à qui on demande de plus en plus d'efficacité et qui se plaignent de plus
42 en plus de leur travail.

I – D'accord, ok. Alors, **en vous basant sur votre expérience, pouvez-vous me décrire votre
44 rôle dans le parcours de soin d'une personne souffrant de burnout ?**

E – Alors, en tant qu'ergothérapeute euh, comme nous travaillons en santé mentale, nous avons
46 développé d'autres compétences. Ma collègue a développé des compétences de
musicothérapeute et d'arthérapeute, moi plutôt des compétences de relaxation et d'hypnose. Euh
48 donc ça va être souvent plutôt sur ces compétences là qu'on va euh être impliquées. Ma collègue
en arthérapie de manière à ce que les patients puissent exprimer leur souffrance d'une autre
50 manière. Euh et moi en relaxation ou en hypnose de façon à aider les patients à prendre un peu

52 plus soin d'eux. Ah il faut savoir qu'effectivement ces domaines-là ce ne sont pas des domaines
de compétences rigoureusement réservés aux ergothérapeutes et notamment toi tu es, tu es kiné
54 et là tu m'interroges mais le domaine de compétences dans lequel je suis, à savoir la relaxation
peut très bien être pratiquée par des kinés, par des psychomotriciens ou par des relaxologues.
56 Donc ce sont, nous il s'est trouvé qu'il y avait pas de kinés ou de psychomotriciens ou de
relaxologues dans les parages donc on s'est formé à ces autres pratiques. C'est une pratique
corporelle qui est à mon sens fondamentale pour ces patients-là.

58 I – Ok. **Pensez-vous avoir changé votre prise en charge du burnout au fur et à mesure de vos années de pratique et des expériences vécues ?**

60 E – Oui parce qu'effectivement euh au départ euh je, je pratiquais une forme de relaxation euh
plus, plutôt impulsive plutôt passive et au fur et à mesure de l'avancée dans les années je me
62 suis rendu compte que je risquais de rendre les gens dépendants, euh de, de ce type de travail là
et qu'en fait j'ai développé, alors moi du coup comme je suis ergothérapeute j'ai développé le
64 domaine des auto-massages parce que je ne peux pas masser les gens. Hors les gens auraient
vraiment besoin d'être massés et d'être enveloppés seulement les patients qui sont dépressifs et
66 notamment en burnout et qui déjà ont une difficulté avec l'extérieur, si c'est l'extérieur qui leur
amène euh quelque chose pour améliorer c'est très bien mais il faut que ça passe aussi par une
68 attitude pro-active de leur part et par une prise en main d'eux-mêmes de manière à pouvoir euh,
s'affirmer euh, prendre soin d'eux et, et s'occuper d'eux-mêmes hein. Parce que déjà, déjà qu'ils
70 trouvent que c'est l'extérieur qui est pas bon euh. Et souvent l'extérieur n'est pas bon mais parce
qu'ils ont accepté beaucoup trop de choses et parce qu'ils ont pas pris assez soin d'eux.

72 I – Ok. Alors, nous allons maintenant aborder le deuxième thème qui porte sur votre vision du
burnout. Concernant la définition : dans la littérature scientifique, plusieurs modèles descriptifs
74 existent mais le plus utilisé est le suivant : c'est « un syndrome d'épuisement émotionnel, de
dépersonnalisation et de réduction de l'accomplissement personnel qui apparaît chez les individus
76 impliqués professionnellement auprès d'autrui ». **D'après votre expérience professionnelle du
burnout, que pensez-vous de cette définition ?**

78 E – Impliqués auprès d'autrui, c'est-à-dire ?

I – Euh c'est la, c'est la ...

80 E – C'est la définition mais qui (...) au niveau du burnout, d'accord (...) parce que là tel que c'est
défini on aurait presque l'impression que c'est les thérapeutes ou les gens qui sont auprès d'autres
82 personnes qui souffrent de burnout. C'est dans ce sens-là ?

I – Bah c'est, c'est une des définitions en tout cas qui est euh.

84 E – Une des définitions, oui c'est curieux parce que je pense que, moi les patients que j'ai qui ont
des burnout sont souvent plutôt dans des, dans des (...) dans des entreprises euh privées,
86 commerciales et où ils ont une, une possibilité d'être très pressurés, d'être très, voilà. Donc je suis
un petit peu étonnée de la fin de, de la définition. Alors la dépersonnalisation ça me parle pas
88 trop euh mais parce que nous, pour nous la dépersonnalisation en santé mentale ça veut dire que
les gens en, euh, sortent un peu de leur sentiment d'identité personnelle et passent dans quelque
90 chose de délirant. Quand j'ai, quand j'ai affaire à des gens qui sont en burnout ils vont être
dépressifs mais pas dépersonnalisés au sens délirant. Par contre, effectivement, ils vont perdre le
92 sentiment d'existence euh à travers leur travail, leur sentiment d'utilité donc dans ce sens-là ça
peut être effectivement pertinent. Et la première partie d'épuisement émotionnel alors là c'est
94 clairement oui. Parce qu'effectivement euh, ce sont des personnes qui sont investies à fond dans
quelque chose, qui ont souvent un grand besoin de contrôle et un perfectionnisme maximum. Et
96 donc on leur en demande, ils ont un grand idéal, ils en font plus et encore plus et on leur en
redemande et comme ils sont jamais satisfaits d'eux-mêmes, ça raisonne avec l'absence de
98 satisfaction des patrons et du coup ils vont au-delà et encore au-delà et au-delà et ce sont des
gens qui ne savent pas dire non et qui ne savent pas se protéger donc si on ne travaille pas sur
100 cette aide à la protection d'eux-mêmes bah ils vont continuer à se faire euh grignoter, dévorer euh
toute leur vie.

102 I – D'accord. **Pensez-vous que certains éléments manquent à cette définition ?** En plus que,
donc ce que vous venez de me détailler.

104 E – Tu peux me la redonner.

I – Alors, c'est « un syndrome d'épuisement émotionnel, de dépersonnalisation et de réduction de l'accomplissement personnel apparaissant chez les individus impliqués professionnellement auprès d'autrui ».

108 E – Euh moi la, la fin de la phrase effectivement me gêne parce que j'ai pas le sentiment que ça soit limité aux gens qui s'occupent d'autrui. Bon certainement quand même parce que quand on se charge d'autrui euh, moi j'ai, l'année dernière, j'ai été amenée à proposer de la relaxation à des thérapeutes euh qui avaient travaillé euh en réanimation avec des gens qui avaient le covid. Euh, ils étaient dans un épuisement pire que mes patients dépressifs en santé mentale. Enfin moi ça m'avait vraiment marqué parce qu'ils avaient une enclume sur la poitrine, ils arrivaient plus à respirer, ils arrivaient plus à dormir, ils avaient des cauchemars et des insomnies et effectivement je me disais ces gens-là je vois pas comment ils vont pouvoir continuer à travailler. Donc effectivement, dans ce domaine-là, bon ça c'est un cas particulier mais dans le domaine du soin à l'autre, on peut rapidement, quand on a envie de donner et de, d'aider l'autre on peut rapidement effectivement s'épuiser. Après il y avait une partie de la définition que j'avais pas, c'est, laquelle (hésitation), il y a une petite partie avant sur le manque d'accomplissement personnel. Ça c'est très intéressant parce qu'effectivement souvent les gens qui, qui sont en burnout c'est qu'ils veulent accomplir une espèce d'idéal ou d'objectif soit qu'ils se donnent eux-mêmes ou qui ai donné par l'extérieur et s'ils n'arrivent pas à l'accomplir, il y a effectivement un manque de sentiment d'accomplissement donc cette partie-là me paraît intéressante. Non, je trouve qu'elle est assez complète si ce n'est bon la petite nuance que je mettrais à la fin et puis sur la dépersonnalisation mais au sens, dans, j'imagine bien dans quel sens ils ont dit ça et ça me paraît, ouais ça me paraît bien, assez bien.

I – Alors, la complexité du burnout peut rendre la prise en charge des personnes qui en souffrent singulière. **En lien avec cette spécificité, éprouvez-vous des difficultés ou rencontrez-vous des freins vous pour prendre en charge certains patients ?**

130 E – Alors par rapport au burnout spécifiquement, on a eu dernièrement une, une patiente comme ça. Euh, mais c'était euh sur la base c'était mêlé avec un harcèlement. Donc comme c'était emmêlé avec un harcèlement, là il y avait pas d'autres solutions que elle quitte ce métier-là donc on l'a accompagné dans le fait de pouvoir quitter ce métier. Et là le frein qu'on a pu rencontrer bah c'est le frein euh financier parce qu'effectivement elle allait se retrouver sans métier. Donc c'est un peu compliqué de faire une thérapie quand on sait que quelque chose est mauvais et qu'il faut l'arrêter. Alors parfois il y a des gens qui sont en burnout et à qui on va expliquer que c'est leur, c'est eux qui s'y sont mis entre guillemets à force de travailler comme des, comme des ânes si je puis m'exprimer ainsi et que ils ne savent pas s'arrêter et mettre leurs limites. Sur ce type de patients-là qui sont trop dans le perfectionnisme, dans le contrôle, on peut les aider à prendre, à être hospitalisés quelques semaines, à prendre du temps pour eux, à réfléchir un peu d'une autre manière, voilà. Si, si, si l'institution n'est pas trop négative ou qu'il y a pas de harcèlement, je pense qu'on peut faire un travail sur la personne. Mais si c'est vraiment l'institution qui est toxique, là on va rencontrer un frein parce qu'on arrive dans la réalité et ça nous en psychothérapie, en santé mentale, on peut pas changer. Donc euh, ça ça peut être un frein. Sinon ces patients là on va les, souvent les traiter de la, de la même façon euh. Les psychiatres vont donner des antidépresseurs, les psychologues ou les psychothérapeutes vont les écouter, on va les aider à s'exprimer de façon verbale ou médiatiser en peinture ou en dessin, faire de la relaxation ou de l'hypnose. Voilà, ça va rester une prise en charge euh identique à des patients qui sont déprimés quelle que soit la raison.

I – D'accord, ouais.

150 E – Et c'est surtout quand ils ressortent que là (bruit), s'ils sont reconfrontés à leur institution ou à un harceleur ou je ne sais pas ou un patron etcetera, c'est à ce niveau-là que ça peut être plus problématique.

I – Ok. Alors, le thème suivant s'intéresse maintenant à la prise en charge du burnout. **Quels sont les éléments spécifiques auxquels vous êtes attentive pour proposer une prise en charge adaptée à chaque patient ?**

156 E – Alors nous la première chose qu'on va essayer d'estimer c'est si le patient euh, en tant
qu'ergothérapeute en santé mentale si le patient recherche une occupation, un dérivatif euh,
158 comme un espèce de loisir ou s'il va rechercher plutôt une thérapie, un travail sur lui-même et un
approfondissement. Euh, pour essayer déjà un petit peu de se situer. Nous idéalement on souhaite
160 que le patient ait envie de faire une thérapie, un travail sur lui-même, un approfondissement. Mais
si on est face à des gens qui viennent là pour se reposer, ne pas penser et oublier, on va pas
162 pouvoir les forcer à aller plus loin. Simplement on va quand même suggérer que le travail sur soi-
même et en profondeur va être plus efficace que simplement se mettre au repos pendant quelques
164 semaines et repartir comme si de rien n'était. Mais bon il est bien évident que les quinze premiers
jours très souvent les patients viennent dans une dimension de je veux poser, je veux rien faire
166 donc en tant qu'ergothérapeute quand on essaye de proposer des choses actives puisqu'à la base
c'est notre métier, que ça soit de l'artisanat ou de la création, c'est un peu compliqué. Et c'est en
168 partie pour des personnes comme ça qu'ils ne veulent rien faire qu'on a été obligée de mettre en
place pour ma collègue de l'écoute musicale parce que comme ça il y a une nourriture extérieure
170 qui vient euh, sonore ou de la relaxation parce que comme ça il y a l'illusion qu'on va prendre soin
d'eux. Alors moi je reste dans une dimension active, c'est-à-dire les auto-massages, les
172 mouvement lents et doux de manière à ce qu'il y est pas cette illusion que ça soit moi qui fait tout
et que eux ne fassent rien, mais voilà, disons que les, on essaye d'éviter qu'ils soient là juste pour
174 s'occuper et qu'ils essayent de prendre soin d'eux mais c'est vrai qu'inévitablement les quinze
premiers jours on sent bien que ils ont envie de dormir euh, d'oublier, d'être euh séparés un peu
176 de leur réalité compliquée.

I – D'accord.

178 E – Donc on est parfois obligé d'attendre un petit peu plus pour ces patients là en burnout euh,
d'attendre un petit peu plus que pour d'autres patients qui viennent en hospitalisation le temps
180 qu'ils se posent, voilà parce qu'effectivement sinon si tout de suite on engage quelque chose
d'actif, euh c'est compliqué pour eux.

182 I – Ouais. Ok. **Alors, en prenant pour exemple un cas de burnout auquel vous avez été
confronté durant votre carrière, pouvez-vous m'en dire davantage sur la manière dont vous
184 prenez en charge ces personnes ? Enfin, me décrire un peu plus précisément donc euh
votre intervention ?**

186 E – Alors la dernière patiente que, que nous avons eu donc euh, bah c'est très très récent
puisque'elle est sortie il y a quelques jours. Donc bah elle justement elle entrain dans ce cas-là,
188 quand on l'a accueilli la première fois donc à 3 ou 4 jours après son arrivée elle nous a expliqué
qu'elle était en burnout, qu'elle en pouvait plus, qu'elle en faisait trop, qu'elle arrivait plus arrêter,
190 qu'elle s'était même fâchée avec son patron parce qu'elle avait le sentiment qu'il lui en demandait
trop euh et donc elle nous a demandé effectivement de faire une semaine voir plus de pause. Elle
192 a commencé ensuite progressivement, on reprenait contact avec elle de temps en temps pour lui
proposer des activités. Elle a commencé à sortir de sa chambre dans des activités strictement
194 ludiques euh avec les infirmiers où elle allait jouer, être un peu avec les autres, à côté des autres
mais sans rien faire mais ne pas rester seule, dans un premier temps elle a eu une bonne semaine
196 où elle a voulu un peu s'isoler, rester seule et tranquille et juste parler. Parler et pleurer. Et puis
progressivement elle s'est réinvestie dans effectivement des jeux ou des choses très légères, très
198 ludiques qui étaient sans prescription médicale, sans quoi que ce soit d'imposé. Elle allait jouer
avec certaines personnes, avec les infirmiers donc on était plus sur quelque chose du domaine du
200 loisir, de la légèreté, chose qu'elle ne s'autorisait plus du tout. Et c'est seulement au bout d'un peu
près une quinzaine de jours, on est revenu à une prescription médicale, qu'elle a accepté de choisir
202 deux activités. Après, rapidement elle a trouvé que deux c'était même encore trop donc elle est
revenue juste à la, à la relaxation. Euh c'était des choses qu'elle connaissait mais qu'elle ne
204 pratiquait plus parce que elle ne le faisait plus. Donc la prise en charge a été simplifiée parce que
comme elle connaissait la méditation elle a pu assez rapidement reprendre sa pratique à elle,
206 écouter sa respiration avant de dormir et se calmer et s'apaiser donc ça a été un peu plus rapide
que pour d'autres personnes parce qu'elle n'avait pas un apprentissage complet. C'est vrai que
208 moi j'ai choisi une méthode, enfin qui est dérivée de plein de sortes de méthodes, de façon à ce
que ça soit extrêmement simple, donc soit se masser partout, bon selon un certain rituel, ou soit
210 bouger lentement un peu toutes les articulations avant d'écouter la respiration et de se relaxer.
Alors là après il y a des tas de méthodes de relaxation. Mais l'idée c'est de dire aux gens voilà de
212 se prendre en main, de prendre soin d'eux, de s'écouter pour ensuite après se relaxer donc moi je

214 suis vraiment dans un apprentissage. Les thérapeutes à l'extérieur, les sophrologues ou les gens
216 qui font de la relaxation vont faire des séances pour les patients mais pas forcément pour les
218 rendre autonome c'est-à-dire que souvent, par exemple, il y a des sophrologues c'est leur clientèle
220 donc ils ont intérêt à les garder, enfin je suis peut-être pas très gentille pour mes collègues
222 sophrologues (rises) mais bon, c'est une clientèle qu'ils gardent. Moi en tant qu'ergothérapeute je
224 sais que je vais voir les gens 3 - 4 semaines maximum donc j'ai d'emblée un livret et j'ai d'emblée
226 l'intention d'avoir des techniques très simples pour qu'après ils puissent se débrouiller par eux-
228 mêmes. C'est vraiment une spécificité par rapport à d'autres collègues. D'entrée de jeu ils, bon il
230 y a des balles de massage euh sensorielles à picot, alors ça c'est des choses on, on discute
232 souvent avec les collègues kiné parce que les pratiques que moi j'ai pourraient tout à fait être faites
234 par les kinés. Donc on discute souvent à ce niveau là parce qu'il y a des exercices qui peuvent
236 être similaires, qui peuvent être semblables, les kinés souvent font des prises en charge
238 individuelles, moi je reste plutôt sur du groupal ce qui est très très différent. Moi j'ai été obligé
240 d'avoir une structure, alors j'ai pris les auto-massages d'origine chinoise parce que bah voilà ça
fait un peu, ça va bien hein dans l'air du temps euh, le chinois bon sauf depuis l'année dernière.
Mais disons que le côté un peu euh culture différente comme ça ça plait bien aux gens et donc il
y a une espèce de rituel comme ça qui fait un peu ancestral bon on se masse d'une certaine façon.
Après moi je dis souvent aux gens massez-vous déjà par vous-même mais c'est vrai que les auto-
massages pourraient très bien être enseignés par les kinés. Moi j'ai parfois certains exercices
d'ouverture, de posture ou d'étirement voilà, qui pourraient tout à fait être proposés euh par des
kinés en groupe de façon à aider, ou des psychomotriciens. Alors les psychomotriciens vont être
plus sur une rééducation euh d'un trouble psychomoteur alors que là nous on est dans de la
détente, je veux dire donc là relaxologue, kiné ou ergo c'est complètement transversal. J'ai même
des collègues psychologues qui font ça. Donc effectivement, on est sur des ateliers, c'est pas
vraiment de la thérapie psycho-corporelle, c'est plutôt de la transmission d'un outil qu'ils peuvent
réutiliser hein. Alors que les psychomotriciens vont être sur de la thérapie psycho-corporelle, ils
vont essayer de chercher le sens du symptôme, de modifier, de corriger. Là moi j'amène juste un
enseignement pour que la personne se l'approprie.

242 I – Ok. C'est super intéressant. Alors, les thérapies médicamenteuses sont, dans la majeure partie
244 des cas, la première alternative choisie dans le traitement du burnout une fois le diagnostic posé.
Pourtant, en 2017, la Haute Autorité de Santé a élaboré des recommandations de bonne pratique
qui soulignent l'intérêt « d'une prise en charge non médicamenteuse » du burnout. **Que pensez-
vous de ces deux approches médicamenteuses et non médicamenteuses ?**

246 E – Alors effectivement c'est un petit peu comme dans le deuil. Dans le deuil souvent les gens
248 perdent quelqu'un, ils ont un deuil et nous on dit en, en, en hospitalisation que quand quelqu'un a
250 un deuil on va pas, surtout pas lui mettre un médicament rapidement parce que sinon il aura pas
252 le temps de faire son deuil. Donc ça c'est vraiment quelque chose qui est fondamental pour le
254 deuil. Pour le burnout, je pense qu'il faut une bonne évaluation parce que quelqu'un qui est en
256 burnout et en effondrement, il faut qu'il soit hospitalisé. Alors là je fais une nuance entre
258 l'hospitalisation et le médicament. Nous par exemple on peut attendre 3, 4, 5 jours et voir avec la
260 personne si elle sent qu'elle a besoin de médicaments ou pas ou si le fait de se poser à l'hôpital,
262 d'être dans un autre milieu, d'être cocoonée, entourée par des gens peut suffire. Si ça suffit pas,
264 alors à ce moment-là ils vont aller aux anxiolytiques, aux somnifères, aux hypnotiques ou
266 antidépresseurs mais il y a déjà une première étape où on essaye de faire autrement. Et de toute
268 manière les doses ne sont jamais massives et puis il y a. Bon après le problème c'est qu'il faut
270 entre 3 et 6 semaines pour être sûr que ça fonctionne bien. Mais il y a un relais après à l'extérieur
de manière à ce que les doses ne restent pas longtemps. Et on va toujours être plus sur la
dimension de la psychothérapie mais à condition que la personne en ait les capacités. Parce qu'il
y a un problème aussi à ce niveau-là si, si les compétences, alors je dis pas les compétences
intellectuelles, c'est pas une question d'intellect, c'est une question de, de capacité d'introspection
du coup si quelqu'un n'a aucune capacité d'introspection là le médicament sera absolument
nécessaire. Nous nos psychiatres essayent toujours de jouer sur cette balance-là. Est-ce que la
personne attend un médicament miracle de l'extérieur, auquel cas on va peut-être pas y répondre
tout de suite parce que sinon elle va pas travailler sur elle-même. Mais si elle a des compétences
de psychothérapie, mais si on voit qu'elle a pas de compétences de psychothérapie et que rien ne
peut être introspecté, exprimer etcetera, bah le médicament sera utile hein. Parce
qu'effectivement sinon la personne elle arrivera pas à prendre suffisamment de distance ou avoir
suffisamment conscience d'elle-même hein.

I – D'accord.

272 E – On a aussi quelque chose qui peut être un peu subtile mais au niveau du burnout parce que
souvent on parle du burnout, de l'effondrement et de la dépression mais parfois derrière certains
274 burnout, il y a aussi des sentiments qui peuvent être quasi persécutifs au niveau de, de, des
patrons, des entreprises, des choses comme ça. Et là on peut se retrouver avec des
276 décompensations de personnes psychotiques dont on ne savait pas que c'était ça et on se retrouve
avec des gens qui tout d'un coup deviennent méfiants, un peu paranos, se sentent persécuter par
278 les collègues ou par le patron etcetera et là du coup on est plus dans le burnout simple, là on arrive
dans des choses un peu plus compliquées hein, qui peuvent frôler le délire paranoïaque ou des
280 choses comme ça, ou des sentiments de persécution. Donc là, là du coup si le burnout cache
quelque chose de ce domaine d'un sentiment de persécutif là toute manière il n'y aura pas autre
282 chose que le traitement médicamenteux.

I – D'accord. Ok. Alors, le thème suivant concerne les techniques qui peuvent être utilisées face
284 au burnout. Certains traits de personnalité favoriseraient le développement d'un burnout, c'est le
cas par exemple de l'instabilité émotionnelle ou du caractère consciencieux pouvant amener à un
286 état de stress permanent. **Quelle importance accordez-vous aux techniques de détente et de
gestion du stress ?**

288 E – Bah, assez maximale (rires). Non effectivement quand tu parles des gens consciencieux euh,
perfectionnistes, c'est ce que je t'avais dit aussi au départ, on a des patients et la dernière personne
290 qu'on a eu n'était pas loin des TOC, troubles obsessionnels compulsifs, c'est-à-dire d'une
vérification permanente, une tentative de contrôle permanent euh, qui faisait que ça ralentissait
292 encore plus son travail et qu'elle se sentait en plus inefficace. Donc effectivement pour ces
personnes-là, le travail euh corporel de gestion, le travail de détente corporelle est important. Par
294 contre, pour les personnes qui ont un problème émotionnel, là on entre dans un domaine, alors
pas de gestion, enfin nous on aime pas trop le mot de gestion du stress mais bon c'est ça qui est
296 le plus parlant et le plus utilisé souvent et là effectivement on entre dans des groupes de gestion
d'émotion. Récemment, pour ce type de personnes là, on a effectivement travaillé psychologues,
298 infirmiers, ergo sur un groupe de gestion des émotions où on a construit plusieurs séances pour
petit à petit aller de l'identification des émotions, l'expression des émotions, le fait de pouvoir les
300 assumer, de savoir les canaliser, les transformer, les vivre, essayer de faire un petit peu un travail
comme ça sur huit séances avec différentes personnes euh pour échanger autour des émotions,
302 voir qu'elle peut être leur utilité, comment on fait quand on est débordé enfin trouver un petit peu
des méthodes de gestion et notamment des méthodes de gestion d'état de crise.

304 I – D'accord.

E – Donc effectivement les personnes qui souffrent de burnout, quand il y a un désordre
306 émotionnel, elles relèvent tout à fait de ce type de prise en charge.

I – **Est-ce que vous pouvez me détailler un peu plus les techniques que vous utilisez
308 particulièrement vous de relaxation** ou euh ?

E – Euh, encore plus que ce que je t'ai fait là ? (rires)

310 I – Oui, ça m'intéresse, sur le plan personnel aussi.

E – Alors les auto-massages ils sont d'origine asiatique donc ils sont d'origine, c'est du shiatsu ou
312 du Do-in. Attends je te demande juste (...) non non c'est bon. Donc c'est d'origine type shiatsu ou
Do-in. D'ailleurs c'est un, un kiné qui m'a fait connaître le shiatsu parce qu'effectivement comme
314 les kinés font des points de massage sur le corps, les points de shiatsu c'est très très proche. Donc
euh, le shiatsu et le Do-in, alors après je suis allée pratiquer du Do-in où là on est plutôt en auto-
316 massage. Donc euh cette pratique là je l'ai faite sur moi pendant quelques années. J'ai été suivie
aussi en traitement chinois par mon kiné qui m'a aussi fait sentir un peu les différents points. J'ai
318 commencé à proposer aux patients des auto-massages parce que j'ai vu à quel point c'était
efficace. Progressivement je me suis rendu compte que les gens euh, il y avait des gens qui sont
320 très tactiles donc ils appréciaient ça et d'autres qui appréciaient moins donc j'ai ajouté ce qui est
du domaine du mouvement et là le mouvement on trouve ça dans les relaxations actives de style
322 Martenot ou Jacobson. On va être plutôt sur une contraction et une détente tu vois, pour faire la
conscience, que le cerveau face la différence entre je suis tendu et je suis descendu. Donc on va

324 travailler sur ça et puis sur des mouvements lents un peu comme les gymnastiques chinoises,
quand ils font du Tai Chi Chan la télé qui bouge, qui bouge très doucement. Alors moi je donne
326 pas la structure mais c'est simplement faire des mouvements lents et doux de manière à être en
conscience du corps. Donc euh, on va avoir un espèce de, de rituel où on va commencer par euh,
328 alors moi je fais échauffer par exemple les mains, masser les mains, appuyer profondément parce
que il y a une circulation du sang qui se fait. Et donc on écoute les mains, comme le cerveau a une
330 grande zone cérébrale consacrée aux mains bah tout d'un coup ils sentent les perceptions plus
faciles au niveau des doigts et puis dans la paume des mains donc si tu veux ils se disent peut
332 être que il y a une modification dans le corps et donc ils se disent « bon j'ai un effet sur moi-même »
donc si tu veux grosso modo ça leur permet de travailler sur eux-mêmes, de se prendre en main
334 et comme ma formation en hypnose me permet de faire ça, je sature pendant toute la séance, je
leur dis quand c'est ok pour vous, donc je sous-entend que c'est ok pour eux, est-ce que ça c'est
336 bon pour vous, et bah quand c'est bon pour vous on arrête. Donc si tu veux le choix des paroles
va dans la suggestion. Je répète sans arrêt comme ça dans la séance. Et puis aussi le « sentez-
338 vous libre de ». Donc ils peuvent se sentir libre de masser, d'approfondir. Je lui explique que le
massage en surface ça réchauffe la surface de la peau et les muscles. Si on va en profondeur ça
340 bouge, alors les chinois disent, alors je dis toujours les chinois disent c'est du « Tchi » les
occidentaux disent c'est des lactates qui stagnent dans les muscles, je fais des correspondances
342 comme ça de manière à ce qu'ils aient, ceux qui ont envie d'une explication. Alors quand j'ai des
patients un peu schizophrènes j'évite les explications isotériques chinoises hein, je vais plutôt sur
344 des explications (rires) plus pragmatiques et rationnelles et puis on descend petit à petit. Première
zone la tête, le deuxième zone bras-épaule-cage thoracique, troisième zone le bas du corps. Donc
346 on va systématiquement bouger, masser, etcetera. Et donc ensuite il y a la respiration, en même
temps d'ailleurs que ça parce que je fais descendre la respiration thoracique, diaphragmatique,
348 abdominale. Et ensuite euh, et ensuite on part en relaxation. Là je leur propose une relaxation de
la tête aux pieds pour garder le même schéma qu'on fait et qu'ils essayent de sentir alors la
350 particularité que moi j'ai c'est que je leur dis pas qu'ils doivent avoir des images mais ils peuvent
en avoir. J'utilise, je fais pas en sophrologie j'utilise pas une image pour faire quelque chose mais
352 c'est plutôt là vous êtes dans la zone du cœur, on chauffe l'avant de la zone, l'arrière sur le sol et
je leur dis « bah là on est à la surface, qu'est-ce que vous sentez en profondeur ? Ah là il y a votre
354 cœur, est-ce que vous sentez la chaleur profonde ? (je dis aurevoir à ma fille), est-ce que vous
sentez la chaleur profonde au niveau de, au niveau du cœur à l'intérieur ? ». Et puis là je leur dis
356 bah voilà les chinois parlent d'un « réchauffeur ». « Est ce que vous ça vous amène une image ? ».
Alors je dis bah il y en a qui imaginent une sphère dorée, d'autres pas du tout d'image, c'est juste
358 la sensation et je laisse plein de propositions parce que j'ai appris en hypnose, on peut leur dire
bah ça peut être une image, ça peut être une sensation, ou vous pouvez vous dire à vous-même
360 mon cœur est chaud ou ça peut être autre chose, de manière à laisser la place libre à toutes les
possibilités, ça c'est que j'ai appris vraiment en hypnose parce que quand on est en relaxation,
362 qu'on a des gens déprimés euh. Moi j'avais appris un truc en sophrologie donc c'était youpi on est
dans un pré, tout va bien, on va cueillir des superbes fleurs et c'est toutes nos qualités. Moi je
364 reviens hein, de, de mon week-end de sophro, je propose ça à mes patients déprimés, ils étaient
tous en pleurs parce qu'il y avait pas de fleurs, ils avaient pas de qualité et les fleurs elles étaient
366 moches. Si tu veux, euh voilà. Alors la fois d'après c'était le balais doré. Alors on imageait un joli
balais doré qui balayait le mal moi je trouvais ça, je kiffais très très bien, c'était génial. Je retiens
368 le balais doré, aucun patient capable d'imaginer le balais doré parce qu'ils sont en état dépressif,
ils se sentent pas bien. Donc si tu veux c'est pour ça que je suis revenue à, tu te masses le dos
370 de la main, tu sais que c'est le dos de la main, tu te masses la paume de main, c'est la paume de
main donc ça veut dire qu'ils sont tous en capacité de le faire. Donc une fois qu'on a fait les 20
372 minutes d'auto-massages, ils sont tous en capacité de faire ça. Bouger un doigt, une main ou un
pied ils sont tous en capacité de le faire donc ça veut dire que grosso modo ils savent déjà qu'ils
374 ont la capacité de le faire donc ils peuvent prendre soin d'eux. Et moi je suis là et votre inconscient
il va engranger quand vous faites, alors à chaque fois on fait une pause pour écouter, je dis « alors
376 votre cerveau il écoute et puis votre inconscient il va engranger que vous êtes capables de prendre
soin de vous et votre inconscient il va engranger que quand vous prenez soin de vous ça change ».
378 Et moi je parsème ça tout le long de la séance, alors ça c'est de la triche parce que c'est de l'auto-
suggestion, c'est de la suggestion post-hypnotique mais c'est ce que j'ai appris en hypnose donc
380 je sature à fond pour que petit à petit, il y a même une phrase que j'adore : « quand vous allez
faire votre propre séance », alors que t'en sais rien qu'ils vont faire leur propre séance donc de
382 cette façon-là tu les projettes dans l'imaginaire qu'ils vont pouvoir faire leur propre séance. Ça c'est
des grosses ruses, ça c'est ce que m'a apporté l'hypnose et donc je reste dans des choses très

384 simples en leur disant on va de la tête aux pieds puis vous écoutez. Et là je leur dis simplement
386 « alors si vous avez juste l'intention d'écouter, vous écoutez les différentes zones, vous faites de
388 la méditation pleine conscience, si vous avez l'intention de détendre en expirant et en relâchant
390 bah là vous avez l'intention de vous relaxer, là je dis il y a plein de casquettes, de CD, de trucs.
392 On est sur la plage, à la montagne, on oublie les soucis, on est bien, on se détend. Et je dis si vous
394 avez l'intention de modifier les choses autrement, c'est-à-dire amener de la chaleur dans une zone
396 ou de la fraîcheur, là on approche de l'autohypnose, c'est une vieille méthode qui s'appelle Schultz
398 où on se dit mon bras est lourd, mon bras est chaud. Et là on approche, c'est le béaba de
400 l'autohypnose, parce que l'hypnose ça fait encore d'autres choses. Et c'est ce dont les patients
402 peuvent avoir besoin pour travailler comme ça, tout seul. Donc une fois qu'on est parti du plus actif,
404 euh, bouger, se masser de la surface de la peau et qu'on entre petit à petit en profondeur. Alors
406 après moi je leur dis clairement si on va de la tête aux pieds c'est parce que j'utilise un langage, je
408 vais dire on descend, on plonge, on glisse, on va à l'intérieur, vous êtes dans votre paysage
410 corporel, vous êtes dans votre espace profond, plus les amène dans quelque chose d'intérieur et
412 profond. Et là on va de l'extérieur à l'intérieur et du mouvement à l'écoute, parce qu'à la fin ils sont
414 immobiles. Et la dernière chose que je fais, donc une fois qu'on a fait la descente de la tête aux
416 pieds je vais leur demander après d'écouter globalement, il faut reglobaliser le corps bah là je leur
418 dis de la tête aux pieds vous sentez l'expiration, c'est la lourdeur donc là je leur demande est-ce
420 qu'ils sentent plutôt que ça s'étale, plutôt que c'est lourd, plutôt que c'est enraciné ou (...) je sais
422 pas quoi d'autre et puis après je leur dis bon bah maintenant que votre esprit va chercher quelle
424 est la zone la plus chaude, alors ça peut être un des trois réchauffeurs chinois ou une zone donc
426 ils cherchent la zone la plus chaude, donc je leur dis là d'induire la chaleur et d'expérimenter s'ils
428 ont la sensation que ça augmente et puis après ils peuvent jouer, augmenter, diminuer, déplacer.
430 Bon j'ai très peu de patients qu'ils arrivent à faire ça, là il faut plusieurs séances. Là j'ai fait de
432 l'éducation thérapeutique en rhumato, et là j'ai des patients après, euh une fois par mois, ceux-là
434 oui au bout d'un moment ils y arrivent parce qu'ils font un travail sur eux-mêmes, ils cherchent à
436 diminuer leur douleur donc ils travaillent sur ça. Souvent les patients dépressifs la différence c'est
438 qu'ils attendent tout de nous, ils attendent qu'on les porte. Et donc à la fin la dernière chose que je
440 fais c'est j'inspire je leur dis « bon maintenant on écoute l'inspiration », donc concrètement d'abord,
442 l'air, l'air dans les narines, d'accord etcetera. Ils ont du mal à sentir leur diaphragme puis en ce
moment je peux plus faire d'exercices respiratoires, puisque il y a, les masques, là on peut plus
rien faire. Donc je fais au moins de la respiration abdomino-périnéale et puis à ce moment je leur
dis « dites-vous à vous même j'inspire quelque chose de bon pour moi », et ça c'est la dernière
expérience. Et quand tu leur dis ça, et bah soit ceux qui sont pragmatiques ils restent dans j'inspire
de l'oxygène alors après ils peuvent sentir que ça dilate, que ça ouvre etcetera. Les imaginaires
ils inspirent de la lumière, des bulles d'oxygène, la couleur fraîche enfin ce qu'ils veulent, un
souvenir agréable, un paysage, enfin ce qu'ils veulent mais là on approche de leur propre image
intérieure. Alors parce que j'ai découvert au fil des années que si j'amenais moi un paysage de
détente, bah c'était jamais le bon hein parce que c'est pas forcément le paysage de tout le monde.
Si j'amenais une image euh de descente, de machin, ou etcetera il y en a qui se mettent à flipper
donc j'ai fini par leur dire vous êtes dans voilà, j'inspire quelque chose de bon pour moi. Pi t'as les,
ceux qui ont de l'imagination qui vont avoir une image, ceux qui juste ont la sensation qui vont
sentir que ça dilate, ça allège, ça amène de l'énergie et ceux qui pensent et bah ils vont se répéter
j'aspire quelque chose de bon pour moi. Donc en plus ça permet que chacun trouve son, son
chemin. J'avais eu moi une fois des gens en formation euh, pour les gens euh, pour des
diététiciennes, les gens qui travaillent en chirurgie bariatrique. Elles m'avaient dit que justement,
alors elles avaient les compétences de me redire un peu les choses. Alors elles me disaient que
si était, ce qui leur avait paru le plus intéressant dans ce que je proposais c'était justement ça.
Alors il y en a une qui a eu une image, j'ai beaucoup aimé, elle disait c'est comme si on était dans
la forêt et tu nous disais, là-bas il y a ça, là il y a ça, ici il y a ça et vous allez voir ce qui vous
intéresse. Et du coup, tu vois, t'as la, t'as la possibilité d'aller écouter la chaleur, la lourdeur ou
autre chose et tu n'es pas obligé parce que souvent les gens en relaxation peuvent avoir un
sentiment d'échec : « j'arrive pas à me relaxer ». Euh bah oui parce qu'effectivement ils arrivent
pas à penser à autre chose qu'à leurs problèmes. Donc moi c'est pour ça que je suis repassée,
les gens qui ont des pensées négatives, comme ces gens en burnout qui sont en boucle sur leur
boulot, ça, ça m'a aidé aussi à faire mon boulot d'une autre manière parce que j'ai été obligée.
Quand tu te masses ou tu bouges lentement, tu peux pas faire autre chose que masser et sentir
donc j'ai déjà au moins 20 à 40 minutes où ils arrêtent de penser à leur métier donc c'est
l'expérience possible alors que si tu proposes une relaxation immédiatement allongée, ils pensent.

444 Alors là t'as 2 options, ils pensent ou ils dorment. L'un comme l'autre c'est pas tout à fait la conscience de soi.

446 I – Ok. J'ai bien fait de vous demander (rires). Alors il a été montré que le burnout peut être associé à une détérioration des fonctions cognitives telles que la concentration, l'exécution et la mémoire.
448 **Dans ce contexte et d'après votre expérience, que pensez-vous des techniques de thérapie cognitive ?**

450 E – Alors au niveau des, des thérapies de remédiation cognitive euh (...) au sens d'un réentrainement cognitif, nous on va les réserver à des patients psychotiques qui ont effectivement des troubles cognitifs avérés dans leur pathologie. Euh, les troubles cognitifs des personnes qui
452 sont en burnout ou dépressives euh, on va, on va pas s'en occuper dans le sens d'une, quasiment d'une rééducation parce que le problème n'est pas là. On va essayer plutôt de le recentrer sur eux,
454 de faire un travail de psychothérapie qui parle d'eux parce qu'effectivement c'est très souvent des choses qui sont plus inconscientes et plus profondes qui viennent les parasiter, quand c'est ça.
456 Alors si effectivement les gens démarrent des troubles cognitifs, alors là c'est un peu plus embêtant, là il faut faire des bilans, savoir effectivement s'il y a un trouble cognitif. Mais souvent le
458 trouble cognitif euh, vient euh du fait qu'ils sont en burnout euh dépressifs, en burnout, des troubles cognitifs et après tu sais plus très bien par quoi, qu'est ce qui commence. Parce que ça peut être
460 les troubles cognitifs qui conduisent au burnout et à l'état dépressif mais ça peut être aussi parce qu'ils ont une dépression sous-jacente cachée depuis un moment qu'ils s'épuisent dans le travail
462 et qu'ils ont des troubles cognitifs, donc après je pense qu'en thérapie il faut déjà travailler sur l'organisation comme ça. Mais sinon quand tu parles des techniques cognitives, c'est les TCC dont
464 tu parles, les TCC ?

I – Oui entre autres, oui.

466 E – Voilà donc ces méthodes-là, c'est, c'est pas de la remédiation cognitive au sens d'une rééducation. Ces méthodes-là ça va être effectivement euh travailler sur les fausses croyances.
468 Donc là avec ces personnes-là, les psychologues vont travailler sur les fausses croyances qu'ils ont intégré à savoir souvent dans leur famille, « tu dois faire ci, tu dois travailler », euh le travail
470 c'est la valeur etcetera. Donc les psychologues vont chercher quelles sont les valeurs de la personne. Si c'est la valeur travail en priorité bah on va essayer de voir quelles autres valeurs ils
472 ont de manière à ce que ça soit pas juste la valeur travail qui soit euh au centre. Ils vont les aider à trouver leurs ressources, à déterminer quelles sont leurs ressources et puis surtout des fausses
474 croyances c'est-à-dire faire un recadrage au niveau des croyances. Ça c'est plutôt les psychologues qui font ça. Et moi la relaxation, on peut considérer que c'est une technique
476 cognitivo-comportementale dans la mesure où on apprend aux personnes un nouveau comportement qui est pro-actif, qu'ils vont pouvoir utiliser par eux-mêmes pour se faire du bien.
478 De toute manière toutes ces techniques-là vont vers quelque chose de prenez-vous en main, faites quelque chose, réfléchissez sur vous, avec des techniques un petit peu de euh moi j'avais
480 commencé ma, ma carrière plutôt en mode psycho-analytique, psycho-dynamique où on écoutait les gens, on les laissés créer, on avait six mois hein, on avait pas la sécu derrière nous qui nous
482 disait il faut qu'ils sortent en trois-quatre semaines. Donc euh c'est pour ça que je me suis formée aux thérapies brèves qui sont plutôt cognitives parce qu'effectivement à un moment donné, les, la
484 psychanalyse ou le travail en uni directivité où on attend que ça vienne on prend tout notre temps bah la sécurité sociale n'est plus trop d'accord. Donc ces techniques-là sont efficaces, euh, ne
486 vont pas travailler la profondeur. Moi je considère que ces techniques, j'ai du mal à appeler ça de la psychothérapie parce qu'effectivement on est sur des changements de comportement mais je
488 dois bien avouer que depuis que euh je me suis formée et que je vois qu'est-ce qui travaille, à quel niveau, pour certains patients c'est efficace, c'est plus bref, ça correspond à l'attente de la société
490 et des patients. Après le problème c'est que, alors à long terme il y a eu des études qui ont été, qui ont montré que dans le long terme la psychothérapie profonde psychanalytique est plus
492 efficace parce qu'elle traite le fond du problème mais dans le court terme et le moyen terme toutes les psychothérapies se valent. Simplement il faut que la psychothérapie corresponde à ce que le
494 patient attend. Si t'as un patient qui arrive et qui te dit « je veux savoir d'où vient mes problèmes », c'est la psychothérapie psychanalytique dynamique où on cherche comment la
496 personne fonctionne psychologiquement, ces processus intrapsychiques. Alors que si la personne elle te dit « alors voilà moi ça va pas, je veux changer mon comportement ou changer de boulot » et
498 où on sent, elle se centre plutôt sur quelque chose euh d'extérieur ou de, ou de comportementale c'est-à-dire des choses qui sont visibles et pas du domaine de l'inconscient qui est plus invisible

500 bon bah là on va pas lui proposer de s'asseoir et de l'écouter hein, au bout de deux séances il sera parti parce qu'effectivement ça va pas correspondre à ses attentes.

502 I – Ok. Alors, les symptômes physiques non spécifiques constituent l'une des cinq catégories de
symptômes caractérisant le burnout selon la HAS. Les troubles musculo-squelettiques en sont un
504 exemple. **De quelle(s) manière(s) effectuez-vous ou envisagez-vous le traitement de ces troubles musculo-squelettiques ?**

506 E – Alors c'est aussi une des raisons qui fait que j'utilise des techniques corporelles parce que
comme par hasard euh, bon nous on a beaucoup de gens qui ont des fibromyalgies euh. En dehors
508 du burnout on a beaucoup de gens qui ont des fibromyalgies donc je me suis intéressée à ça. J'ai
découvert ce que c'était les trigger points, les points gâchette, et effectivement comme par hasard
510 parce que moi j'étais plutôt dans les thérapies chinoises. Comme par hasard certains points
d'acupuncture correspondent aux trigger point. Et on a pu constater qu'effectivement la plupart de
512 nos patients se tiennent mal, les patients, moi j'avais un collègue kiné qui m'avait fait découvrir
parce qu'il avait pris une personne en charge, un monsieur qui était très enroulé et très vouté et
514 donc il avait une, sous les clavicules là, tout était pincé donc il avait voilà des problèmes nerveux
etcetera. Il me montre une photo, le monsieur était tout enroulé, tout vouté, il faisait la gueule et pi
516 après une vingtaine de séances de kiné sachant que c'était un kiné extrêmement charismatique,
sympathique, qui faisait rire les gens, etcetera. Il me montre la photo, il me dit « regarde comme il
518 est redressé » et moi tout ce que j'ai vu c'est que le patient là il avait le sourire et je lui dis mais tu
sais tu as fait vingt séances, tu l'as cocooné, t'as pris soin de lui, il s'est senti écouté, reconnu, pris
520 en charge et il a fait quelque chose pour lui et regarde là il faisait la gueule, là il a le sourire. Lui il
avait pas regardé ça, il avait regardé les épaules. Mais je lui dis voilà le résultat et effectivement
522 on est sur des prises en charge effectivement musculo, là pour le coup c'était musculo-squelettique
et strictement mais on voyait très clairement que le patient il avait changé au niveau psychique.
524 Alors ce patient là il avait certainement pas besoin de psychothérapie approfondie mais là, moi j'ai
vraiment identifié qu'il avait le sourire quoi, enfin c'était assez rigolo de voir ça. Et les TMS ou les
526 points, points gâchette moi c'est aussi une des raisons qui ont fait que j'ai travaillé sur les auto-
massages.

528 I – Ok. **Quelle est la place, selon vous, de la promotion de l'activité physique dans la prise en charge du burnout ?**

530 E – Euh alors moi je pense qu'elle est très importante parce que euh, ces patients-là s'oublient
complètement. Donc euh, moi je commence par du doux et des auto-massages et des
532 mouvements lents parce qu'effectivement c'est une reprise en charge et en compte du corps et
qui est facile et qu'on fait chez soi, et qu'on fait, ils peuvent même faire ça dans leur lit s'il veut en
534 tout cas il y a quelque chose qui est un peu en mode cocooning. Mais assez rapidement, nous au
CPN on a aussi un groupe avec les infirmiers en mode gymnastique douce qui est un peu plus
536 actif que ce que je fais. Donc assez rapidement on propose aux patients d'aller là. Et puis ensuite
on a une progression où ils peuvent aller sur un CATPP sportif où là il y a des EAPA, des APA qui
538 vont faire de l'activité physique adaptée et qui vont effectivement relancer la machine de manière
un petit plus sportive mais effectivement moi mon intention c'est qu'ils se remettent petit à petit en
540 mouvement. Moi mon étape c'est auto-massage etcetera, quand ça commence à aller mieux on
est dans le groupe mouvements avec mes collègues et pi bah pour ceux qui aiment bien le sport
542 et qui ont envie de refaire du sport on passe au sport après. Mais c'est vrai que de toute manière
l'idée de se remettre en mouvement c'est important.

544 I – Selon les données issues de la littérature, la pluridisciplinarité semble être un élément essentiel
pour faire face au burnout. **Dans ce contexte, lorsque vous proposez une prise en charge à**
546 **un patient souffrant de burnout, êtes-vous amené à collaborer de manière privilégiée avec**
d'autres acteurs ?

548 E – Alors on, nous on collabore de façon privilégiée, toute manière on a une réunion de synthèse
hebdomadaire donc on collabore avec le médecin qui donne la prescription à qui on rend des
550 comptes toutes les semaines pour voir où on en est. On collabore aussi avec le psychologue parce
qu'effectivement on a parfois besoin de savoir ce qui s'est passé dans la vie de la personne, euh
552 et le psychologue a souvent besoin de savoir si la personne prend soin d'elle ou pas ou si elle
reste un peu en mode passif. Après on peut toujours interroger la personne mais c'est vrai qu'avoir
554 des échanges avec les thérapeutes c'est mieux. On peut collaborer aussi avec les infirmiers parce

qu'effectivement en santé mentale les infirmiers sont au cœur du dispositif, c'est eux qui voient le patient tous les jours et dans la vie quotidienne, et c'est eux qui peuvent nous dire bah si s'ils se bougent, si ils ont envie de faire des choses, s'ils sortent de leur chambre, s'ils s'impliquent un peu plus. Par contre au niveau de savoir si le patient commence à reprendre soin de lui, là moi je demande au patient. Euh régulièrement à la fin de la séance, je leur dis « bon bah tiens, est-ce que vous avez commencé à vous masser ? Tiens, est-ce que vous écoutez votre respiration avant de dormir ? Tiens, est-ce que vous avez pensé à vous acheter une balle comme ça ? » ou etcetera. Après nous on a pas, on a des kinés euh au CPN. Malheureusement il y a pas assez de professionnels kinés, il y en a deux donc en fait souvent leur prise en charge kiné sont plutôt rigoureusement réservées aux rééducations. Donc effectivement on est pas sur des, sur des prises en charge euh, elles ne sont pas par exemple étapes pour les prises en charge sportives adaptées alors que par exemple à Brabois il y a des kinés et des APA pour les prises en charge adaptées. Mais là elles sont pas assez nombreuses du coup ils ont embauché des infirmières et des APA. Bah nous dans les services, quand on a des demandes un peu particulières par rapport à certains patients bah c'est compliqué parce qu'elles ne sont que deux ce fait qu'elles sont restées sur euh, sur des pratiques euh, de rééducation. Et nous comme on a commencé à travailler, il faut savoir que quand on a commencé à travailler il y a un certain temps déjà à Jeanne d'arc, si on a développé ces techniques là c'est parce qu'il y avait pas de kinés qui bossaient avec nous en santé mentale. Donc c'est pour ça qu'on a développé le psychocorporel, parce qu'il y aurait eu des kinés, moi je, je, j'ai travaillé en, en, en cardio. Euh là j'y suis aussi actuellement c'est partagé il y a des kinés qui font de la relaxation. En ce moment il y avait moins de kinés qui faisaient de la relaxation bah je vais leur donner un coup de main. Mais voilà, je veux dire, c'est une pratique, moi il y aurait eu des kinés qui faisaient de la relaxation je faisais pas de relaxation. C'est parce qu'on avait pas de kinés et qu'on avait des psychologues du coup on s'est formé aux psychothérapies à médiation parce qu'on avait pas de psychologues. Maintenant qu'on a retrouvé des possibilités d'avoir un psychologue, notre travail est en train de changer. Par contre, il y avait un relaxologue mais il n'était pas employé dans notre euh, dans notre fonction des psychomotriciens, ils sont pas employés dans notre service du coup nous on continue notre partie de relaxation parce qu'on s'est formé à côté, de musicothérapie. Mais c'est vrai qu'il y aurait eu des thérapeutes comme ça, on aurait pas été cherché des choses comme ça. Et là moi je m'en rends bien compte parce que depuis un certain temps je rebosse avec un médecin de rééducation sur une autre pathologie, la névralgie, et donc euh, j'étais impliquée dans ce qui était dans le domaine de la relaxation puis après je me suis impliquée dans l'éducation à la santé et puis à un moment donné il a commencé à me dire bon il faudrait telle et telle posture, il faudrait tel et tel truc et là j'ai commencé à dire oui mais attends là c'est du domaine du kiné et là je pense qu'elle est en train de monter une journée d'hôpital de jour parce qu'effectivement moi je veux bien qu'on ait des compétences partagées mais il y avait des choses qui commençaient à glisser dans le domaine du kiné. Et effectivement tout ce qui était travail de posture, mais ce que je fais aussi l'auto-massage, relaxation peut tout à fait être dans le domaine de la kinésithérapie donc moi c'est vraiment parce que il y avait pas ce, cette catégorie de travailleurs là ni de psychologues qu'on a dérivé. Quand on est revenu au CPN, oh surprise, on s'est remise à nouveau à avoir des trucs et on nous redemande un peu plus d'être ergothérapeute sur l'autonomie du patient et on a beaucoup de mal parce qu'on a, bon après on est proche de la retraite toutes les deux donc on a pas non plus forcément très envie de changer mais tu vois, ces pratiques sur l'autonomie, le retour à domicile bah on les avaient complètement laissées tomber parce que ce n'était pas notre principale population alors que maintenant on se rend compte que les personnes psychotiques c'est ça dont elles ont besoin donc on travaille un peu différemment.

I – Ok. Parmi les acteurs que vous avez cités, vous avez mentionné le masseur-kinésithérapeute.
De manière générale, quelle place donnez-vous à la masso-kinésithérapie dans la prise en charge pluridisciplinaire du burnout ?

E – Alors, moi je pense que encore une fois s'il y a une problématique parce que les gens peuvent s'être abimés au travail. Vraiment il peut y avoir une problématique de rééducation mais pour les TMS, les douleurs et les tensions moi je pense que euh la gymnastique douce, de la gymnastique adaptée et des choses comme ça seraient très importantes. Parce que moi souvent ce que je dis aux gens c'est « je vous propose », moi j'ai l'impression de leur proposer dans un premier temps de se diluer et faire la flaque pour essayer de lâcher et de détendre mais je pense qu'après il y a cette notion, c'est pour ça que je garde les mouvements doux, il y a aussi cette notion de mouvements et de, de, de tonicité qu'il faut qu'ils aient et ça moi c'est pas, pas ma part de boulot. Et effectivement, le fait de retrouver quelque chose du domaine de la tonicité euh par des exercices

614 un petit plus de posture, de bonne tenue et de tonicité moi je pense que ça, ça serait fondamental
616 et ça malheureusement nous on a pas, tu vois dans la prise en charge. Maintenant on commence
618 à entendre parler de kinés qui font de l'ostéopathie et qui font de la posturologie. Bon alors après
620 on va pas flanquer de la posturologie à tout le monde mais depuis que j'ai découvert la posturologie
622 pour moi et pour certains patients, et que, je, je, je regarde les gens dans la rue et je me dis « bah
624 il y a du boulot ». Et quand je vois mes patients arriver dans la posture dans laquelle ils sont. Alors
626 il est bien évident que c'est pas parce qu'on va les redresser mais c'est l'exemple du kiné que je
628 te donnais tout à l'heure. Ça, ça m'avait quand même frappé parce que il était pas en
630 psychothérapie ce patient là mais c'était caricatural quoi. Il faisait la tête enroulée, il souriait ouvert
632 alors après tu peux te dire effectivement c'est psychosomatique ou somatopsychique parce que
634 lui il avait bossé dans le soma et le psychique allait mieux, nous on bosse dans le psychique et le
636 soma s'améliore mais je pense que si on avait la prise en charge des deux côtés ça serait mieux
638 parce que nous voilà, on va, on va les, moi je te dis je les aide à faire la flaque, à être conscient
640 d'eux-mêmes c'est une chose mais à un moment donné il faut aussi de la tenue. Et ça c'est une
642 notion de, de mobilité, de tenue etcetera elle est soutenue par mes collègues infirmiers ou par des
644 APA mais je pense que des kinés auraient tout à fait leur rôle à ce niveau là parce qu'il y aurait
646 justement cette dimension d'une vision de la posture que mes collègues ils ont pas hein, je veux
648 dire euh. La dernière fois moi j'ai un patient, alors c'était un patient schizophrène, il est remonté
650 du groupe mouvements où ils étaient censés faire de la gym douce. Il est revenu il était transpirant
652 de la tête aux pieds et je me suis dit « bon je connais mon collègue, il est très efficace et très
654 vigoureux », il y en avait un autre infirmier qui me disait « la gym de Jean pierre c'est pas la gym
656 des autres » mais je me disais « oui mais là du coup pour le patient là c'était pas adapté » du coup.
658 Donc effectivement je pense que des kinés ou, ou, ou même des APA auraient les capacités tu
660 vois d'adapter et on aurait besoin de ça pour certains patients parce que je pense. On le voyait
662 bien, quand j'ai bossé en addictologie il y avait des kinés qui proposaient des techniques
664 corporelles aussi donc plus de gymnastique que quelque chose de plus sportif, progressivement il
666 y a eu de moins en moins de kiné donc du coup qui a pris la place : les APA alors que c'était
668 quelque chose qui était un peu plus intéressant à mon sens quand c'était fait par les kinés parce
670 qu'il y a une vision de thérapeutes que les APA n'ont pas forcément même s'ils leur font des choses
adaptés, ils ont pas forcément cette vision-là. Le couple kinés-APA c'est génial, euh voilà. Le sport
APA-infirmiers sans les kinés moi j'ai un peu des doutes hein mais bon on a pas toujours les kinés
quoi. Ils embauchent pas toujours des kinés dans ce domaine-là.

646 I – Ouais. **Avez-vous eu l'occasion de rencontrer des situations de soin durant lesquelles le masseur-kinésithérapeute était impliqué dans la prise en charge du burnout ?**

648 E – Non, ça j'ai pas rencontré. Exclusivement parce que euh les deux kinés, je te dis, ne suffisent
650 pas pour tout le CPN. Enfin, suffisent pour les prises en charge de rééducation et donc elles ne
652 peuvent pas faire d'autres types de prise en charge. Elles restent sur l'individuel, sur des, des gens
654 en fauteuil, sur des voilà, sur la rééducation, les gens qui ont eu des trauma physiques. Elles sont
656 assez dans ce type de domaine-là. Bon en même temps je pense qu'elles n'ont jamais été
658 impliquées dans un autre domaine. Aussi parce qu'il faut savoir quelque chose c'est que les kinés
660 sont transversals, c'est-à-dire qu'elles sont dans un lieu de rééducation, elles ne sont pas dans les
662 unités et nous dans la mesure où on travaille dans une unité, on est dans la synthèse de l'unité et
664 on entend comment ça fonctionne et nous on s'adapte. Donc si tu veux tout ce qui est du domaine
666 du psychologique, on y est formé. Mais surtout on est dans le service, ils nous reforment, on
668 continue à être formées et dans la réunion de synthèse on entend parler du trouble psychique.
Alors que les kinés elles ont pas forcément été formées à ça. Moi j'ai eu un premier, après avec
fait trop de 4x4 en Islande, je me suis retrouvée à Pierquin et j'ai eu affaire à tes collègues kiné, à
la balnéothérapie et à mes collègues ergo. Et bah je me rendais compte, j'ai pu voir des kinés qui
avaient un patient schizo qui est venu et ils étaient très en difficulté parce qu'ils avaient pas de
formation sur, sur la dimension psy et donc moi de temps en temps je glissais à mon, à mon kiné
qui était en stage à l'époque, qui était étudiant et donc il ouvrait ses oreilles lui parce que les autres
kinés je me permettait pas de leur dire et je lui disais « bon bah voilà si vous disez ça ou ça ou
ça ». Effectivement le patient se braquait et il pouvait constater que ce que je lui disais c'était
pertinent mais bon, voilà, le manque de formation psy fait que effectivement de votre côté ça, ça,
elles sont pas à l'aise sur des prises en charge comme ça forcément. Mais on aurait des kinés
dans le service elles pourraient aller sur des prises en charge comme ça.

670 I – Ok. **A partir de votre expérience, comment vous représentez-vous le rôle du masseur-kinésithérapeute dans la prise en charge pluridisciplinaire du burnout ?**

672 E – Alors moi je le vois plutôt euh (...), dans le, dans la partie euh, posturale. C'est vraiment ce
que je te disais, la remise en action euh, adaptée euh, au niveau musculaire hein tu vois, quelque
674 chose par rapport aux TMS et dans une remise posturale pour qu'ils se sentent mieux. Surtout si
effectivement ce sont des gens qui euh, euh se sentent limités à ce niveau-là. Pour les gens qui
676 ont des TMS et pour qui le burnout arrive à cause de ça, je pense que là la prise en charge kiné
est fondamentale. Alors je pense pas qu'elle puisse se faire forcément à l'hôpital. Mais une fois
678 qu'on a identifié ça, je pense que c'est de notre rôle de dire à la personne, d'ailleurs ça m'arrive
moi de leur dire d'aller voir des kinés à l'extérieur, alors après ça peut être des microkinés, des
680 fasciathérapeutes si je sens qu'il y a un travail comme ça ou ça peut être aussi des posturologues
si je sens qu'effectivement il y a un problème ou des ergonomes si c'est un problème au niveau
682 du travail. Mais ça c'est plus spécifiquement sur les TMS parce que quand on a un burnout qui est
très très psy bon là, vous avez peut-être moins votre place. Ça dépend l'origine du burnout.

684 I – Ok. **D'après vous, quelles sont les compétences qui semblent nécessaires au masseur-kinésithérapeute pour mener à bien ce type de prise en charge ?**

686 E – Euh bah je pense que déjà c'est ces compétences, ces compétences de kinésithérapeute
(rires). A mon avis il faut développer aussi le toucher. Développer la compétence dans le toucher
688 euh et la perception des tensions à travers le toucher. Moi si j'avais été kiné je serais allée la
dedans, dans le toucher et c'est pour ça d'ailleurs que j'ai été développé, j'ai développé les auto-
690 massages parce que je voyais à quel point le moi-peau, ça c'est un psychanalyste qui a évoqué
ça, la dimension de Didier Anzieux, la dimension du moi-peau, quand on commence à toucher le,
692 le, le moi il est projeté partout au niveau de la surface de la peau et donc quand on commence à
toucher quelqu'un, il se passe des choses. Donc je pense que, pour travailler avec des gens qui
694 sont en burnout, le travail du, du toucher, de la sensorialité, du tactile et de savoir ce qui se passe
à travers ça est à mon avis fondamental. Alors si c'est un kiné qui est en libéral, moi je pense que
696 à ce moment-là, démarrer un peu par des méthodes douces type fasciathérapie, conscience du
corps, etcetera, ce serait important pour aller petit à petit justement euh dans le bah massez-vous
698 ou bougez ou faites des exercices de manière à petite à petit impliquer la personne de plus en plus
dans des exercices, dans des postures euh voilà pour effectivement se sentir mieux après dans
700 son corps.

I – Ok. **Pour conclure sur les approches non médicamenteuses, auriez-vous des conseils ou recommandations à donner à un masseur-kinésithérapeute prenant en charge une personne souffrant de burnout ?**

704 E – Euh, moi j'ai eu un, un kiné euh qui, qui a pris en charge mon épaule donc en extra avant qu'on
se rende compte qu'il fallait que j'aille en centre parce que ça suffisait pas. Euh, qui lui me parlait
706 d'être en supervision, parce qu'effectivement il s'était rendu compte avec certains patients qui
effectivement étaient en difficultés et où il détectait qu'il y avait des problèmes psy, il se rendait
708 compte qu'il avait besoin d'aller en parler à un psy pour savoir si ce qu'il faisait ça engageait des
choses, ça allait ou ça n'allait pas, voilà. Bon alors il pouvait faire des échanges aussi avec des
710 collègues mais il s'était rendu compte qu'avec certains types de patients qui avaient des profils
psy ou un peu dépressifs ou en burnout où les intrications psychosomatiques étaient importantes,
712 euh oui où le psy effectivement là on revenait à du psychosomatique bah là il se rendait compte
qui lui fallait une supervision. Alors je dis pas une thérapie, nous comme on bosse en psy on fait
714 une thérapie sur nous-même parce que ça nous permet d'être un peu plus au clair. Je dis pas
forcément une thérapie mais tu vois une supervision c'est-à-dire aller voir quelqu'un, voir ce que
716 ça engage et ce que ça nous fait à nous. J'avais lu aussi l'article d'un kiné qui était génial euh qui
proposait justement de réfléchir à ce genre de choses-là euh. Le titre c'était « pour que ça soit pas
718 le thérapeute qui en ait plein le dos ». Euh il avait fait un article sur justement les gens qui avaient
des problèmes de dos et de douleurs où il avait clairement identifié que c'était j'en ai plein le dos,
720 il y en a plein le dos et où il se rendait compte que bah travailler sur le dos ca suffisait pas, alors
après c'était délicat pour le kiné d'envoyer le patient faire de la psy hein. Donc souvent, souvent
722 vous pouvez être les premiers interlocuteurs parce que le, le dos ou d'autres douleurs à droite à
gauche ça peut venir d'autres choses et vous pouvez être amenés justement à être les premiers
724 interlocuteurs des patients parce qu'ils ont mal, on vous les envoie vous allez avoir des patients
qui vont un peu plus mal à un autre niveau. Donc vous pouvez aussi être des interlocuteurs pour
726 renvoyer quand vous sentez que ça coince parce que au bout de 30 séances de kiné quand tu
sens qu'il y a rien qui se passe et que c'est ailleurs, c'est un peu compliqué. Il y avait une de tes
728 collègues aussi qui bosse avec des gens qui ont des névralgies pudendales qui disait qu'elle elle

730 était en supervision et sa première séance c'était déjà de discuter avec la personne, d'écouter et
732 que si jamais il y avait des abus sexuels elle les renvoyait déjà en psychothérapie de manière à ce
734 qu'il y ait un travail en binôme comme ça, et aux deux niveaux. Donc effectivement si vous vous
736 les avez en première approche bah à un moment donné c'est soit aller en supervision déjà pour
738 dégager vous-même parce que ce kiné la disait un truc très intéressant hein, il disait nous on
740 s'énerve, on peut avoir des contre-transferts très négatifs. Le contre-transfert c'est ce qu'on ressent
742 vis-à-vis du patient parce qu'une fois qu'il a bien plombé, qu'il veut pas faire ses exercices, qu'il
744 veut pas avancé, quand t'es tout seul dans ton cabinet, nous on est en équipe donc toutes les
746 semaines on se voit tous ensemble. Quelqu'un nous énerve, on entend que ça se passe autrement
748 ailleurs on entend que tu vois, on entend qu'il y a peut-être un échec chez nous mais que ça
750 marche ailleurs donc du coup tu peux supporter l'échec à un endroit. Alors que vous si vous êtes
752 en kiné en libéral, je pense que ça peut être plus compliqué, c'est de supporter que quelque chose
754 ne marche pas, que ça ne soit pas de votre fait, ça ne soit pas de votre faute. Parce
756 qu'effectivement, et là la supervision ça peut aider, où à un moment donné bah de passer la main
758 et pi de parler, alors délicatement à la personne du fait que euh, surtout, alors en plus je pense
760 que si vous massez des gens ou si vous faites des choses un peu en proximité comme ça, vous
762 allez recueillir des confidences et si tu te retrouves avec des confidences, un ça peut te charger,
764 tu peux toi te récupérer ça et avoir besoin de t'en débarrasser quelque part et deux, ça peut aussi,
766 il vient te le déposer à toi et ça fait l'économie de le déposer à quelqu'un d'autre. Donc au bout
768 d'un moment s'il y a trop de problèmes euh psy euh qui surgissent, je pense que vous vous pouvez
770 aussi avoir un rôle « bon écoutez moi il me semble quand même qu'il y a beaucoup de choses
772 psychiques qui sont intriquées et que bah il y a peut-être moyen de faire autre chose. » Alors après
774 ce qui est délicat, moi je peux me permettre ça parce que je bosse en psy et puis je leur dis très
776 clairement moi j'ai fait une thérapie hein, je suis thérapeute, j'ai fait une thérapie, je suis allée voir
778 un psychanalyste pendant des années. Alors bon je dis pas une psychanalyste, je leur dis que je
780 suis allée voir un psy et puis je reste comme ça, parce qu'ils font pas bien la différence entre
782 psychologue, psychiatre ou psychanalyste mais je leur dis voilà « allez voir un psy » euh. Moi j'ai
784 des gens en chirurgie bariatrique, le problème principal de la psychologue c'est qu'elle veut qu'ils
786 aillent en psychothérapie donc moi je suis chargée de remettre ça sur le, sur le tapis, et bah parfois
788 ça prend du temps et c'est parce qu'ils en discutent entre eux qu'ils arrivent à se dire parce que
790 sinon ils pensent qu'ils sont fou donc je pense que vous de votre côté dire à quelqu'un « allez voir
792 un psy » euh, faut déjà avoir une bonne confiance et une bonne alliance avant de pouvoir le dire
794 mais ça c'est un rôle que vous pouvez avoir si vous sentez que vous êtes submergé, débordé ou
796 que ça ne marche pas parce qu'effectivement tu peux te retrouver avec des douleurs de dos qui
798 ne passent pas hein.

764 I – Oui bien sûr.

E – Et pi après il y a les centres antidouleurs, etcetera.

766 I – Ok. Bah nous avons maintenant abordé toutes les questions. **Avez-vous euh quelque chose à ajouter que nous n'aurions pas encore abordé ?**

768 E – Non, parce que, en tout cas moi de mon côté pour moi c'est ok.

(...) : **Echange supplémentaire avec l'expert.**

(...) : **Accueil de l'expert, présentation de l'étude et du déroulement de l'entretien.**

- 2 Intervieweur – Bon, alors nous allons débiter l'entretien. Le premier thème que nous allons
aborder concerne votre expérience personnelle sur le burnout. La détection et le diagnostic du
4 burnout sont deux étapes primordiales mais souvent retardées par la complexité et la
méconnaissance de ce syndrome. **Ainsi, en vous basant sur votre pratique professionnelle
6 quotidienne, quelle proportion représentent les adultes souffrants de burnout, qu'il soit
suspecté ou diagnostiqué, au sein de votre clientèle ?**
- 8 Expert – Oh comme dit, moi je vous ai dit, je vous ai répondu, j'en ai, j'en ai pas tant que ça euh
(...). J'ai dû en avoir euh deux ou trois euh en deux ans.
- 10 I – D'accord.
- E – Pour moi hein, ouais. Mais c'est parce que la clientèle que moi je reçois en, enfin la clientèle
12 euh, les patients plutôt que je reçois en CMP c'est déjà une catégorie à part euh, il y a déjà un petit
peu, c'est plus des gens déjà bon psychiatisés.
- 14 I – D'accord.
- E – Et de temps en temps j'ai des gens un peu de l'extérieur donc ça m'est arrivé qui, parce qu'en
16 général c'est des gens qui pourraient se payer de la sophrologie à l'extérieur.
- I – D'accord, ouais.
- 18 E – Et moi c'est vrai que je vise un peu des, des personnes qui pourraient pas euh, ceux qui sont
plus en difficulté, souvent qui travaillent pas déjà. Et euh, et puis qui me sont adressées vu que je
20 travaille que dans les CMP essentiellement quoi.
- I – D'accord.
- 22 E – Mais bon j'en ai, j'en ai eu, je pense surtout à une dame quoi euh, c'était très clair. Alors je
sais pas combien, ça fait pas beaucoup proportionnellement euh.
- 24 I – Non mais.
- E – Il y en a plus que par rapport à ce que moi je vois quoi.
- 26 I – Ouais. Euh bah, **avez-vous pu remarquer une majoration de ce phénomène durant ces
cinq dernières années ?**
- 28 E – Alors la sophro moi j'en fais depuis deux ans.
- I – D'accord.
- 30 E – Au CMP voilà, donc c'est pareil je peux pas dire que ça ait augmenté, je peux pas répondre.
- I – D'accord. **En vous basant sur votre expérience, pouvez-vous me décrire votre rôle dans
32 le parcours de soin d'une personne souffrant de burnout ?**
- E – Bah alors euh, du coup en général c'est la psychologue qui me l'envoie. Et euh on travaille
34 surtout la gestion un petit peu de, bah du coup de l'anxiété qui est liée et un petit peu euh pour
sortir un petit peu du mental. Parce que souvent du coup ils sont justement tellement à ressasser
36 un peu ce qui s'est passé, ce qui a été dit, qu'est-ce que j'aurais dû répondre enfin, ça tourne un
peu en boucle et puis la sophro ça permet de revenir un petit peu au corps, ça permet de revenir
38 à l'instant présent et c'est une jolie coupure.
- I – D'accord. Pensez-vous
- 40 E – Et ... pardon.
- I – Non, non allez-y.

42 E – Euh (...). Voilà donc du coup en fait mon rôle c'est de donner des outils qu'ils puissent utiliser
44 par la suite. Et c'est pas de tout le temps revenir chez le sophrologue. En fait euh, je propose les
différents exercices que, que je peux proposer, que je connais euh, et eux après par la suite euh,
46 parce que bon en général je les vois euh, c'est un protocole de 8 – 10 séances et l'objectif c'est
après d'être autonome. Après eux ils continuent à garder les exercices, à les reproduire à la
maison, euh, continuer euh, voilà. Mais seuls après, en autonomie.

48 I – Ok. Donc nous allons maintenant aborder le deuxième thème qui porte sur votre vision du
burnout. Concernant la définition du burnout : dans la littérature scientifique, plusieurs modèles
50 descriptifs existent mais le plus utilisé est le suivant : c'est « un syndrome d'épuisement
émotionnel, de dépersonnalisation et de réduction de l'accomplissement personnel qui apparaît
52 chez les individus impliqués professionnellement auprès d'autrui ». **D'après votre expérience
professionnelle du burnout, que pensez-vous de cette définition ?**

54 E – Ouais, c'est pas mal. (...) Euh après je pense surtout à une, c'est vrai que c'était quelqu'un qui
était justement, qui, qui était peut être très, trop impliquée. Euh (...). Oui, enfin je trouve que ça
56 colle pas trop mal. Je sais pas ce que je dois, je dois répondre quelque chose de plus ou euh,
êtes-vous pas d'accord ou ? (rires).

58 I – Non, non il y a pas de réponse type. C'est selon euh. **Est-ce que vous pensez qu'il y a
certains éléments qui pourraient manquer à la définition ? Enfin, est-ce que il y a des
60 éléments qui pourraient, selon vous, caractériser d'une autre manière le burnout ou non ?**

E – Bah après il y a pas que, enfin je veux dire le burnout c'est pas forcément que professionnel
62 quoi. Après il y a des mères au foyer qui sont en burnout aussi mais elles travaillent pas quoi.
Voilà. Enfin ça alors j'aurais, après est-ce que ça rentre dans la définition de burnout, mais disons
64 je pense que c'est la même euh, après les mêmes symptômes quoi.

I – Ouais.

66 E – Je sais pas quoi dire de plus, oui.

I – Non pas de soucis.

68 E – Ouais (rire gêné).

I – La complexité du burnout peut rendre la prise en charge des personnes qui en souffrent
70 singulière. **En lien avec cette spécificité, éprouvez-vous des difficultés ou rencontrez-vous
des freins pour prendre en charge certains patients ?**

72 E – Euh (...), bah là où c'est compliqué c'est que, enfin, ça dépend toujours du contexte. Les
personnes qui continuent à travailler, à toujours être dans la même situation (...) c'est que, enfin,
74 ça, ça reste hein. On peut aider, enfin moi personnellement avec mes petites techniques on peut
aider mais après à un moment donné faut changer de vie quoi. Enfin pour, pour moi hein, c'est
76 mon avis personnel, faut changer de boulot, faut des fois savoir se sauver quoi. Quand, quand
l'environnement euh professionnel est toxique à un moment donné ou après des fois ça va trop
78 loin, il y a plus de, il y a plus de retour possible quoi et je pense qu'il faut. Alors tant que la personne
elle, elle accepte peut être pas qu'il faut à un moment donné partir ou que des fois c'est pas
80 possible bah là forcément c'est compliqué.

I – Ouais. **Est-ce que vous avez déjà eu cette situation-là parmi les quelques patients que
82 vous avez pris en charge pour un burnout ou, ou non ?**

E – Bah oui parce que c'est pas toujours, bah par exemple euh un cas de quelqu'un qui euh, qui
84 subit euh du harcèlement du par, de la part de ses supérieurs par exemple. Après qui peut pas
changer de boulot parce que c'est compliqué, parce que bah il a les crédits, parce que. Donc c'est
86 arrêt maladie mais après on y retourne et pi euh (...). Bah la situation reste toujours la même,
l'environnement reste toujours le même donc on a beau, on a beau dire qu'il faut respirer, qu'il faut
88 penser à autre chose, qu'il faut se détendre, à un moment donné quand la situation elle change
pas bah, voilà.

90 I – Ouais bien sûr. Ok. Le thème suivant s'intéresse maintenant à la prise en charge du burnout.
92 **Quels sont les éléments spécifiques auxquels vous êtes attentive pour proposer une prise en charge adaptée à chaque patient ?**

E – (...) Par rapport à la sophro quoi, du coup ?

94 I – Oui bien sûr.

E – Ouais, ouais. Euh bah après c'est les mêmes que pour tout le monde quoi. On fait une
96 anamnèse de départ. Euh et on est, on, enfin j'ai pas d'exemple. Par exemple, on fait un petit
98 check de l'état de santé général euh, on voit le sommeil, l'alimentation euh. Ce qui est important
100 c'est tout ce qui est aversion, par exemple des gens qui pourraient avoir peur de telle ou telle chose
102 qui faut surtout pas mettre dans la visualisation vu qu'il faut qu'elle reste positive. Et puis les
104 ressources qui sont importantes parce que souvent en fait on va essayer de chercher les
ressources personnelles de la personne donc je vais demander dans quel, les endroits qu'elle
102 aime particulièrement, qu'est-ce que ça lui apporte, ses loisirs, qu'est-ce que ça lui apporte. Euh,
et en fait, on, on essaye de réutiliser les ressources de la personne. Euh, après on peut toujours
104 créer des ressources mais en général les gens ont toujours des ressources et on utilise les leur.
Après pour les visualisations par exemple, je sais pas si j'ai un exemple euh (...) quelqu'un qui va
106 me dire que euh (...) bon ça a pas un rapport avec le burnout mais qui euh arrive à être concentrée
que quand elle fait des mots croisés par exemple et bah je vais utiliser la mise, enfin je vais la
108 mettre en situation de, d'être en train de faire ses mots croisés puis de ressentir la concentration
et après de l'ancrer par exemple.

110 I – D'accord, ouais.

E – Alors du coup pour le burnout, un endroit où elle est particulièrement détendue, dans le bien-
112 être euh, voilà. Et après c'est selon les personnes, ça peut être tout est n'importe quoi. J'ai déjà
eu un jardin japonais euh, nuage, rose, euh, un fauteuil, une cité minière (rires), ça c'était un petit
114 peu plus spécial mais bon voilà les gens ils ont leurs euh, leurs trucs, donc on utilise vraiment ce
que eux ils aiment quoi. Surtout si c'est, surtout si c'est en individuel parce que ça marche mieux
116 quoi. Et si c'est en groupe, on utilise des ressources euh un peu plus générales quoi, ça peut être
le soleil, le vent, l'air. Voilà. Ça marche mieux si c'est personnalisé. Je sais pas si j'ai été clair hein.

118 I – Oui oui oui tout à fait.

E – Si j'ai bien répondu du coup.

120 I – Non il y a pas de.

E – Non mais parce que des fois après j'oublie le début de la question (rires).

122 I – Il y a pas de problème, n'hésitez pas à me demander de répéter s'il y a besoin ou quoi hein.

E – Oui donc après, voilà après ce qu'on demande en, en sophro aussi c'est donc le, le, le patient,
124 le client, j'ai pas vraiment des clients moi, j'ai des patients, c'est à lui d'élaborer le, de définir un
objectif de, d'accompagnement, un objectif smart, « je veux », et c'est lui qui définit et qui définit
126 euh, euh, à partir de ce moment-là, je lui demande, c'est là où c'est intéressant c'est que quand
elle aura atteint son objectif, comment qu'elle va se sentir, comment qu'elle pense qu'elle va se
128 sentir physiquement, émotionnellement et qu'est-ce qu'elle va pouvoir faire qu'elle peut pas faire
aujourd'hui parce qu'elle a pas atteint son objectif. Et donc après en fin de, de protocole, on reprend
130 euh le questionnaire de début. C'est vrai que j'ai pas dit, il y a un scoring aussi, et donc je repose
un peu les mêmes questions et euh, et euh, qu'est-ce que je suis en train de dire. Oui, et en fait je
132 demande si les objectifs ont été atteints. Je demande comment qu'elle sent physiquement sans
induire en fait, je redis pas ce qu'elle a dit mais je demande « tiens, maintenant aujourd'hui
134 comment vous vous sentez physiquement ? » et après je peux dire bah « vous vous rappelez il y
a deux mois quand on s'est vu la première fois vous vouliez justement vous sentir comme ça ».
136 Voilà. Mais souvent ce qui est intéressant c'est que euh, quand la personne elle euh, elle arrive à
exprimer son objectif et à dire comment qu'elle voudrait se sentir et qu'est-ce qu'elle aimerait
138 pouvoir faire, il y a déjà une prise de conscience qui fait que souvent avant la fin du protocole,
comme elle l'a dit à haute voix et qu'elle s'en est rendue compte bah souvent ça se règle, ça ça se
140 règle assez vite.

142 I – **Et euh, si jamais euh, la personne vient à vous formuler un objectif qui est totalement euh pas incohérent mais euh comment dire, décalé par rapport à la réalité que vous vous pouvez voir, vous agissez euh de quelle manière ?**

144 E – Oui bah après, en général euh, parce que je, comme j'explique bien la technique et les limites aussi de la méthode, euh. Après je guide un petit peu, j'aide hein pour formuler. C'est des fois difficile, les gens ils, donc euh forcément souvent ils me disent « bah je veux pas être comme ça, je veux pu être comme ça » donc par exemple je dis « mais qu'est-ce que vous voudriez à la place, comment vous voudriez être à la place ? » mais forcément quelques fois, oui de temps en temps j'ai des trucs un peu mais alors je recadre et puis je dis « bah non évidemment la sophrologie va pas vous aider à, voilà elle va pas changer la vie ». Il y a des, voilà.

152 I – **Ok. En prenant pour exemple un cas de burnout auquel vous avez été confronté durant votre carrière, pouvez-vous m'en dire davantage sur la manière dont vous prenez en charge ces personnes ?**

154 E – Donc bah du coup j'élabore un protocole comme je disais euh. Une fois que j'ai fait mon anamnèse, j'essaie de voir ce que je peux proposer à la personne selon ses ressources, selon ses, ce qu'elle aime et puis en général euh, ah souvent d'abord on est sur de l'évacuation des tensions, vraiment sur le corps quoi euh. Je sais pas si vous voulez des détails quoi. Avec des techniques de contraction-relâchement.

I – Oui bien sûr, je veux bien.

160 E – Oui souvent, ouais, on commence souvent avec une séance sophro déplacement du négatif avec des contractions-relâchements pour, mais vraiment en profondeur, on fait euh que le visage euh, que les bras, enfin on, on fait vraiment tout le corps. Euh, et après des, c'est vrai que j'ai pas dit mais des exercices de relaxation dynamique d'abord donc on est aussi sur du évacuer les tensions, alors je sais pas, chasser les tensions, casser les tensions, ce genre de visualisations-là.

166 I – **Ca peut se dérouler de quelle manière cette relaxation dynamique ?**

E – Ah vous connaissez pas du tout les relaxations dynamiques, c'est ça ?

168 I – Oui je veux bien que vous m'en disiez un peu plus.

E – Oui. Alors après c'est un peu différent chez ceux qui ont fait de la sophro caycedienne, je sais pas totalement exact, enfin comment ça se passe non plus euh. Il y a beaucoup de ressemblance mais je sais que c'est fait un petit peu différemment. Moi j'ai fait une école non caycedienne. Et donc en fait dans une séance on commence toujours par 3 - 4 exercices de relaxation dynamique donc c'est vraiment des exercices qui se font debout avec des contractions musculaires, beaucoup de contrôle de la respiration. Euh, et donc euh, alors il y en a plein, il y a le karaté par exemple si pour une première séance pour euh évacuer les tensions donc souvent c'est euh, euh « inspirez, euh je bloque, et en soufflant je fais le mouvement » (démonstration) par exemple, en karaté c'est un coup de poing, je souffle donc j'évacue, euh. Il y a plein, il y a plein de mouvements, il y a plein de respirations, abdominale, thoracique, des rotations axiales euh, des mouvements de pompage comme ça d'épaules. C'est vrai comme vous êtes en kiné, souvent, alors souvent c'est, c'est intéressant ils, ils sentent assez vite que finalement ils arrivent à se détendre un peu. Parce que souvent ils sont là, ils ont des tensions. Bon alors, la première séance je demande comment s'exprime par exemple euh, souvent donc voilà c'est une anxiété comme ça des angoisses qui restent alors je dis comment ça s'exprime physiquement chez vous, ou dans la gorge, en thoracique, mal au dos, euh boule au ventre. Et selon ce qu'on me répond, j'essaie de faire des exercices en rapport. Si c'est mal aux épaules donc on va faire un pompage. Si c'est plutôt au niveau du thorax, je vais faire une respi en levant bien grand les bras euh, si c'est le ventre ça s'appelle un holi.

188 I – D'accord.

E – Donc fin voilà il y a, il y a plein de petits exercices, il y en a vingt-trois ou vingt-quatre je crois. Et après la deuxième partie de la séance là c'est vraiment ce qui ressemble plus à la relaxation, avec une adduction, vous me dites dès que je dis un mot que vous savez pas hein. Donc une

192 adduction, un scan corporel comme ça pour détendre chaque partie du corps et ensuite une
visualisation positive.

194 I – D'accord.

E – Voilà. Donc c'est vrai que je disais donc première séance euh voilà, on va plutôt évacuer les
196 tensions. Après souvent euh, il y a quoi, il y a prendre du recul, installer le calme, euh, se recentrer
souvent, revenir à soi une fois que j'ai fait prendre du recul, souvent je fais une séance pour se
198 recentrer. Qu'est-ce que je peux proposer d'autre, euh (...). Après on peut faire aussi une
programmation future. Alors là ça dépend des gens, visualiser revenir au boulot par exemple pour
200 ceux qui sont en arrêt maladie en étant détendu donc euh. Donc voilà là c'est une visualisation
future. Et donc voilà pour, forcément pour imaginer que je vais être détendu dans le futur en fait
202 on, on a des séances avant pour bien ancrer ce calme, avoir bien la sensation et après pouvoir la
mettre avec la situation qu'on va visualiser. Euh, voilà, oui. Euh. Et travailler la confiance surtout !
204 Ça c'est ce que je fais dans les dernières séances. La confiance en soi c'est super important. Donc
en général, voilà d'abord on évacue le plus gros, toutes les tensions. A la place on essaye de
206 mettre du calme pour tout apaiser et puis une fois que tout est bon, là on va essayer de mettre
alors soit une programmation future soit bien travailler la confiance, voilà.

208 I – D'accord. **Et la confiance en soi justement vous travaillez ça de quelle manière ? Vous
passez par quelles techniques particulières ?**

E – Euh souvent voilà c'est aussi euh, bah il y a toujours des petits exercices, on peut travailler sur
210 les valeurs aussi, ça marche bien. Euh et après euh (...), donc ça dépend des gens. Si la personne
elle a euh une ressource où elle sait qu'un jour elle a vraiment ressenti de la confiance en elle et
212 qu'elle était bien on va la replonger dans le souvenir et on va récupérer la sensation. On va la
ramener, voilà, donc ça on peut faire. Sinon on peut créer, tiens, maintenant ça me viendrait plus
214 comment s'appelle cet exercice. Mais on peut, on n'est pas obligé, des fois il y a des gens qui ont
pas de souvenir où ils étaient en confiance donc on peut le, ah j'ai pas le mot, créer c'est pas le
216 mot que je cherche mais (...). On a un exercice qui est sympa c'est que la, la capacité qu'on veut
avoir donc par exemple de confiance en soi, on va imaginer qu'on va l'inscrire dans notre ADN par
218 exemple. Voilà, donc on peut faire ça aussi, si la personne elle a pas de ressource. Mais souvent
les personnes ont des ressources donc c'est facile. On replonge dans le souvenir, on récupère la
220 sensation et puis on l'ancre.

222 I – D'accord.

E – Ou avec de l'autosuggestion aussi ça marche bien aussi. Ça dépend des gens. Après c'est
224 vrai que c'est un peu du feeling selon la personne. On voit un peu comment qu'elle est et comment
on avance dans, bah parce qu'au départ c'est un peu plus facile, les exercices sont faciles et pi
226 comme on avance je vois si je peux, ce que je peux proposer, si je peux aller un peu plus loin, pas
trop, voilà.

I – Ok. Les thérapies médicamenteuses sont, dans la majeure partie des cas, la première
228 alternative choisie dans le traitement du burnout une fois le diagnostic posé. Pourtant, en 2017, la
Haute Autorité de Santé a élaboré des recommandations de bonne pratique qui soulignent l'intérêt
230 « d'une prise en charge non médicamenteuse » du burnout. **Que pensez-vous de ces deux
232 approches médicamenteuses et non médicamenteuses ?**

E – Bah je dirais que moi les patients que moi j'ai vu il y avait pas le choix. On était arrivé à un
234 point que toute façon il fallait la béquille du traitement. Après je pense que, là où on pourrait l'éviter,
euh, et après bon voilà c'est mon avis, c'est que si, euh par exemple, j'avais une pratique, pas que
236 forcément la sophro mais de pleine conscience, la sophro ou je sais pas moi, ceux qui aiment bien
faire du yoga, du Chi gong, de la respiration, un peu toutes des techniques de la relaxation, si on
238 les avait avant, je pense qu'on éviterait des si gros burnout. Une fois qu'il est installé (...) ou alors
au tout début. Après ceux que moi j'ai vu c'était déjà, voilà, on est déjà au bout du bout, quand ils
240 viennent au CMP c'est déjà voilà (rires) donc là il y avait pas le choix. Mais je pense que si on le
prend au début, vraiment au début (...). Dans l'idéal c'est quand même mieux de pas avoir de
242 traitement quoi. C'est l'idéal c'est sûr mais bon quelques fois on a pas le choix quoi. (...) Oui, je
sais pas trop euh (...). Personnellement, j'aime pas trop les médicaments, voilà. Si je peux éviter
244 c'est mieux. Si grâce à de la sophro on peut éviter d'avoir euh un anti-dépresseur ça serait

fantastique, j'aimerais bien. Après moi ceux que j'ai vu, ceux que moi j'ai vu, ils en avaient besoin et quand ils ont fini l'accompagnement, ils auraient pas pu arrêter non plus. La patiente bah, moi c'est pareil c'est ce que je disais, j'ai une patiente enfin, que j'ai recroisé il y a pas longtemps. Donc ça l'avait beaucoup aidé, elle m'a dit qu'elle continuait à faire les exercices, mais simplement, mais elle continue d'avoir un traitement et elle continue d'aller voir la psychologue. Parce que bah voilà elle a pas changé, son environnement est toujours pareil. Elle a essayé de revenir au boulot mais c'était pareil, elle a dû se remettre en arrêt, et ça, voilà.

252 I – Ok.

E – Après je pense que s'il y a un gros clash au boulot ou même avec un collègue, pour revenir c'est quand même compliqué. Une fois que ça a vraiment clashé, une fois que les mots ont été dits quelque fois euh, ouais. Bon après je sais que j'ai entendu, alors je l'ai pas eu longtemps ou est-ce que je l'ai juste lu et je l'avais pas en charge, quelqu'un qu'on avait mis, pour essayer qu'il démissionne quoi, pour le pousser à la démission, il avait un petit cagibi comme bureau quoi, des choses comme ça quoi. Bon bah là hein, tant que vous êtes obligé d'aller dans votre petit cagibi comme bureau sans fenêtre, enfin faut déjà être vraiment costaux pour pas être déprimé quoi. C'est pour ça je dis il y a des situations où à un moment donné voilà.

I – Oui bien sûr.

262 E – Un instant (...). Pardon.

I – Non pas de problème. Le thème suivant concerne les techniques qui peuvent être utilisées face au burnout. Certains traits de personnalité favoriseraient le développement d'un burnout, c'est le cas par exemple de l'instabilité émotionnelle et du caractère consciencieux pouvant amener à un état de stress permanent. **Quelle importance accordez-vous aux techniques de détente et de gestion du stress ?**

268 E – (...) Alors là il faut me reposer la question (rires). Je vais me répéter non je crois du coup.

I – Pas de soucis. **Quelle importance accordez-vous aux techniques de détente et de gestion du stress ?** En lien avec le fait que certains traits de personnalité euh favorisent le développement euh d'un burnout.

272 E – Ouais, ouais. Bah forcément c'est essentiel. Ouais. Du coup forcément c'est essentiel quoi. Après on a souvent à faire à des gens qui, enfin, qui s'oublient. Ils pensent aux autres. Donc je sais pas après un peu, ce que j'ai vu hein, euh. Et puis, mais ils ont jamais le temps pour eux. Et après ça clache, euh et il y a une espèce de culpabilité de pas aller travailler et de pas être bien. Et donc ils s'autorisent pas non plus à s'occuper vraiment d'eux. Donc je, après ceux que j'ai vu mais je sais pas si c'est une généralité, ils prennent pas le temps effectivement de, de penser à eux, de se relaxer de temps en temps, de s'arrêter euh. (...) Déjà c'est toutes ces techniques, que ce soit de la sophro ou de la relax, des techniques de respiration, on devrait un peu comme au Canada les apprendre à l'école déjà je pense. Ça ça serait l'idéal. Parce qu'en général quand je propose le premier exercice, je fais juste un exercice mais ça paraît tellement bidon de respiration, avec une petite visualisation positive, une petite bulle qu'on fait autour de soi, et alors la majorité des gens me disent euh « ouah mais c'est super, qu'est-ce que je me sens bien », alors je dis vous avez vu c'est simple, elle me dit « si j'avais su », je dis « bah ouais mais bon quand on sait pas » (rire). Voilà. Des fois faut pas grand-chose mais comme on l'a pas appris et puis que. J'ai l'impression que ça vient un peu plus là dans les écoles, ils font des relaxes un peu, des petits trucs euh.

288 I – Petit à petit oui.

E – Parce que ça aidera.

290 I – Oui.

E – Mais là c'est plutôt le profil de gens où on leur a toujours dit de se taire, faut toujours être souriant, faut toujours aller bien, faut travailler. Voilà, c'est mal vu de rien faire une fois, voilà. Ouais donc forcément c'est super important de, d'autant plus si on est fragile à la base quoi. Je sais pas si j'ai répondu, c'est clair ? Ça va ?

296 I – Oui, oui, oui tout à fait. C'est très bien. Il a été montré que le burnout peut être associé à une
détérioration des fonctions cognitives telles que la concentration, l'exécution et la mémoire. **Dans**
298 **ce contexte et d'après votre expérience, que pensez-vous des techniques de thérapie**
cognitive ?

300 E – (...) Bah qu'est-ce que j'en pense, je sais pas, qu'est-ce que vous voulez que je vous réponde,
c'est compliqué (rires). Bah c'est, oui, c'est important, ça peut servir. Oui c'est vrai que j'avais parlé
aussi de la concentration.

302 I – Oui. **Les personnes euh que vous avez eu euh donc qui souffraient de burnout avaient**
ce type de troubles ?

304 E – Euh oui. Ouais. Surtout lié au fait que le, les mêmes histoires tournaient en boucle. Donc ils
arrivaient pas à déconnecter, à se concentrer sur autre chose. Que de, de, sans arrêt repenser
306 aux, aux scènes, aux événements qu'il y a eu, à des discussions avec des chefs, avec des
collègues, et qu'est-ce qu'ils auraient dû répondre à la place et puis, et puis analyser chaque chose
308 qui a été dite, les regards, enfin et du coup ça tourne, ça tourne, ça tourne, et en fait après, ils
arrivent plus du tout, enfin, voilà, surtout je pense toujours seulement à une là qui arrivait plus du
310 tout à se concentrer, euh et euh, et plus à voir les choses positives dans la vie, que focaliser là-
dessus quoi.

312 I – **Et vous, est-ce que vous utilisez ce type de thérapie cognitive dans votre prise en charge**
ou pas du tout ?

314 E – Donc donnez-moi un exemple parce que moi là c'est vrai que du coup j'ai pas euh.

316 I – Bah c'est vague parce que c'est variable selon le type de profession. **Est-ce qu'en sophrologie**
vous vous êtes amenée à travailler sur ces fonctions cognitives et de quelles manières
éventuellement si c'est le cas ?

318 E – Bah voilà (...).

320 I – Prenons, si par exemple, on repense à cette femme-là que vous avez eu, est-ce que, qui avait
du mal justement à se concentrer sur autre chose, **comment vous avez pu lutter contre ça ?**
est-ce que vous avez pu travailler là-dessus ?

322 E – Euh oui parce qu'en fait ce qu'on a fait euh comme exercice c'est que, on peut pas enlever les
choses négatives mais en fait on a réussi à faire un peu de place pour ce qui était positif.

324 I – Ouais.

326 E – Et donc après en fait euh, en fait, alors, c'est pas vraiment sophro ça hein, c'est un petit peu
euh, si ça fait un petit peu partie de la philosophie de vie mais moi je conseille de, de tenir un petit
euh, un petit cahier le soir et de noter trois choses positives qu'on a eu dans la journée.
328 Commencer par trois, au départ, c'est des fois compliqué. En rappelant quelque chose de positif
c'est des petites choses, c'est apprécier je sais pas moi le café du matin, une jolie fleur, le soleil,
330 je sais pas, un animal qu'on aime bien, enfin c'est des petites choses. Et euh, et donc en fait euh,
donc le principe un petit peu c'est de modifier le fonctionnement du cerveau et de l'obliger un peu
332 à repérer les choses positives. Au bout d'un moment, la personne quand elle aura rempli ce
bouquin, au début elle râle un peu hein, elle dit c'est dur et après, dans la journée, quand il lui
334 arrive quelque chose de sympa, elle va se dire « ah mais ça il faut que je le note dans le livre » et
en fait c'est là où on a tout gagné parce qu'à ce moment, à ce moment-là où elle se dit « ça il faut
336 que je l'écrive ce soir », c'est qu'elle s'est rendue compte à l'instant où elle le vivait, qu'elle vivait
un truc positif. Et donc là, et là c'est génial quoi. Alors après ça marche bien pour ceux qui, qui le
338 font et qui sont motivés. Par exemple cette dame là on avait fait ça. En une semaine, elle a bien,
elle était très euh (rires), c'était une bonne professionnelle quoi, sans doute trop, elle a bien fait
340 l'exercice et quand elle est revenue elle m'a dit « j'ai l'impression d'avoir changé de lunettes ». Et
elle m'a dit « mais en fait j'ai plein de belles choses dans ma vie », elle s'en est rendue compte.
342 Mais ça n'enlève pas les difficultés, ça enlève pas le problème qu'elle a eu et qui va revenir, voilà.
Mais elle a quand même réussi à remarquer que il y avait aussi quand même plein d'autres belles
344 choses. Je sais pas trop si ça s'insère dans une technique.

I – Non mais c'est une forme de. Traiter les types de troubles comme ça, oui, c'est un bon exemple.

346 E – Et après dans, dans, au moment de, de, de la sophronisation souvent ou par exemple pendant
348 les exercices de relaxation dynamique pardon euh, comme on est tellement concentré sur la
350 respiration et sur le mouvement qu'il faut faire, à chaque fois j'aime bien mettre le doigt sur je dis
352 « et pendant l'exercice est ce que vous avez pensé à autre chose ? ». Et la personne elle arrive à
dire « ah bah non », et je dis bah vous voyez c'est possible de, de, de rester, de décider sur quoi,
enfin de mettre son attention sur ce qu'on décide. C'est pas très clair comment je parle du coup
mais voilà.

I – Du coup, alors, les symptômes physiques non spécifiques constituent l'une des cinq catégories
354 de symptômes caractérisant le burnout selon la HAS. Les troubles musculo-squelettiques en sont
356 un exemple. **De quelle(s) manière(s) effectuez-vous ou envisagez-vous le traitement de ces
troubles ?**

E – Bon bah moi à mon niveau, euh, je peux pas faire euh, enfin on détend le corps quoi. Et euh,
358 mais après je sais pas s'il y a des troubles plus profonds euh (...). Un passage chez le kiné est
hein (rires), c'est important. Mais on peut déjà un petit peu, là où c'est intéressant c'est que
360 quelques fois, et après je parle un peu pour tous les gens qui sont déprimés, anxieux, euh des fois
ils se rendent même pas compte qu'ils sont tendus. Donc quand on fait les différents exercices et
362 quand on se concentre sur les parties du corps, donc là c'est moi qui guide, qui dit « concentrez-
vous dans les sensations dans les épaules, dans les bras », enfin ça dépend ce qu'on fait comme
364 exercice. Et après ils disent « ah mais ouah, en fait je suis hyper tendu, j'avais pas remarqué. » A
partir du moment où on remarque qu'on est tendu, on peut essayer de faire quelque chose pour
366 se détendre. Je sais pas si c'est clair, si ça répond, voilà.

I – Oui, oui. Très bien.

368 E – Oui. Parce que du coup comme on, on, on sort du mental, on revient un peu au corps bah là
on peut prendre conscience qu'il y a des tensions, des douleurs, des, voilà.

370 I – **Quelle est la place, selon vous, de la promotion de l'activité physique dans la prise en
charge du burnout ?**

372 E – (...) euh. On ne donne pas beaucoup de place au sport, je trouve. Ça commence à venir mais
je pense que c'est euh, euh, c'est hyper important comme l'hygiène de vie générale. Même rien
374 que sortir, aller se balader euh. Je pense que c'est super important. Mais est-ce que, ça commence
hein, les médecins commencent à prescrire du sport. (...) Je suis en train de me dire les gens que
376 j'ai eu, personne leur a conseillé de faire du sport du coup moi y compris. Ouais (...). Mais bon
surtout du sport à l'extérieur pour moi, je pense que c'est ce qui marche le mieux. Après aller
378 s'enfermer en salle ou faire tout seul du vélo d'appartement devant sa télé, je sais pas si, je sais
pas si ça aide vraiment ça.

380 I – Ouais.

E – Du coup voilà je pense, je pense que c'est important mais je pense que ça a pas encore euh.
382 C'est clair ce que j'ai dit ?

I – Oui, ah oui c'est très clair.

384 E – C'est pas encore assez reconnu, voilà c'est ça que je cherchais comme euh.

I – Ok. Du coup, alors, selon les données issues de la littérature, la pluridisciplinarité semble être
386 un élément essentiel pour faire face au burnout. **Dans ce contexte, lorsque vous proposez une
prise en charge à un patient souffrant de burnout, êtes-vous amené à collaborer de manière
388 privilégiée avec d'autres acteurs ?**

E – Euh oui moi avec les psychologues, ouais. De toute façon chez moi ils ne viennent que s'ils
390 sont suivis par le psychiatre ou le psychologue. C'est eux qui me l'envoient. Après à l'extérieur,
par exemple pendant ma formation, il est fortement conseillé au sophrologue de demander à une
392 personne qui euh, où on repère justement euh un burnout ou quand on repère une (...) une fragilité
ou voilà, de, de, d'aller voir un psychologue aussi. Pas que, pas que le sophrologue. Après voilà,

394 mais après ça à l'extérieur euh. En tout cas pour tout ce qui est addiction bah c'est obligatoire, là
396 c'est clairement, enfin c'est clairement fortement conseillé de pas prendre quelqu'un en charge s'il
est pas suivi à côté. Et après c'est quand même conseillé euh. On peut quand même faire euh, on
pourrait quand même faire plus de mal que de bien si on fait pas attention quoi.

398 I – Ok. Certains symptômes induits par le burnout peuvent faire appel aux compétences du
masseur-kinésithérapeute. Ainsi, certains patients souffrants de ce syndrome peuvent bénéficier
400 d'une prise en charge par ce professionnel. **De manière générale, quelle place donnez-vous à
la masso-kinésithérapie dans la prise en charge pluridisciplinaire du burnout ?**

402 E – Bah étant donné qu'en plus ils ont souvent mal au dos, mal aux épaules, mal aux trapèzes, la
nuque, euh, et que euh, c'est tellement euh, enkysté que se libérer soi-même ça devient
404 compliqué. Je pense que euh, d'une part pour le massage. Je suis pas kiné hein, vous me dites si
je suis, pour le massage, pour vraiment détendre et après avec je pense des exercices pour euh,
406 pour euh, pour garder une bonne posture, pour euh, pour éviter que ça se euh, que ça se recrispe
à ce point-là quoi. Je sais pas si c'est juste ce que je dis après c'est l'idée que je m'en fais.

408 I – Bah voilà, c'est ce qui est important pour moi, votre, votre avis.

E – Parce que après. Ouais non allez-y.

410 I – Non, non allez-y il y a pas de problème.

E – Non c'est bon.

412 I – Parmi les patients que vous pris en charge qui étaient donc en burnout, avez-vous euh,
rencontrez parmi ces situations de soin. Non pardon je recommence.

414 E – Ouais, pas de souci.

I – **D'après votre expérience, avez-vous rencontré des situations de soin durant lesquelles
416 le masseur-kinésithérapeute était impliqué dans la prise en charge du burnout ?**

E – Ceux que j'ai eu en burnout euh, il me semble pas. Il me semble pas qu'ils allaient voir de kiné.
418 Mais après j'en ai pas vu beaucoup quoi.

I – **A partir de votre expérience, comment vous représentez-vous le rôle du masseur-
420 kinésithérapeute dans la prise en charge pluridisciplinaire du burnout ?**

E – Bah du coup-là, j'allais me répéter un peu. C'est ce que moi j'imaginai, c'était permettre à la
422 personne de, bah c'est pareil, de revenir à son corps, de se détendre, de euh, et euh, et
d'apprendre des, des méthodes, des techniques pour euh, pour euh (...), comme je disais, pour
424 euh, pas que ça se, pas que les tensions reviennent à ce point-là quoi. (...) Et euh ouais, c'est ce
que j'en pense. Après je sais pas, ça m'intéresserait de savoir qu'est-ce que vous proposeriez.
426 Moi je vais pas souvent chez le kiné donc euh (rires).

I – C'est justement l'objectif de mon mémoire, de voir euh, de voir tout ça. Dès que j'ai fini mon
428 mémoire, si je peux vous apporter une réponse, je vous l'enverrais avec grand plaisir.

E – Oui ça m'intéresse, ouais. Oui après voilà, c'est parce que, je pense voilà, c'est, avoir des
430 outils, des astuces, des exercices pour euh, par exemple, je sais pas c'est comme le même
principe, si j'ai mal au dos euh, ce que j'en pense hein, on va m'aider à débloquer un peu voilà et
432 ensuite mon kiné va me donner des exercices pour avoir une meilleure posture, voilà. Pour voilà,
avoir les épaules ouvertes et puis euh, voilà. Dans ce, dans le même principe là. Et puis pour
434 revenir au corps parce que je pense que il y a, il y a une grande partie détente aussi quand il y a
vraiment du massage, je pense que c'est très agréable et ça forcément ça peut pas faire de mal.

436 I – Ok. **D'après vous, quelles sont les compétences qui semblent nécessaires au masseur-
kinésithérapeute pour mener à bien ce type de prise en charge ?**

438 E – Moi je pense qu'il faut aussi un peu de, un côté relationnel quoi hein, de l'écoute, euh, de
l'empathie. C'est sûr que face à une personne en burnout, par exemple on peut pas la mettre sur

440 son vélo pendant une heure, une demi-heure et partir et, enfin voilà. Je pense que c'est euh, profiter d'un, du, du massage ou des exercices pour euh, pour être à l'écoute quoi. Voilà.

442 I – Oui. **Pour conclure sur les approches non médicamenteuses, auriez-vous des conseils ou des recommandations à donner à un masseur-kinésithérapeute prenant en charge une**
444 **personne souffrant de burnout ?**

E – (...) euh des conseils pour euh, le masseur-kinésithérapeute pardon ou les conseils que lui
446 pourrait donner à la personne en burnout ?

I – Non des conseils au kiné.

448 E – (...) Et bah voilà, je sais pas moi, être à l'écoute et puis s'il repère une grande détresse quoi,
bah proposer à la personne d'aller voir un, d'être suivi par un psychologue ou au moins d'aller voir
450 son médecin traitant si la personne ne veut pas tout de suite aller voir un psychologue, je sais pas.
(...) Ouais bah voilà.

452 I – Bah nous avons maintenant abordé toutes les questions. **Avez-vous quelque chose à rajouter que nous n'aurions pas encore abordé ?**

454 E – Euh, bah non. (...). Non, je sais pas, j'espère que j'étais claire, je sais pas trop. Non j'ai pas euh, rien d'autre de spécial à dire par rapport au burnout.

456 (...) : **Echange supplémentaire avec l'expert.**

(...) : Accueil de l'expert, présentation de l'étude et du déroulement de l'entretien.

- 2 Intervieweur – Bon, alors nous allons débiter l'entretien. Le premier thème que nous allons
4 aborder concerne votre expérience personnelle sur le burnout. La détection et le diagnostic du
6 burnout sont deux étapes primordiales mais souvent retardées par la complexité et la
méconnaissance de ce syndrome. Ainsi, en vous basant sur votre pratique professionnelle
quotidienne, **quelle proportion représentent les adultes souffrants de burnout, qu'il soit
suspecté ou diagnostiqué, au sein de votre patientèle ?**
- 8 Expert – C'est difficile à, à quantifier euh, alors là actuellement je travaille en psychiatrie mais j'ai
aussi fait beaucoup de libéral euh, j'étais à mi-temps en libéral. Je suis toujours restée à l'hôpital
10 psychiatrique, à l'hôpital général mais j'avais fait un mi-temps en plus en libéral et c'est vrai que
j'avais beaucoup de patients en libéral qui arrivaient euh pour euh une prise en charge classique
12 mais pour lesquels je sentais vraiment une détresse et le, le corps qui commençait à lâcher sans
qu'ils en aient encore pris conscience en fait et c'est vrai que c'est souvent dans ces échanges-là,
14 dans ces prises en charge là que je remarquais que les gens étaient vraiment en, ce qu'on appelle
en pré-burnout aussi. Euh, je dirais fff, un tiers, un bon tiers de mes patients en libéral, franchement
16 un bon tiers peut être même la moitié, il faudrait que je réfléchisse un peu plus, ouais entre un tiers
et la moitié de mes patients. Enfin, ouais, allez je dirais un tiers en libéral, beaucoup d'épuisement
18 professionnel, parfois épuisement personnel aussi lié à des situations difficiles que les gens
vivaient au niveau familial ou des traumatismes, des périodes difficiles dans leur vie personnelle ou
20 professionnelle. Mais qui amenaient leur corps à être dans un état euh, euh, moi je, moi je voyais
cette somatisation bah parce que j'ai l'habitude aussi de par mon travail en psychiatrie. Et en
22 psychiatrie, le burnout euh, « arrr » c'est dur à quantifier mais en plus j'ai eu récemment, il y a deux
semaines un aide-soignant, un collègue à moi, alors quelqu'un que je connaissais pas d'un autre
24 hôpital de la région euh, un peu près mon âge, la trentaine et qui arrivait euh en soin, alors je crois
qu'il était en hospitalisation libre mais euh, c'est un aide-soignant qui travaillait en réanimation et
26 euh on a été tellement exposés à la violence et à la mort depuis euh l'année qu'on traverse avec
le covid euh qu'à un moment bah il a craqué parce que déjà c'est très très épuisant pour nous tous
28 mais en plus lui il avait pris en charge euh, euh quelqu'un qui connaissait, quelqu'un de proche du
coup qu'il a pris en charge. Normalement on doit pas soigner sa famille. On doit pas soigner
30 quelque de proche parce qu'on perd la notion, la limite qui est nécessaire dans le cadre de soin et
il a pas dit qu'il connaissait cette personne parce qu'il voulait s'occuper de lui et il l'a accompagné,
32 il l'a vu mourir, il l'a accompagné jusqu'à la fin. Ouais, et c'est cet élément-là qui a vraiment
déclenché, il était en pré-burnout je pense depuis un moment et cet élément-là a déclenché le
34 burnout complet. Et il a eu besoin d'aide, il a demandé de l'aide et il s'est fait hospitalisé à l'hôpital
chez nous mais c'est très très dur en tant que soignant de demander de l'aide, de se retrouver à
36 la place du patient à l'hôpital. Et c'est vrai que je l'ai vu qu'une seule fois parce que ça se passait
pas très bien, il était pas bien dans le service, il était pas, il adhérait pas bien à la prise en charge
38 et il voulait euh, voilà, il a voulu partir précocement, je pense qu'il était pas en état de sortir mais
comme il était en hospitalisation libre, voilà, il a décidé de partir. Et ça a été compliqué, je te raconte
40 ça parce que du coup c'était vraiment récent, et ça a été compliqué euh pour nous aussi en tout
cas pour moi parce que du coup quand c'est quelqu'un du même corps médical, du même âge, un
42 soignant qu'on prend en charge et bah le transfert-contre transfert est tout de suite beaucoup plus
délicat, la limite de soin est beaucoup plus floue et dans ce cas-là c'était encore plus compliqué
44 parce qu'il connaissait ma collègue aide-soignante, ils avaient fait l'école ensemble. Donc il a tout
de suite tutoyé tout le monde, en fait il s'adressait à nous comme s'il faisait partie de l'équipe. Et,
46 et du coup il était pas à sa place de patient, il était encore là en tant que soignant et, et donc ça a
été très difficile de le prendre en charge, et euh, et voilà. Donc c'est, il y a, il y a des cas comme
48 ça. Alors j'essaie de réfléchir un peu actuellement sur mes patients (...). Je dirais que c'est même
moins fréquent qu'en libéral. Après ils ont pas tous de la kiné forcément euh (...), je réfléchis un
50 petit peu hein sur les dernières, en plus avec le covid on a la structure des soins qui est
complètement différente. On a (...).
- 52 I – Après si vous avez pas un chiffre exact c'est pas un souci, c'était juste pour avoir justement
une idée et là vous avez très bien répondu.
- 54 E – Ouais. Je dirais euh 1/5 ou 1/4, 1/5 des patients parce qu'on a beaucoup beaucoup d'autres
56 pathologies mentales qu'on prend en charge à l'hôpital psychiatrique donc je dirais 1/5 contre 1/3
en libéral où je trouve que, beaucoup plus de gens qui viennent nous voir qui sont dans cet état
de fragilité qu'on peut détecter nous en tant que soignant, et en tant que soignant du corps en fait

58 hein donc on voit ce qui se passe au niveau mental on le voit dans le corps. Et on entend, les gens
se confient beaucoup pendant nos séances hein, avec leur kiné les gens parlent beaucoup. On
60 fait beaucoup de, de psychologique entre guillemets hein dans nos séances, ouais.

I – Ok. **Avez-vous remarqué une majoration de ce phénomène durant ces cinq dernières années ?**

E – Je pense oui, ouais. J'ai l'impression qu'il y a de plus en plus de, de plus en plus euh
64 d'épuisement professionnel. L'épuisement lié aux situations personnelles je pense que ça reste
dans les mêmes, dans les mêmes euh proportions mais au niveau de l'épuisement professionnel,
66 j'ai vraiment l'impression que c'est devenu un, euh comment dire, un peu une euh, pas la maladie
du siècle mais vraiment un problème de santé publique qui est de plus en plus présent. Parce que
68 on demande de plus en plus de choses aux gens aussi, parce que les gens sont hyper sollicités,
doivent être tout le temps disponibles, ils sont hyper connectés et arrivent plus non plus à faire la
70 part des choses entre le professionnel et le personnel et, et tout ça s'est aggravé ces dernières
années et maintenant encore plus avec le télétravail en fait, avec le covid et le télétravail, il y a
72 beaucoup plus de gens qui se, qui arrivent plus à gérer parce qu'il y a plus du tout ce lien, il y a
encore moins ce lien entre le professionnel et le personnel, c'est très compliqué pour certaines
74 personnes donc ouais ça va, ça va en s'aggravant je trouve. Mais d'un autre côté, on en parle un
peu plus, c'est un peu moins tabou. Il y a des, des, des mots, il y a vraiment un diagnostic qui est
76 maintenant posé plutôt que de dire aux gens vous faites une dépression. Quand on leur dit, quand
leur médecin traitant leur dit bah « vous êtes dans un état d'épuisement professionnel ou un état
78 de burnout », les gens le comprennent d'une autre manière, c'est un peu moins dégradant entre
guillemets parce que un épuisement professionnel et une dépression, même si le, le, la finalité est
80 la même, euh la dépression a toujours une connotation un peu négative et, et culpabilisante alors
que, quand on dit bah c'est un épuisement professionnel, c'est des gens qui souvent se donnent
82 trop pour leur travail et s'investissent beaucoup trop et le payent par leur santé. Du coup il y a,
c'est moins tabou, c'est un peu plus facilement abordé, les médecins sont un peu plus sensibilisés
84 aussi je pense et c'est j'espère un peu mieux pris en charge du coup. J'espère.

86 **I – En vous basant sur votre expérience, pouvez-vous me décrire votre rôle dans le parcours de soin d'une personne souffrant de burnout ?**

E – Mon rôle (...) Alors par où commencer, alors en tant que kiné, on soigne le corps. Mais le lien
88 entre le corps et le mental est indissociable. Et, et souvent les gens dans cet état de burnout sont
plus du tout dans leur corps, sont plus du tout euh, sont vraiment à côté de leur sensation, à côté
90 de leur corps et par nos techniques on va aussi leur permettre de reprendre conscience de leur
corps, de leurs difficultés, de leurs douleurs, de euh, du fait que leur corps est en train de lâcher
92 pour une raison mais qu'il faut que eux aussi fassent ce cheminement de prise de conscience.
Donc par voilà, par les soins, je pense qu'on, qu'on aide ce cheminement euh. Il y a différentes
94 méthodes aussi qu'on utilise. Actuellement, je suis en train d'être formée à la méditation de pleine
conscience, à la mindfulness, de pleine conscience, de pleine présence. Et c'est vrai qu'on
96 apprend aux patients, c'est beaucoup dans la gestion du stress, de l'anxiété, des burnouts et de,
de la douleur chronique euh. On apprend aux gens à prendre conscience euh du fait qu'il y a deux
98 modes : il y a le mode être et le mode faire et que la plupart du temps on est tout le temps dans
un mode faire. Et de s'arrêter simplement, de comprendre qu'il faut passer de temps en temps,
100 pour éviter de s'épuiser, il faut repasser à un état d'être, être conscient, être plus en phase avec
l'instant présent, c'est ce qui va permettre de retrouver un équilibre aussi. Donc ça c'est une
102 approche que j'aime beaucoup, qui me parle beaucoup, que j'utilise moi-même pour, en prévention
aussi euh, pour ma santé mentale et pour ma gestion du stress et ma gestion voilà de, de mon
104 métier de soignant qui est vraiment pas facile tout au long d'une carrière. Et c'est, c'est vraiment
une approche que j'aime beaucoup et que j'espère pouvoir associer aux prises en charge kiné
106 pour la gestion de la douleur, la gestion du stress et du coup toute cette prise de conscience et ce
lien corps-esprit même si nous on est pas là pour soigner le, le, le mental, ça c'est le rôle des
108 psychiatres et des psychologues, en tout cas de, dans, dans l'enceinte de l'hôpital en psychiatrie.
Mais euh, mais il y a ce lien qui fait que on est forcément nous en travaillant sur le corps amené à
110 avoir un impact positif aussi sur l'état mental, sur l'état psychique. Voilà.

112 **I – Pensez-vous avoir changé votre prise en charge du burnout au fur et à mesure de vos années de pratique et des expériences vécues ?**

114 E – Bien sûr. Déjà parce qu'on apprend toute notre carrière. Et parce que euh, du fait qu'on soit
116 nous même très exposé, bah on prend conscience euh, on est plus vigilant pour nous-même et du
118 coup on le détecte aussi plus facilement après chez nos patients. Mais euh, c'est vrai que c'est
120 tellement d'actualité. Maintenant, à l'hôpital les soignants actuellement à cause du covid, les
122 soignants sont dans un état mais terrible. Et euh, on voit beaucoup de souffrance et j'interviens en
124 réanimation et là, l'année dernière ça a été horrible et c'est encore le cas enfin, là en réa c'est
126 encore très compliqué pour nous. Et quand, quand j'échange avec les infirmières, tout le monde
128 est épuisé, tout le monde est très fragilisé et euh, et c'est vrai que c'est important de simplement
130 pouvoir échanger sur notre détresse à nous tous. Et simplement ça, cet échange là aussi permet
132 de calmer un petit peu certains symptômes et par la parole déjà et, et entre nous aussi on essaye
134 de beaucoup en parler parce que on perd, on a perdu énormément de patients euh. On a encore
136 eu un décès d'un patient il y a quelques jours. D'un patient polyhandicapé adulte qu'on connaissait
depuis des années et qui vient de décéder du coup on est forcément affecté donc on en parle entre
nous et ça c'est important pour désamorcer un petit peu les choses. Et on a perdu aussi une
patientie dont on s'est tous occupé en réanimation il y a un mois à peu près. Une patiente
trisomique, qui était relativement jeune, qui avait une quarantaine d'années mais qui avait un
visage enfin voilà les trisomiques ont un visage d'enfant, et c'est vrai que c'est la première fois
qu'on avait une patiente. On a perdu, j'ai perdu une patiente très jeune au mois de mars, une
patiente de mon âge, ça ça a été un choc aussi. Mais cette jeune patiente trisomique, son état
s'est tellement dégradé, enfin elle avait une forme tellement sévère que ça nous a tous choqué,
autant l'équipe, l'équipe soignante que nous les kinés et c'est vrai qu'on a, il a été nécessaire qu'on
en parle entre nous parce qu'on a tous eu le même ressenti et voilà, forcément bah on est, on est
humain, donc on a ressenti beaucoup de tristesse aussi. Et c'est inhérent à la fonction de soignant
mais c'est vrai que d'en parler déjà entre nous sans tabou c'est la chose la plus importante déjà.

138 I – Ok. Nous allons maintenant aborder le deuxième thème qui porte sur votre vision du burnout.
Concernant la définition du burnout : dans la littérature scientifique, plusieurs modèles descriptifs
140 existent mais le plus utilisé est le suivant : c'est « un syndrome d'épuisement émotionnel, de
dépersonnalisation et de réduction de l'accomplissement personnel qui apparaît chez les individus
142 impliqués professionnellement auprès d'autrui ». **D'après votre expérience professionnelle du
burnout, que pensez-vous de cette définition ?**

144 E – Je pense qu'elle est euh, qu'elle est adéquate. Oui, elle me semble euh, elle me semble bien
oui.

146 I – **Pensez-vous que certains éléments manquent éventuellement à cette définition ?**

E – Est-ce que tu pourrais répéter ? euh, parce qu'il y a plusieurs items, donc tu peux me la répéter.

148 I – C'est « un syndrome d'épuisement émotionnel, de dépersonnalisation et de réduction de
l'accomplissement personnel qui apparaît chez les individus impliqués professionnellement auprès
150 d'autrui ».

E – Alors c'est pas toujours, il y a pas que les soignants qui sont exposés au burnout, qui sont en
152 lien avec autrui. Il y a des gens qui souffrent de, d'épuisement professionnel dans des, dans, dans
des usines, dans des, dans des boîtes classiques qui sont pas du tout en rapport avec euh, avec
154 euh, comment dire, pas du tout dans, dans, dans un métier du soin. Euh, l'épuisement
professionnel peut toucher tout le monde, tous les domaines, tous les âges, tous les corps de
156 métier donc je pense que euh ça ça pourrait éventuellement être, être un peu plus défini, un peu
plus étoffé parce que il y a pas que les soignant, vraiment j'ai eu, j'ai plein de cas euh,
158 complètement différents. Et l'épuisement au travail voilà, il peut toucher tout le monde.

I – Ok. La complexité du burnout peut rendre la prise en charge des personnes qui en souffrent
160 singulière. En lien avec cette spécificité, **éprouvez-vous des difficultés ou rencontrez-vous des
freins pour prendre en charge certains patients ?**

162 E – Euh bah du coup ça recoupe un petit peu ce que j'ai dit tout à l'heure avec le, le patient que
j'ai eu, l'aide-soignant que j'ai dû prendre en charge. Et du coup la prise en charge a été
164 compliquée pour moi. Parce que euh au départ euh, bah il, le, le cadre surtout en psychiatrie, en
santé mentale, il y a la nécessité d'un cadre beaucoup plus stricte, que dans les soins par exemple
166 en libéral, et ce cadre-là j'ai eu du mal à le maintenir parce que le patient le respectait pas et, et

forcément j'ai aussi été touchée parce qu'il travaille en réanimation, je travaille en réanimation, il a
168 perdu des patients, il a vu un proche mourir, ça m'est également arrivé en réanimation. Euh on
est, voilà il est en service covid, on travaille aussi en service covid et il avait le même âge que moi,
170 euh, et dans un hôpital voilà à quinze kilomètres de chez nous enfin voilà il y avait beaucoup de
choses qui permettent, qui provoquaient aussi forcément une identification, euh et il y a ce
172 phénomène de transfert-contre transfert qui, dans ce cas, qui était trop fort, trop intense et du coup
qui m'a mis un peu mal à l'aise. Pas pendant la séance, j'ai réussi à la gérer la séance mais j'ai
174 été contente que ce soit mon collègue qui face la séance suivante parce que par chance j'étais
pas là le jour de la séance suivante. Et euh, et j'ai senti que le patient avait déjà eu un, une sorte
176 d'attachement envers moi par ces phénomènes de transfert-contre transfert et que j'ai ressenti,
que j'ai détecté et on est exercé à ça, on doit. Le plus important c'est d'en prendre conscience et
178 de prendre du coup les, euh, les bonnes décisions pour recadrer les choses. Et du coup j'en ai pris
conscience, je l'ai détecté très rapidement et au courant de la séance et voilà j'étais contente que
180 ce soit un collègue qui puisse le prendre en charge. Et sinon si j'avais été présente, j'aurais
demandé à ce que ça soit un collègue qui prenne la suite pour qu'il y est, pour que ce lien soit
182 coupé, qui était, qui est pas sain ni pour lui ni pour moi. Mais ce qui rend difficile parce que voilà,
on est, on est humain, on est forcément, on ressent des choses, il y a des identifications. Comme
184 dit, en tant que soignant, quand on prend un autre soignant en charge victime d'un burnout bah
forcément on est plus touché donc euh, voilà.

186 I – Le thème suivant s'intéresse maintenant à la prise en charge du burnout. **Quels sont les**
éléments spécifiques auxquels vous êtes attentive pour proposer une prise en
188 **charge adaptée à chaque patient ?**

E – Euh, tu parles d'une prise en charge kiné purement ou une prise en charge globale du
190 burnout ?

I – Euh, c'est difficile, plutôt, dans le cadre du burnout, les prises en charge que vous avez pu
192 effectuer des personnes en souffrant.

E – Alors tu peux répéter l'énoncé de la question.

194 I – **Quels sont les éléments spécifiques auxquels vous êtes attentive pour proposer une**
prise en charge adaptée à chaque patient ?

E – Spécifiques de la prise en charge (...). On va, comment dire (...), on va essayer de trouver
196 des objectifs euh, euh, cohérents qui vont pas mettre en échec le patient. Euh je sais pas si tu vois
ce que je veux dire parce que c'est des gens très fragiles qui ont une estime de soi très très, très
198 très abîmée, qui ont un sentiment de culpabilité très fort de, d'avoir pas réussi, de se retrouver
dans cet état de burnout et donc nous on va vraiment orienter notre prise en charge de manière à
200 valoriser les gens et à surtout pas les mettre dans une situation d'échec ou de proposer des choses
trop compliquées qui vont les faire baisser les bras et puis les culpabiliser encore plus. On va
202 essayer de les valoriser et de valoriser aussi le moindre effort, le moindre progrès, mettre en
lumière voilà, un maximum de choses positives pour redonner confiance en soi, reprendre
204 confiance dans son corps, calmer les douleurs et essayer aussi de détecter euh dans, dans le
corps euh, les éléments euh comment dire, ce qui va apparaître dans leur corps et qui vont être
206 des éléments qui vont peut-être leur faire prendre conscience qui a, qui somatisent une douleur
morale. Mettre un petit peu ça en lumière. Trouver pourquoi euh, pourquoi euh, enfin ... Est-ce
208 que c'est clair ?

210 I – Oui oui bien sûr.

E – Oui ? Voilà. Je pense que c'est des éléments importants.

212 I – Ok. **D'après vous, de quelle façon l'avenir professionnel de la personne influence-t-il**
votre prise en charge ?

214 E – L'avenir professionnel ?

I – Oui.

216 E – Influence ma prise en charge (...). Moi j'ai pas d'impact sur euh, euh, sur la suite de l'avenir
professionnel des patients hein. Ça c'est plus je pense un médecin traitant qui pourra prendre des
218 décisions autres, peut-être une réorientation professionnelle des, des choses comme ça, suite à
une incapacité euh médicale, tu vois. Moi, à part laisser le patient s'exprimer sur sa souffrance au
220 travail et peut être aussi mettre en lumière ce qui allait pas et lui faire prendre conscience qu'il y a
peut-être des choses qu'il va devoir changer. Mais ça je peux pas le décider pour lui. C'est plus le
222 médecin qui va pouvoir peut être lancer euh une expertise peut être voilà pour, pour peut-être
réorienter la personne au niveau professionnel si son état physique ou mental ne permet plus de
224 continuer dans cette voie actuelle par exemple, mais c'est moins notre rôle à nous je pense.

I – Ouais, ok. **En prenant pour exemple un cas de burnout auquel vous avez été confrontée
226 durant votre carrière, pouvez-vous m'en dire davantage sur la manière dont vous prenez en
charge ces personnes ?**

228 E – Bah là du coup c'est ce que je t'ai raconté dès le départ hein. La personne, l'aide-soignant de
réanimation. Euh, parce que c'est vraiment le dernier que j'ai pris en charge et je me souviens pas
230 de tête là d'une autre personne. Pour un burnout au travail, non, je pense que ce cas-là est
vraiment, est vraiment bien parce que il est d'actualité et du coup je pense que je t'ai donné les
232 informations les plus importantes et pertinentes et que, c'est un bon exemple.

I – Oui très.

234 E – Tu pourras reprendre ce que j'ai dit au début.

I – Mais plus précisément, **quels outils, techniques ou approches utilisez-vous face au
236 burnout ?**

E – Bah je pense que c'est ce que je disais tout à l'heure aussi. Euh, des méthodes de, de prise
238 de conscience du corps. Moi j'utilise, alors c'est, j'utilise beaucoup chez quasiment tous les patients
en santé mentale, c'est la méthode Pilates par exemple où on utilise beaucoup la respiration et la
240 prise de conscience du corps, la concentration, la coordination, tout ça pour être de nouveau ancrer
dans l'instant présent dans le corps, dans les sensations, pour que les patients retrouvent un
242 feedback entre les informations que leur corps sont en train de leur donner et qu'ils écoutent pas
forcément. Donc euh j'aime bien ce type de technique là par la méthode Pilates. Je vais la semaine
244 prochaine normalement faire la formation de yogathérapie. Donc euh, il y a aussi ces méthodes
maintenant d'application du yoga à l'hôpital pour essayer de euh, de soigner les gens et je pense
246 que ça a sa place dans la prise en charge du burnout parce qu'il y a aussi des exercices très
simples de remise en mouvement, de respiration, de connexion à soi, qui sont importants. Du coup
248 les exercices, les approches de méditation de pleine conscience qui ont leur place, ont vraiment
une place primordiale dans ces prises en charge, voilà.

250 I – Les thérapies médicamenteuses sont, dans la majeure partie des cas, la première alternative
choisie dans le traitement du burnout une fois le diagnostic posé. Pourtant, en 2017, la Haute
252 Autorité de Santé a élaboré des recommandations de bonne pratique qui soulignent l'intérêt
« d'une prise en charge non médicamenteuse » du burnout. **Que pensez-vous de ces deux
254 approches médicamenteuses et non médicamenteuses ?**

E – Tout dépend du stade et de l'état dans lequel le patient se trouve. Quand les patients sont
256 dans un état de pré-burnout, on peut encore inverser la tendance par des méthodes non
médicamenteuses. Mais quand un patient a vraiment atteint, on va dire « touché le fond »,
258 décompensé d'un burnout euh ils sont dans une détresse extrême et il y a un risque suicidaire très
élevé aussi et là il y a la nécessité de soins en urgence et euh de soins médicamenteux qui sont,
260 qui sont nécessaires je pense dans l'urgence. Donc tout dépend du stade dans lequel se trouve la
personne. Et euh, et par la suite, quand les patients donc en dehors de cette phase aigüe, quand
262 on est vers une phase un peu plus chronique et que les patientes, les patients commencent à se
sentir mieux, c'est vrai que des approches ensuite par la méditation de pleine conscience
264 apparemment euh évitent les rechutes de la même manière donc en, en prévention des rechutes,
sont aussi efficaces euh que les traitements médicamenteux donc dans la phase euh, hors phase
266 aigüe hein donc dans la phase chronique pour éviter les rechutes et pour le suivi des patients, ces
techniques-là donc non médicamenteuses euh, les études ont montré qu'il y avait euh le même
268 impact positif que, que les traitements antidépresseurs. Donc euh, donc par la suite effectivement

270 je pense qu'il y a d'autres alternatives pour soigner ces gens-là. Mais dans l'urgence, les
antidépresseurs, les anxiolytiques ou autres, enfin voilà tout dépend des cas mais je pense que
c'est nécessaire.

272 I – Le thème suivant concerne les techniques qui peuvent être utilisées face au burnout. Certains
traits de personnalité favoriseraient le développement d'un burnout, c'est le cas par exemple de
274 l'instabilité émotionnelle et du caractère consciencieux pouvant amener à un état de stress
permanent. **Quelle importance accordez-vous aux techniques de détente et de gestion du**
276 **stress ?**

E – Bah elles ont une place très importante en prévention et ensuite en, c'est des techniques
278 complémentaires à la prise en charge médicamenteuse hein. Mais effectivement, en prévention, il
y a, oui il y a des gens plus fragiles que d'autres, en fonction des personnalités, en fonction du
280 vécu de chacun, les gens seront un peu plus fragiles et un peu plus prédisposés à aller vers un
épuisement professionnel mais c'est toujours multifactoriel, c'est complexe. Et on peut pas mettre
282 des gens dans des cases mais euh oui il y a des gens plus fragiles. Mais euh je pense qu'en
prévention il y a beaucoup de choses à faire au niveau information et prévention. Et ces
284 techniques-là ont leur place en prévention et ont leur place ensuite euh hors de la phase aigüe
pour la récupération de ces patients-là. Et je, je pense qu'il faut une approche pluridisciplinaire
286 avec vraiment différentes méthodes et par la suite, voilà il faut, il faut que les gens aient des
habitudes de vie, une routine, une routine quotidienne. Il va falloir qu'ils changent leurs habitudes
288 de vie professionnelle et personnelle pour intégrer des techniques de gestion du stress au
quotidien pour ne pas faire de rechute et ça peut passer par des, des techniques de relaxation, de
290 médiation, de yoga, de Pilates, de Tai Chi, de Chi Gong, de sport, de, de, voilà plein d'autres
approches mais qui vont avoir un effet bénéfique autant en prévention primaire euh qu'en
292 prévention secondaire et tertiaire pour éviter les rechutes. Ouais, ça a vraiment une grande place.

I – Ok. Il a été montré que le burnout peut être associé à une détérioration des fonctions cognitives
294 telles que la concentration, l'exécution et la mémoire. **Dans ce contexte et d'après votre**
expérience, que pensez-vous des techniques de thérapie cognitive ?

E – Euh alors moi j'y suis pas formée mais j'en ai beaucoup entendu parler dans la formation de
296 pleine conscience qui est donnée par un psychiatre et qui lui utilise les techniques de thérapie ACT
et euh mêlées à des, à l'utilisation de la pleine conscience. Et effectivement, de toute façon rien
298 que déjà les techniques de méditation de pleine conscience, de mindfulness, c'est un travail de
l'attention qui va avoir un impact positif sur l'attention, sur la concentration et sur, sur, sur, sur ce
300 dont tu, sur ce que tu viens de citer donc euh effectivement ça a un grand grand intérêt. Et les
autres thérapies cognitivo-comportementales, mais après je suis pas psychologue donc je les
302 connais pas mais j'ai entendu parler de la thérapie ACT qui est très très intéressante et je peux te
transmettre les liens vers des conférences de ce psychiatre. La conférence est très intéressante
304 et j'ai fait un résumé pour moi pour la formation justement que je peux t'envoyer aussi si tu veux.

306 I – Oui je veux bien, c'est intéressant de voir ça.

E – Tu m'y feras penser (rires).

308 I – Oui (rires). Les symptômes physiques non spécifiques constituent l'une des cinq catégories de
symptômes caractérisant le burnout selon la HAS. Les troubles musculo-squelettiques en sont un
310 exemple. **De quelles manières effectuez-vous ou envisagez-vous le traitement de ces**
troubles ?

E – On les soigne de manière classique hein, comme une pathologie ostéoarticulaire classique.
312 Mais on va, on va essayer aussi de trouver la cause parce qu'on, pendant l'anamnèse et pendant
les soins, on essaye quand même de savoir qu'est-ce qui a amené le patient dans cet état-là euh,
314 pour trouver aussi voilà, trouver la racine du mal, trouver la cause pour pas juste soigner le
symptôme mais essayer de, de, de trouver la cause. Et si la cause est bah elle est pas juste
316 mécanique ou ostéoarticulaire mais qu'on retrouve cette détresse émotionnelle et cette détresse
psychique bah on essaye peut être de faire le lien et d'en faire prendre conscience au patient.
318

I – Ouais. **Quelle est la place, selon vous, de la promotion de l'activité physique dans la prise**
320 **en charge du burnout ?**

322 E – Bah c'est, ça a totalement sa place comme dans tout ce que je citais tout à l'heure, comme
techniques hein. Le sport on sait que c'est, c'est, c'est bon pour la santé, pour la gestion du stress,
324 pour la gestion des émotions pour euh, ça aide à la concentration, ça améliore le sommeil, ça
améliore la qualité de vie de manière générale donc si, si avec un gros stress au travail les gens
326 malgré tout ont encore du temps pour eux et du temps pour avoir une activité physique régulière
qui va peut-être tempérer les choses et bah ça va éviter de peut-être limiter les choses et éviter
328 d'aller jusqu'à un burnout. Donc c'est extrêmement important, après ça c'est en tant que kiné enfin
je, je promeus le mouvement et le sport au quotidien, c'est ce qu'il y a de plus important. C'est ce
qui nous fait rester en bonne santé à tous les niveaux et à ce niveau-là du coup.

330 I – Oui. Selon les données issues de la littérature, la pluridisciplinarité semble être un élément
essentiel pour faire face au burnout. Dans ce contexte, **lorsque vous proposez une prise en**
332 **charge à un patient souffrant de burnout, êtes-vous amené à collaborer de manière**
privilegiée avec d'autres acteurs ?

334 E – Euh bah du coup au sein de l'hôpital euh, l'hôpital psychiatrique bah on échange avec l'équipe
soignante évidemment, avec les infirmiers. Euh pas toujours avec les psychiatres parce qu'on a
336 pas la possibilité d'aller à toutes les réunions de staff parce que l'hôpital est immense et il y a une
quinzaine de service mais on a accès à toutes les, toutes les observations médicales, tous les
338 entretiens médicaux sont retranscrits dans le dossier patient auquel on a accès. Donc ça on le lit
très régulièrement pour savoir euh aussi, au moment du bilan initial dans quel état est le patient
340 au moment où on va le prendre en charge donc on a ces informations-là. Et, et on échange aussi
beaucoup avec les soignants soit quand ils nous amènent le patient pour ce qu'il s'est passé le
342 jour même ou voilà dans quel état se sent le patient, est-ce qu'il est, il était pas bien ce matin au
réveil et que du coup la séance va être un peu plus compliquée ou que les traitements sont pas
344 bien supportés ou qu'il va falloir qu'on fasse attention ou que les gens sont très fatigués depuis
quelques jours ou. Les infirmiers vont nous donner des informations clés que eux remarquent au
346 quotidien parce qu'ils suivent vraiment les patients toute la journée, nous on les voit un heure dans
la journée, deux à trois fois par semaine donc c'est différent. Et on, souvent j'appelle le service
348 quand j'ai des questions complémentaires ou quand je veux savoir pourquoi ça se passe d'une
telle manière, il a un tel comportement dans le service et un autre comportement avec nous, voilà,
350 cet échange-là est important. Donc avec les psychologues on a pas, c'est vrai qu'on a pas de
contact direct avec les psychologues ou les psychiatres. Mais surtout les infirmiers mais qui eux
352 font le lien avec, ils sont toujours présents avec le psychiatre pendant les entretiens donc font le
lien aussi justement entre nous tous.

354 I – Ok. De manière générale, **quelle place donnez-vous à la masso-kinésithérapie dans cette**
prise en charge pluridisciplinaire du burnout ?

356 E – Je dirais que (...), je, je, je pense que c'est, c'est extrêmement important. Je pense qu'il y a la
prise en charge médicale et paramédicale. Avec, avec les médecins, avec les psychiatres, les
358 psychologues, éventuellement une assistance sociale qui, qui va aider les patients pour la suite,
les infirmiers et les kinés, c'est, c'est indissociable je pense quand l'état du patient le permet, en
360 phase aigüe euh, c'est peut-être pas possible, les patients sont pas forcément en état. Là je parle
vraiment de, de, de burnout très lourds où des gens qui sont hospitalisés chez nous où dans les
362 premiers jours, les premières semaines ils sont pas forcément en état de venir chez nous. Et
parfois ont pas, pas de soucis somatiques qui nécessitent une prescription de kiné, ils ont pas tous
364 de la kiné. Mais euh, mais quand ils ont, quand il y a une nécessité de rééducation ça fait vraiment
partie intégrante de l'évolution de la prise en charge du patient vers une évolution vraiment positive
366 euh, à tous les niveaux, voilà, aux différents niveaux.

I – Ouais, ok. Donc d'après vous, **quelles sont les compétences qui semblent nécessaires au**
368 **masseur-kinésithérapeute pour mener à bien ce type de prise en charge ?**

E – (...) Bah les compétences elles viennent avec l'expérience hein. Euh après euh, normalement
370 en tant que soignant bah on a des compétences, on doit être empathique, on doit pouvoir être à
l'écoute, être à l'écoute et détecter la souffrance des patients sans être non plus trop affecté parce
372 qu'on doit garder ce, ce, ce cadre de soin qui est nécessaire au patient pour aller mieux. Mais voilà
l'empathie, l'empathie, l'empathie, l'écoute et savoir réagir euh, savoir, ouais savoir écouter. On
374 peut pas prendre les décisions à la place des patients mais, mais on les écoute et parfois c'est eux
qui vont réussir à trouver aussi la solution et à amener le changement qui sera nécessaire pour,

376 pour changer et pas, pas retomber dans les mêmes, dans les mêmes mécanismes quand ils vont
378 sortir de l'hôpital et retourner au travail. Donc c'est, voilà. Je pense beaucoup d'écoute, beaucoup
380 d'écoute, on guide les patients mais, mais, mais c'est à eux de faire leur propre choix et de trouver,
382 et ça c'est aussi par les, les thérapies ACT où on amène le patient à prendre conscience de ses
384 valeurs et de ce qui est important pour lui et de réorienter ses, ses, ses actions et sa vie vers
386 quelque chose qui a plus de sens. Euh, retrouver du sens, souvent il y a une perte de sens quand
on a des personnes en burnout, euh, ils ont plus de, de sens à leur vie professionnelle ou
personnelle et c'est vrai qu'on essaye de, par ces thérapies-là de les réorienter vers des choses
qui sont importantes pour eux et de dégager ce qui est important, ce qui est urgent ou pas, ce qui
est important pour eux, ce qui a du sens et les amener vers ce changement-là. Et ça, ce
changement-là ça va être initié, ça doit être initié par eux-mêmes mais on les guide un petit peu.

I – Ok. Pour conclure sur les approches non médicamenteuses, **auriez-vous des conseils ou
388 recommandations à donner à un autre masseur-kinésithérapeute prenant en charge une
personne souffrant de burnout ?**

E – Bah j'aime bien parler de, de la méditation pleine conscience. J'en, j'en discute, je suis la seule
à être formée, à être en cours de, de formation euh sur cette technique et c'est vrai que, d'en
392 parler, d'informer déjà des, d'informer mes collègues sur ce, sur ce type d'approche je pense que
c'est bien. Euh je crois que j'ai un collègue qui a été formé en hypnose aussi pour la gestion de la
394 douleur et du stress. Voilà, chacun, chacun a des compétences différentes, des outils différents
mais le but est toujours le même. C'est, on a chacun des formations, des expériences, des vécus
396 différents mais euh, mais le but est toujours de, de donner ce qui a de, de, de mieux à notre patient
et de trouver ce qui lui conviendra de mieux. On va peut-être essayer certaines techniques avec
398 certains patients. Le Pilates va être très bien et d'autres patients chez qui ça a pas réussi du tout
et du coup bah, j'ai utilisé une autre approche. Et on a tous différents outils et euh, et euh voilà.
400 On essaye de trouver ce qui va correspondre le mieux au patient. Voilà, est-ce que ça répond à la
question ?

402 I – Oui, oui, oui, parfait.

E – Oui ?! parfois j'oublie, je parle et j'oublie le début de la question (rires).

I – Non, non, c'est très bien (rires). Et bah nous avons maintenant abordé toutes les questions.
**Avez-vous quelque chose éventuellement à ajouter que nous n'aurions pas encore
406 abordé ?**

E – Non je pense que j'ai beaucoup parlé. J'espère avoir euh, avoir trouvé les réponses qui ont du
408 sens et euh, et qui vont t'apporter.

(...) : Echange supplémentaire avec l'expert.

(...) : Accueil de l'expert, présentation de l'étude et du déroulement de l'entretien.

2 Intervieweur – Ok, alors nous allons débiter l'entretien. Le premier thème que nous allons aborder
concerne votre expérience personnelle sur le burnout. La détection et le diagnostic du burnout sont
4 deux étapes primordiales mais souvent retardées par la complexité et la méconnaissance de ce
syndrome. **Ainsi, en vous basant sur votre pratique professionnelle quotidienne, quelle**
6 **proportion représentent les adultes souffrants de burnout, qu'il soit suspecté ou**
diagnostiqué, au sein de votre patientèle ?

8 Expert – Alors c'est vrai que dans mon activité je peux être amené à rencontrer des personnes qui
souffrent de burnout ou qui du moins en présentent certains symptômes et ça peut être une
10 certaine fréquence, on peut dire à peu près, je dirais au moins une personne par semaine.

I – D'accord. Donc c'est quand même une fréquence assez importante, assez élevée.

12 E – Oui, tout à fait. Après bon c'est à mon poste hein, étant donné que je suis psychologue du
travail, que j'accompagne les personnels des hôpitaux, avec la période de la crise, il y a quand
14 même cette souffrance qui émane de plus en plus et ce sens au travail qui se perd aussi au niveau
de l'activité.

16 I – Oui. **Avez-vous remarqué une majoration de ce phénomène durant ces cinq dernières**
années ?

18 E – Alors euh, c'est une bonne question. Moi je suis dans l'activité, en tant que psychologue du
travail, ça va faire trois ans que je pratique. Donc euh, on va dire que j'ai pas le regard sur les cinq
20 dernières années mais par contre, euh, sur la, avant j'étais dans la fonction publique territoriale,
maintenant que je travaille dans la fonction publique hospitalière, c'est une impression centrée sur
22 le métier mais j'ai tout de même l'impression que il y a une augmentation quand même du type de
burnout.

24 I – D'accord. **Et donc vous avez vu une augmentation très nette là depuis la période**
d'apparition de la covid ?

26 E – Oui, oui oui, tout à fait, sur le personnel soignant effectivement oui. Parce qu'il a fallu suppléer
la charge de travail, il a fallu remplacer des collègues, euh il a fallu renoncer à des congés et des
28 RTT donc on va dire que la charge de travail a réellement été augmentée et l'implication pour
répondre aux demandes était présente. Donc on a effectivement le cas de personnes qui
30 souffraient de burnout dans le sens où ils étaient physiquement et psychologiquement et
émotionnellement épuisés de leur activité.

32 I – Ok. **En vous basant sur votre expérience, pouvez-vous me décrire votre rôle dans le**
parcours de soin d'une personne souffrant de burnout ?

34 E – Alors dans le cadre de mon activité, donc moi je, je peux, je suis amené à rencontrer soit la
personne même donc la personne qui peut souffrir du burnout sur sa demande donc dans le cadre
36 d'une consultation individuelle et je peux aussi être amené à rencontrer les cadres de service voir
le service en entier pour accompagner ce dernier sur toutes les problématiques d'organisation du
38 travail. Donc moi mon objectif c'est d'identifier les personnes qui sont en souffrance
professionnelle, notamment le burnout, et de tenter d'améliorer sa perception du travail mais aussi
40 de l'organisation du travail en agissant directement dans le service à travers des outils de
réorganisation du travail, euh à travers des questionnaires d'identification de la charge de travail
42 et différents éléments de, de ce type-là.

I – D'accord.

44 E – Je vais juste mettre en « ne pas déranger », voilà (rire).

I – Pas de soucis. **Pensez-vous avoir changé votre prise en charge du burnout au fur et à**
46 **mesure de vos années de pratique et des expériences vécues ?**

E – Alors euh, jusqu'à maintenant c'est vrai que j'ai jamais été en confrontation avec des personnes
48 en burnout donc là le fait d'avoir vécu la crise covid, ça m'a amené à justement devoir développer

les compétences, les connaissances dans le domaine. Donc notamment savoir réorienter une
50 personne qui peut être en souffrance sur le burnout suite par exemple à des problématiques
individuelles qui nécessite un traitement de, on va dire tertiaire. On va prendre le traitement
52 primaire, secondaire et tertiaire. Sinon en termes d'accompagnement, c'est vraiment sur du
primaire et du secondaire que moi je vais me baser, que je vais accompagner en fait c'est vraiment
54 cette idée de réorganisation du service, améliorations fonctionnelles et relationnelles au sein des
professionnels.

56 I – Ok.

E – Donc on va dire oui mon activité a évolué vu qu'elle est centrée sur cette crise sanitaire qui
58 nécessite, enfin qui induit effectivement un burnout plus fréquent.

I – Ouais, ok. Nous allons maintenant aborder le deuxième thème qui porte sur votre vision du
60 burnout. Concernant la définition du burnout : dans la littérature scientifique, plusieurs modèles
descriptifs existent mais le plus utilisé est le suivant : c'est « un syndrome d'épuisement
62 émotionnel, de dépersonnalisation et de réduction de l'accomplissement personnel qui apparaît
chez les individus impliqués professionnellement auprès d'autrui ». **D'après votre expérience
64 professionnelle du burnout, que pensez-vous de cette définition ?**

E – Bah je pense qu'elle présente les premiers aspects effectivement. C'est effectivement un
66 épuisement émotionnel. Mais je, je rajouterai aussi qui, qu'il est certes émotionnel mais il peut
être aussi physique, enfin pour ma part je le considère aussi à ce niveau-là hein. Quand on est
68 surinvesti dans son travail, on peut avoir une fatigue qui peut se dessiner à ce niveau-là. Et euh,
effectivement il est en lien aussi avec l'activité de travail et le, et les, cette sensation effectivement
70 de, moi je parlerai aussi de risques psycho-sociaux autour de ça. Tous ces éléments qui, à partir
du moment où on a un, un déséquilibre entre la perception des ressources que l'on a et les
72 contraintes qui font face à nous. Si les contraintes sont plus importantes que les ressources que
l'on a pour faire face à la situation on va forcément être en situation de difficulté, en souffrance. Et
74 si ça se chronicise, si ça dure dans le temps, on va effectivement finir dans une situation de
burnout, de détresse émotionnelle.

76 I – Ok, hormis l'élément que vous venez de me dire, **pensez-vous que d'autres éléments
pourraient manquer à cette définition ?**

78 E – Euh bah pour moi tout ce qui va toucher effectivement au côté charge de travail, euh,
intensification du rythme de travail, les interruptions fréquentes, enfin c'est vraiment en fait tous
80 les critères qu'on peut identifier pour améliorer justement le, le, ou limiter l'apparition du burnout
sur le côté professionnel. Il y a aussi ce qui est reconnaissance et soutien professionnel. Un
82 professionnel qui va manquer de reconnaissance et de soutien de la part de sa hiérarchie, de ses
collègues de travail peut effectivement souffrir plus facilement d'un burnout étant donné qu'il a pas
84 de personnes sur qui se rattacher ou de personnes sécurisantes ou sécurisantes dans le cadre de son
activité.

86 I – Ok. Alors, la complexité du burnout peut rendre la prise en charge des personnes qui en
souffrent singulière. **En lien avec cette spécificité, éprouvez-vous des difficultés ou
88 rencontrez-vous des freins pour prendre en charge certains patients ?**

E – Alors c'est effectivement, on va dire que la, le, le burnout ça reste un état qui est comme vous
90 disiez singulier à la personne. Donc c'est une personne qui va le ressentir dans une situation
spécifique parce que, comme dit, euh on est pas tous à même de ressentir le stress de la même
92 manière. Si maintenant on prend un échantillon de dix personnes qu'on va mettre dans une
situation spécifique, il y en a peut-être que une qui va ressentir du stress, mais par contre s'il y en
94 a neuf, huit ou neuf qui ressentent du stress, c'est que là effectivement c'est quelque chose qui est
commun et partagé à tous et il est nécessaire d'agir dessus. Néanmoins c'est important de pouvoir
96 identifier même quand l'individu est seul par rapport au groupe de dix personnes. Donc, il peut y
avoir des facteurs qui sont personnels, en termes d'organisation du travail ou de gestion du travail.
98 Il peut y avoir des facteurs extérieurs aussi en termes de, oui de, de, de comment la personne
perçoit son activité de travail et sa charge de travail. Donc effectivement, c'est un
100 accompagnement qui se fait de manière individuelle quand on traite du burnout. Néanmoins, il faut
aussi prendre en compte euh, pour ma part l'accompagnement va se faire aussi sur le côté

102 organisationnel du travail, c'est-à-dire on va aussi veiller à ce que son poste de travail soit adapté
à lui. Comme dit, on adapte le poste de travail à l'Homme et c'est pas l'Homme qui doit s'adapter
104 à son poste de travail, et euh justement on a décidé dans toute cette vision-là.

I – Ouais, ok. **Mais vous il y a pas, au cours d'une des prises en charge, où vous avez
106 particulièrement éprouvé des difficultés ?**

E – Alors les difficultés que je vais éprouver elles seront pas forcément de l'ordre de
108 l'accompagnement de l'individu, elles vont être de l'ordre de justement comment amener son
travail à être acceptable pour l'individu. C'est vraiment dans cette notion-là, c'est-à-dire comment
110 est-ce qu'on peut aujourd'hui aider l'individu à retrouver un espace de travail dans lequel il peut se
développer, se sentir bien. Parce que comme dit, on peut traiter le burnout sur la personne, mais
112 par contre si maintenant elle retourne son poste de travail et qu'il a pas changé bah elle va
retourner enfin elle va pas forcément retourner mais elle va rester dans une situation qui est la
114 souffrance est présente.

I – Ouais, ok. Le thème suivant s'intéresse maintenant à la prise en charge du burnout. **Quels sont
116 les éléments spécifiques auxquels vous êtes attentif pour proposer une prise en
charge adaptée à chaque patient ?**

E – Alors ça va être bah déjà là, l'identification que le burnout existe. Donc ça peut être à travers
118 une échelle, un outil de mesure par exemple. Ou alors ça peut être à travers le discours, l'échange
qu'elle peut apporter. Donc euh, on peut l'identifier assez facilement à travers des questions clés,
120 des questions type, d'évaluation du stress, de reconnaissance de sa manière de s'exprimer sur le
travail, de comment est-ce qu'elle ressent la souffrance. Et ensuite en termes d'agissement, ça va
122 être, en termes de deuxième démarche, ça va être de l'accompagner sur son poste de travail, soit
on va réaménager le poste de travail soit on va essayer de voir pour répartir la charge de travail
124 différemment sur la journée ou alors sur la semaine et on peut aussi utiliser des échelles de mesure
à ce niveau-là pour euh, je. Par exemple, ce qui peut se faire et ce que je fais en général dans des
126 postes singuliers, c'est-à-dire des postes, par exemple il y a pas quarante personnes qui font le
même métier mais une personne spécifique. Elle peut utiliser un journal de bord. C'est un journal
128 dans lequel elle va écrire quotidiennement les activités qu'elle fait, comment elle les fait, les
problématiques qu'elle rencontre en termes d'émotions etcetera. Et sur une semaine on peut avoir
130 une idée de comment elle répartit son activité et ensuite on peut prendre cet outil pour redéfinir la
charge de travail et voir comment la répartir différemment voir l'adapter.
132

I – Ok, ouais. **Alors en prenant pour exemple un cas de burnout auquel vous avez été
134 confronté durant votre carrière, pouvez-vous m'en dire davantage sur la manière dont vous
vous prenez en charge ces personnes ?**

E – Alors, pour prendre un exemple précis, j'ai eu un agent, donc un professionnel qui est venu
136 une fois s'exprimer en termes de surcharge de travail dans le sens où à la base son activité était
normale et qui a été réorganisée et il a obtenu une augmentation de sa charge de travail donc une
138 augmentation de la quantité de travail. Euh cette personne au départ ne présentait aucun
symptôme, aucune difficulté mais sur le long terme, un mois après, s'est présentée avec une
140 expression de souffrance euh émotionnelle, physique, de plus pouvoir joindre les deux bouts c'est-
à-dire que elle démarre le matin et elle n'arrive pas à terminer son activité le soir. En plus de ça
142 s'est ajouté des souffrances physiques dans le sens où son activité étant principalement manuelle,
dans la fin de, le lundi par exemple et le mardi ça va mais à partir du mercredi ça devient difficile
144 et le vendredi c'est infaisable. Parce qu'en fait l'activité a été pensée sur une durée quotidienne et
pas sur une durée quotidienne en prenant en compte le fait qu'elle puisse se renouveler pendant
146 cinq jours d'affilée. A contrario, cette personne travaille avec des personnes qui sont en mi-temps
thérapeutique ou en mi-temps en termes d'activité de temps de travail et donc ces gens ne viennent
148 que ponctuellement soit le mardi soit le jeudi et ces personnes ne présentent pas cette souffrance
par rapport à ça parce qu'ils ont le temps de récupérer on va dire entre deux, deux périodes
150 d'activité. Donc là on était vraiment sur un cas d'une personne bah qui est en arrêt actuellement
hein parce qu'elle est vraiment en souffrance émotionnelle par rapport à ça, parce qu'elle se sent
152 dévalorisée, elle se sent pas en capacité de réaliser son activité qui jusqu'à maintenant, pendant
vingt ans, elle a pu le faire sans problématique. Donc en termes d'accompagnement, c'est déjà
154 rassurer la personne sur le fait de lui faire comprendre que le métier qu'elle réalise il a changé
donc c'est normal aussi que il faut un temps d'adaptation pour y arriver et en même temps lui faire
156

comprendre que c'est pas non plus, c'est que sa souffrance est entendable, qu'elle existe et qu'elle
158 nécessite justement d'être accompagnée par rapport à ça. Donc déjà le fait d'identifier que la
souffrance qui vient de la personne, et souvent c'est ce que je remarque hein, quand les gens
160 comprennent que la souffrance c'est pas eux qui sont la pierre angulaire mais que c'est aussi
l'organisation du travail qui les impacte eux, permet déjà de les libérer. Déjà on ressent un gros
162 « fff, ok donc c'est pas moi le problème » (rire). Et ensuite, bah à partir de là, on, on va essayer de
voir comment trouver des solutions. Donc en général on va prendre des entretiens avec les cadres
164 où on va essayer d'identifier comment limiter la charge de travail de la personne ou voir comment
est-ce qu'on peut la répartir différemment tout en veillant à ce que ça soit pas non plus reporté sur
166 d'autres collègues qui à ce moment-là vont eux être en souffrance. Mais à ce que ça soit bien
réparti, au niveau total. Et euh, par rapport à ça, après il faut aussi accompagner le professionnel
168 dans le retour d'activité parce que souvent il y a cette sensation de peur, de crainte et euh, j'ai, j'ai
pas les termes, j'ai le mot dégoût qui vient en tête mais c'est pas celui que je veux dire hein, c'est
170 un peu synonyme mais c'est des personnes qui sont vraiment dans cette idée de pas pouvoir
retourner au travail donc il faut aussi les accompagner sur ça, leur donner des outils on va dire en
172 termes de, de, de perception de soi, retrouver une force on va dire pour pouvoir retourner sur le
lieu de travail. Donc pour ça on peut proposer des accompagnements in-situ, c'est-à-dire on va les
174 accompagner avec eux sur le poste de travail ou alors on peut aussi euh leur proposer de faire de
la visualisation hein, c'est-à-dire avant de reprendre le travail, on se rencontre deux jours avant et
176 la personne va visualiser son travail, comment il va se faire en lui apportant effectivement ces
modifications qui ont été proposées.

178 I – Ok. Euh **est-ce que vous utilisez des outils, des techniques particulières vous en tant que psychologue du travail ?**

180 E – Alors moi j'utilise des, des, des questionnaires, des questionnaires d'identification. Je vais
utiliser bah comme dit toujours le, le dialogue que ça soit des entretiens individuels donc soit des
182 entretiens ouverts où la personne va pouvoir s'exprimer librement avec une écoute attentive et on
va dire des questionnements pour essayer d'éclaircir avec donc euh des éclaircissements, des
184 questionnements, des reformulations. Et une fois que c'est fait, on peut aussi analyser la charge
de travail réelle sur le site, donc ça ça peut se faire aussi avec des outils, avec des questionnaires,
186 avec des grilles d'évaluations et ensuite on va essayer de réadapter le travail. On peut aussi suivre
des indicateurs, c'est-à-dire des indicateurs en termes de, euh, d'absentéisme, des indicateurs de,
188 peut-être plus précis par rapport à l'activité même de la personne hein. Ça peut être le, le nombre
de fois où elle doit soulever quelque chose, le nombre de fois où elle doit faire ça dans la semaine
190 donc ça peut être sur le long terme qui permette de voir effectivement une évolution des
problématiques et donc qui peut être source de problème, de souffrance.

192 I – Ok. Alors, les thérapies médicamenteuses sont, dans la majeure partie des cas, la première
alternative choisie dans le traitement du burnout une fois le diagnostic posé. Pourtant, en 2017, la
194 Haute Autorité de Santé a élaboré des recommandations de bonne pratique qui soulignent l'intérêt
« d'une prise en charge non médicamenteuse » du burnout. **Que pensez-vous de ces deux**
196 **approches médicamenteuses et non médicamenteuses ?**

E – Alors moi j'ai, j'ai un avis qui est assez, assez fixe là-dessus (rires). Moi, pour moi c'est
198 complémentaire. Pour moi l'un ne peut pas fonctionner sans l'autre et l'autre peut être aidé par
l'un. Dans le sens où un traitement médicamenteux va effectivement permettre de, de, de remettre
200 un système cérébral en activité, d'apporter effectivement les, les, les, remettre en route les
neurotransmetteurs effectivement qui peuvent être parfois défailants donc effectivement il y a
202 vraiment un intérêt à ce niveau-là et les essais cliniques sont très intéressants et prouvent
effectivement qu'il y a beaucoup de résultats. Néanmoins, une fois qu'on arrête le traitement qu'est
204 ce qui se passe ? C'est un peu l'idée quoi, on va soigner la personne mais une fois qu'on arrête
le, le schéma, la personne elle risque aussi de pas avoir forcément trouvé on va dire les outils et
206 les moyens de combattre ce qui lui arrive. Uniquement thérapeutique, euh des fois, enfin
uniquement, sans traitement donc uniquement une thérapie par exemple peut aussi ne pas être
208 suffisant parce que des fois la personne peut être tellement en souffrance qu'elle n'arrive pas à
imaginer ou trouver des solutions voir devenir acteur de ce qui lui arrive donc elle va être
210 uniquement dans une position de victime et ne pas réussir à trouver on va dire les solutions. Moi
ce que j'ai remarqué, qui avait, après c'est à titre personnel hein, c'est une opinion personnelle
212 mais ce que j'ai identifié qui avait le plus de résultat c'était un traitement médicamenteux au
démarrage avec un accompagnement thérapeutique par la suite pour permettre à la personne,

214 une fois que son fonctionnement a retrouvé une sorte de norme, de pouvoir être outillée, d'avoir un bagage pour faire face une fois que le traitement médicamenteux ne sera plus présent.

216 I – Ok, ouais. Alors, le thème suivant concerne les techniques qui peuvent être utilisées face au burnout. Certains traits de personnalité favoriseraient le développement d'un burnout, c'est le cas
218 par exemple de l'instabilité émotionnelle et du caractère consciencieux pouvant amener à un état de stress permanent. **Quelle importance accordez-vous aux techniques de détente et de**
220 **gestion du stress ?**

E – Alors c'est justement ce que je disais avant, c'est l'idée d'apporter des outils justement pour
222 permettre aux gens de s'adapter. Maintenant il faut rester prudent parce que un outil, c'est ce que j'aime bien aussi dire en fait souvent, c'est « un marteau c'est un outil, par contre on peut faire
224 deux choses avec, on peut taper sur la tête de quelqu'un ou planter un clou ». Donc, voilà, donc un outil à partir du moment où il existe il peut être détourné de son utilité primaire, voilà c'est un
226 peu ça l'idée. Moi je pense que c'est important d'outiller les personnes parce que ça leur permet d'avoir aussi la possibilité de choisir quels outils ils veulent utiliser au bon moment pour pouvoir
228 justement sortir d'une situation néanmoins c'est important de les accompagner sur l'utilisation et comment les gérer. Je sais qu'il existe pas mal d'outils de gestion du stress comme par exemple
230 la respiration synchronique il me semble où on va respirer sur des temps précis. On peut aussi visualiser des choses, compter à l'envers euh, voilà il existe plein d'outils. Maintenant la question
232 c'est de savoir que bah l'outil c'est pas non plus quelque chose de miraculeux, c'est quelque chose qui se travaille avec le temps, il faut le faire régulièrement et derrière il faut aussi que ça ait un réel
234 impact sur la personne. Donc par exemple la méditation, le yoga, ça peut être très efficace pour des personnes mais par contre pour d'autres personnes ça a vraiment aucun impact. Pour d'autres
236 personnes ça va être plutôt le CrossFit ou le sport intensif qui va permettre de, de réussir à évacuer un stress profond. Donc tout dépend en fait vraiment de la singularité de chacun, de trouver
238 comment je réagis par rapport aux situations et qu'est ce qui peut me permettre à moi d'extérioriser la souffrance que j'ai actuellement. Et aussi des fois savoir faire un choix. Souvent, parce que moi
240 je parle beaucoup de burnout professionnel parce que c'est celui que je rencontre le plus, mais des fois il faut aussi accepter que bah peut être le poste de travail n'est plus adapté, qu'il faut juste
242 que je parte. Et souvent c'est ça aussi la grosse difficulté, c'est de se dire voilà aujourd'hui le poste de travail, même si ça fait vingt ans que je le fais, il me correspond plus. Et bah il faut aussi que
244 j'arrive à prendre une décision, à faire un deuil sur ce travail-là et peut être quitte à aller voir autre chose. Et ça c'est aussi tout un travail qui peut se faire à ce niveau-là.

246 I – Ouais, ok.

E – Si jamais des fois je me, je me perds dans les réponses, faut pas hésiter à me reposer la
248 question (rires).

I – Non mais après c'est vraiment moi je me sers d'une base mais c'est totalement libre, et en fait
250 c'est super intéressant parce que il y a des idées qui reviennent etcetera donc non, il y a pas de soucis, c'est très bien.

252 E – Il y a pas de soucis, ok ça marche, impeccable.

I – Il a été montré que le burnout peut être associé à une détérioration des fonctions cognitives
254 telles que la concentration, l'exécution et la mémoire. **Dans ce contexte et d'après votre expérience, que pensez-vous des techniques de thérapie cognitive ?**

E – Bah pour moi les thérapies cognitives et comportementales donc tout ce qui est TCC pour moi
256 c'est quelque chose qui est aujourd'hui un, une science qui est encore en plein essor et qui permet quand même d'apporter pas mal de choses. Aujourd'hui, enfin, c'est, il y a quand même des super
258 résultats qui ressortent à travers les TCC ne serait-ce que en traitement de stress post, stress post-traumatique et euh justement de tout ce qui peut être phobie et perte de contrôle étant donné
260 qu'à partir du moment où on parle de burnout on est totalement dans cette idée là aussi hein, d'une personne qui perd le contrôle de sa gestion émotionnelle mais aussi de ses relations sociales et
262 de ses comportements en général. Les TCC peuvent effectivement apporter ces, des, des éléments intéressants par-là, donc les thérapies cognitives. Ne serait-ce que bah de permettre à
264 la personne de s'exprimer sur le pourquoi elle travaille comme ça, pourquoi elle est autant dans l'intensité, pourquoi est-ce que elle n'arrive pas à voir une autre possibilité pour elle que de rester
266

bloquée dans ce schéma qui finalement détériore sa santé. Et qui en plus, on le sait aujourd'hui, les personnes qui sont en burnout le ressentent, ils le savent qu'ils sont en burnout. Donc c'est aussi cette question-là, c'est pourquoi se laisser aller jusque-là et pourquoi pas à un moment se dire « mais une autre possibilité peut s'ouvrir à moi ».

I – Ouais, ok. Les symptômes physiques non spécifiques constituent l'une des cinq catégories de symptômes caractérisant le burnout selon la HAS. Les troubles musculo-squelettiques en sont un exemple. **De quelle(s) manière(s) effectuez-vous ou envisagez-vous le traitement de ces troubles ?**

E – Alors troubles musculo-squelettiques euh. Donc moi je travaille pas trop sur ce volet-là. Maintenant je sais que c'est totalement relié aussi au stress et à ce, au fait qu'à partir du moment où on est stressé on va être tendu et on va faire les gestes plus forcément dans le contrôle et l'attention donc effectivement ça fait partie d'une étude qui est nécessaire mais là c'est le côté ergonomique, je le tiens pas trop (rires).

I – **Mais les personnes que vous avez pu rencontrer dans ce contexte-là elles en souffraient ou elles s'en plaignent ?**

E – Oui oui bah alors c'est tout ce qui est. Alors je peux pas affirmer que c'est en lien avec le burnout, étant donné qu'on est sur du personnel soignant ou du personnel administratif qui vont aussi avoir des gestes répétitifs et des postures et des gestes pas forcément non plus toujours adaptés dans le sens où c'est répétitif etcetera. Donc je pense que, pour moi les TMS ils démarrent à partir de là. Maintenant est-ce que le burnout ou les situations de stress intense viennent pas aussi accentuer euh ces symptômes ? Je pense, effectivement.

I – Ouais. Tout à l'heure vous m'avez parlé de sport, de CrossFit. **Quelle est la place, selon vous, de la promotion justement de l'activité physique dans la prise en charge du burnout ?**

E – Alors ça c'est aussi un avis tout à fait personnel mais toute façon on est là pour parler de mes avis.

I – C'est l'objectif (rires).

E – C'est l'objectif tout à fait. Pour moi c'est primordial on va dire hein. Pour moi, une vie saine et active c'est la base même on va dire de, de, d'un accompagnement qui va se faire au niveau d'une personne qui souffre de burnout. Parce qu'aujourd'hui c'est démontré, la nutrition et l'alimentation ont un impact comme l'hydratation et l'activité physique aussi. Donc euh c'est, c'est un tout hein. On est pas des, on est pas des personnes sédentaires, on est pas fait pour être assis toute la journée. Et donc à partir du moment où on peut retrouver un, un plaisir dans une activité, ça permet aussi de ressortir d'un quotidien qui peut être difficile.

I – Tout à fait. Selon les données issues de la littérature, la pluridisciplinarité semble être un élément essentiel pour faire face au burnout. **Dans ce contexte, lorsque vous prenez en charge les patients souffrants de burnout, êtes-vous amené à collaborer de manière privilégiée avec d'autres acteurs ?**

E – Alors je suis amené à collaborer avec la direction des ressources humaines, avec euh le, les cadres de proximité ou cadres de pôle, direction des soins donc en fonction de l'aménagement des postes ou de la réorganisation des postes de travail. Je peux être amené à collaborer avec le médecin du travail donc euh quand ça peut être aussi un accompagnement d'une personne qui est vraiment en souffrance. Donc là ça peut être aussi pour la rediriger ou pour l'accompagner sur euh, sur un côté aussi plus médical. Et je peux être aussi amené à collaborer avec les référents handicap parce que pour aussi beaucoup de personnes qui souffrent de burnout, c'est des personnes qui euh ont aussi des pathologies associées et qui peuvent avoir des problématiques effectivement en termes d'expression du travail.

I – Ok. Certains symptômes induits par le burnout peuvent faire appel aux compétences du masseur-kinésithérapeute. Ainsi, certains patients souffrants de ce syndrome peuvent bénéficier d'une prise en charge par ce professionnel. **De manière générale, quelle place donnez-vous à la masso-kinésithérapie dans la prise en charge pluridisciplinaire du burnout ?**

318 E – Bah pour moi ça serait une prise en charge à ce moment-là qui serait complémentaire dans le
sens où elle serait en visée thérapeutique, c'est-à-dire qu'à partir du moment où une personne
320 peut être identifiée en burnout qui en plus développe des troubles musculo-squelettiques, tout ce
qui peut être masseur-kiné ou euh, j'ai plus le nom maintenant, ostéopathe ou ergothérapie peut
322 être quelque chose d'intéressant justement pour retrouver on va dire une, une posture, une, aussi
une masse musculaire éventuellement à certains endroits ou une réhabilitation, j'ai pas trop le
324 vocabulaire hein mais, du corps (rires). Oui pour moi c'est complémentaire, c'est-à-dire que ça va
faire partie d'un tout aussi hein.

I – Ouais. **Avez-vous rencontré des situations de soin durant lesquelles le masseur-kinésithérapeute était justement impliqué dans la prise en charge du burnout ?**

328 E – Alors pour l'instant non parce qu'on en a pas encore chez nous mais c'est en projet qu'il y ait
une cellule de bien-être ou de ressources qui voit le jour bientôt au sein des hôpitaux dans le but
330 justement d'accompagner les professionnels pour se détendre et retrouver on va dire euh un bien-
être. Et dans cette cellule est comprise justement de la kinésithérapie, de l'ergothérapie et de
332 l'ostéopathie pour justement euh permettre aux professionnels déjà qui souffrent de TMS de
retrouver un équilibre mais aussi justement maintenant qu'on en parle, peut-être du burnout hein
pour accompagner les personnes en souffrance.

334 I – **A partir de votre expérience, comment vous représentez-vous le rôle du masseur-kinésithérapeute dans cette prise en charge pluridisciplinaire du burnout ?**

336 E – Alors bah, c'est vrai que j'avais pas forcément pensé jusqu'à maintenant. Mais à partir du
moment où la personne peut être effectivement en souffrance parce qu'elle est tellement tendue,
338 en tension etcetera qu'elle arrive pas forcément à se relâcher ou alors qu'elle a perdu en termes
de posture ou en termes de, peut-être de difficultés particulières, c'est là où ça peut effectivement
340 être un, un élément qui vient s'y associer pour justement lui permettre de retrouver sa pleine
mobilité et sa pleine disponibilité pour euh, pour la continuité.

342 I – Ouais. **D'après vous, quelles sont les compétences qui semblent nécessaires au masseur-kinésithérapeute pour mener à bien ce type de prise en charge ?**

344 E – Ça serait de l'empathie, de l'écoute, euh peut être de la compréhension de ce que c'est le
burnout, euh de, d'être dans la, ouais dans cette idée de neutralité, de ne pas juger la personne,
346 de pouvoir aussi d'être dans la bienveillance et euh (...), oui bah je pense tout ce qui va toucher
effectivement dans le relationnel on va dire avec une personne, avec une personne voilà (rires).

348 I – Ouais. Et bah, **pour conclure sur les approches non médicamenteuses, auriez-vous des conseils ou recommandations à donner à un masseur-kinésithérapeute prenant en charge une personne souffrant de burnout ?**

352 E – Bah déjà de se dire que ça reste une personne à part entière, par sa singularité, dans son,
dans sa situation, qu'elle souffre effectivement euh d'un syndrome qui est lié effectivement à une
situation particulière. Donc c'est souvent une personne qui est là et qui ressent le besoin d'être
354 aidée, donc je pense que c'est important de lui apporter cette ouverture-là. Dire voilà on est là pour
accompagner, pour vous aider tout en présentant bien sûr le, l'accompagnement hein, c'est pas
356 non plus se perdre dans le contrôle, on est pas non plus médecin ou psychologue ou psychiatre
hein, c'est ça aussi qui est vraiment important, c'est vraiment de faire comprendre son rôle dans
358 la démarche et de pas hésiter aussi dans la pluridisciplinarité de, si c'est possible, de communiquer
avec les autres acteurs si on identifie des éléments spécifiques. Parce que mine de rien, en général
360 mise à part quand on est dans la rééducation, la kinésithérapie ou des choses comme ça c'est
assez agréable, c'est des, c'est des moments qui sont bien vécus où on peut avoir des, des temps
362 qui sont favorables où on peut aussi avoir de l'échange qui va se créer où la personne va aussi
pouvoir se confier et apporter des choses. Donc, certes il faut garder la confidentialité, mais à partir
364 du moment où on est sur un travail de, pluridisciplinaire ça peut être aussi intéressant de partager
ces informations à l'équipe médicale ou à l'équipe professionnelle qui accompagne pour pouvoir
366 justement compléter le dossier de la personne qui est accompagnée.

I – Oui tout à fait. Bah écoutez, nous avons maintenant abordé toutes les questions. **Avez-vous quelque chose à ajouter que nous n'aurions pas encore abordé ?**

370 E – Bah, pour l'instant ça me paraît assez, assez euh, assez complet en termes de questions et en termes de prise en charge. Moi je suis bien intéressé de, de voir les résultats de l'étude (rires).

372 I – Oui avec grand plaisir. Je vous, j'espère mener ça à bien dans les temps. Non mais avec grand plaisir je vous enverrais ça euh, par, par mail.

374 E – Ouais, aucun souci, ouais. Ouais, ça, ça peut être intéressant de voir qu'est-ce qui peut, qu'est-ce qui peut en sortir. Et puis, enfin, comme on le disait avant, le, il y a pas que, il y a pas de
376 traitement miracle dans la vie qui existe et c'est toujours dans la pluri, le fait de faire plusieurs choses pour la personne qu'on va réussir à l'accompagner au mieux parce que comme vous l'avez
378 dit chaque patient il est, il est individuel, il a son histoire, sa manière de raisonner et puis ce qui peut arriver aussi c'est que la personne ait pas en confiance avec le médecin et puis si ça se trouve avec le kiné il va pouvoir être beaucoup plus en relation, en confiance et avoir quelque chose qui
380 peut s'apporter qu'il aurait pas trouver ailleurs. Et ça c'est quelque chose qu'on remarque beaucoup aujourd'hui hein, c'est que on, chacun choisit à qui il veut faire confiance, comment il
382 veut se dévoiler et comment il veut faire aussi avancer sa prise en charge.

(...) : Echange supplémentaire avec l'expert.

ANNEXE VII : Copie du poster présenté dans le cadre des JFK 2021



« Brûler la chandelle par les deux bouts... » Et si le MK avait sa place dans la prise en charge du burnout ?

INTRODUCTION

Le burnout se caractérise par un épuisement global touchant simultanément la sphère émotionnelle, physique et psychique de l'individu (1).

Sa prévalence n'a cessé d'augmenter durant ces dernières décennies. En 2014, une étude a estimé que 3,2 millions de salariés français présentaient un risque de burnout, soit plus de 12% de la population active (2).

La HAS en 2017 souligne l'importance d'une prise en charge spécifique et pluridisciplinaire par un suivi médical adapté mais également par des approches non médicamenteuses centrées sur la personne (3).

Le masseur-kinésithérapeute (MK) n'apparaît pas expressément dans ces recommandations, pourtant à travers sa relation privilégiée avec le patient et son approche bio-psycho-sociale, il pourrait avoir un rôle dans la prise en charge du burnout.

Notre objectif était d'aller à la rencontre de différents experts en santé mentale afin de recueillir leurs points de vue et expériences sur le burnout et plus particulièrement sur l'approche non médicamenteuse.

Quelles sont leurs représentations sur le rôle du MK dans la prise en charge pluridisciplinaire du burnout ?

Cette étude s'inscrit dans le cadre d'un projet collaboratif de recherche sur la « santé mentale et la kinésithérapie » soutenu par le Conseil National de l'Ordre des MK.

METHODE

- Etude qualitative par entretiens semi-directifs en distanciel.
- Elaboration d'un guide d'entretien construit autour des thèmes suivants :
 - L'expérience personnelle et la vision de l'expert sur le burnout
 - La prise en charge du burnout
 - La place du MK dans la prise en charge pluridisciplinaire du burnout et les techniques face à ce syndrome
 - Conseils et recommandations au MK
- Participants : n = 5 professionnels paramédicaux experts en santé mentale avec une ancienneté ≥ à 2 ans (2 psychologues du travail, 1 ergothérapeute, 1 MK, 1 IDE/sophrologue)
- Analyse thématique : émergence d'une didactique professionnelle

1. Maslach C, Jackson SE. The measurement of experienced burnout. J Organ Behav. avr 1981;2(2):99-113.
2. Rapport du groupe Technologia. <https://www.technologia.fr/etudes/appel-pour-la-reconnaissance-du-syndrome-depuisement-au-tableau-des-maladies-professionnelles/>
3. Haute Autorité de Santé. Repérage et prise en charge cliniques du syndrome d'épuisement professionnel ou burnout. Saint-Denis La Plaine : HAS ;2017.

Marion Favini, Mélanie Pereira, Mélanie Jambeau, Thomas Clément, Séverine Buatois.
(IFMK de Nancy)

RESULTATS

« Quels sont les outils, techniques ou approches que vous utilisez face au burnout ? »



« Quelles sont les compétences nécessaires au MK pour assurer la prise en charge du burnout ? »



DISCUSSION

Les témoignages des experts ont permis d'identifier leurs rôles dans le parcours de soin des patients, de préciser leur définition du burnout et leurs difficultés. Ils évoquent l'importance des techniques de détente, de gestion du stress et de l'activité physique.

Le MK semble avoir les compétences nécessaires pour répondre aux problématiques induites par le burnout. Bien que son rôle ne soit pas encore clairement identifié, le champ de la masso-kinésithérapie mérite de s'ouvrir davantage au domaine de la santé mentale pour que le MK puisse être mieux intégré à cette approche pluridisciplinaire indispensable pour faire face à la complexité de ce syndrome.



Avis des experts sur la place du MK dans l'approche non médicamenteuse du burnout

« complémentaire »

« c'est extrêmement important »

Techniques de détente et de gestion du stress

« c'est un aspect plus individuel [...] nécessaire à un moment donné »

« c'est essentiel »

« une place très importante en prévention »

« des techniques complémentaires à la prise en charge médicamenteuse »

« un seul pan de la problématique »

Le traitement des TMS

« des indicateurs de niveau de stress »

« trouver la cause pour pas juste soigner le symptôme »

« on les soigne [...] comme une pathologie ostéoarticulaire classique »

« c'est le côté ergonomique »

L'activité physique

« c'est hyper important comme l'hygiène de vie générale »

« indispensable de même qu'une alimentation correcte »

« Ça n'est pas encore assez reconnu »

« se remettre en mouvement, c'est important »

« Brûler la chandelle par les deux bouts... » Et si le masseur-kinésithérapeute avait sa place dans la prise en charge du burnout ? *Etude qualitative auprès d'experts en santé mentale*

Introduction : Le burnout ou syndrome d'épuisement professionnel se caractérise par un épuisement global touchant simultanément la sphère émotionnelle, physique et psychique de l'individu. La HAS en 2017 souligne l'importance d'une prise en charge spécifique et pluridisciplinaire associant un suivi médical adapté et des approches non médicamenteuses centrées sur la personne. Le masseur-kinésithérapeute (MK) n'apparaît pas expressément dans ces recommandations. Pourtant, par son approche bio-psycho-sociale et sa relation privilégiée avec le patient, il pourrait avoir un rôle dans la prise en charge du burnout. L'objectif était de recueillir les points de vue et les expériences d'experts en santé mentale sur l'approche non médicamenteuse du burnout. Quelles sont leurs représentations sur le rôle du MK dans la prise en charge pluridisciplinaire du burnout ?

Matériel et méthode : Des entretiens semi-directifs ont été réalisés auprès de 5 professionnels experts (2 psychologues du travail, 1 ergothérapeute, 1 MK, 1 IDE sophrologue).

Résultats : Leurs témoignages ont permis d'identifier leurs rôles dans le parcours de soin des patients, de préciser leur définition du burnout et leurs difficultés. Bien qu'ils n'aient pas l'habitude de collaborer avec les MK dans leur pratique courante, les experts associent le rôle du MK au traitement des troubles somatiques par des techniques comme le « *massage pour réduire des tensions* », les « *conseils pour l'activité physique* », « *remise en mouvement* », « *revenir à son corps, se détendre* ». Les qualités essentielles citées sont « *l'empathie* », « *l'écoute* », « *la bienveillance* », « *une connaissance fine du processus de burnout* », « *ne pas juger la personne* » et « *la pluridisciplinarité* ».

Discussion : Le MK semble avoir les compétences nécessaires pour répondre aux problématiques induites par le burnout. Ainsi, le champ de la masso-kinésithérapie mérite de s'ouvrir davantage au domaine de la santé mentale afin que le MK puisse être mieux intégré dans l'approche pluridisciplinaire indispensable face à la complexité de ce syndrome.

Mots-clés : burnout – masseur-kinésithérapeute – prise en charge – santé mentale – syndrome d'épuisement professionnel.

« Burning the candle at both ends... » What if the physiotherapist had a role in the burnout management? *Qualitative study involving mental health experts*

Introduction : Burnout or professional exhaustion syndrome is characterised by a global exhaustion affecting simultaneously emotional, physical and psychological spheres of the individual. In 2017, the French Health's High Authority (HAS) emphasised the importance of a specific and multidisciplinary treatment combining a suitable medical follow-up and para-medical cares focus on the person. The physiotherapist (PT) does not appear expressly in these recommendations. However, through their bio-psycho-social approach and their special relationship with the patient, they could have a role in the burnout management. This study aimed to gather views and experiences of mental health experts on their para-medical approach of burnout. What are their representations on the PT's role in the multidisciplinary management of burnout?

Material and method : Semi-structured interviews were conducted with 5 expert professionals (2 occupational psychologists, 1 ergotherapist, 1 PT, 1 nurse sophrologist).

Results : Their testimonies helped to identify their roles in the patient's care pathway, their definition of burnout and their support difficulties. Despite the fact that they are not used to work with PTs in their current practice, experts associate PT's role with the treatment of somatic disorders through techniques such as « *massage to reduce tension* », « *advice on physical activity* », « *getting back into movement* », « *getting back to your body, to relax* ». The essential qualities cited were « *the empathy* », « *the ability to listen* », « *the benevolence* », « *a detailed knowledge of the burnout process* », « *an attitude that does not judge the person* » and « *multidisciplinary* ».

Discussion : The PT seems to have the necessary skills to respond to issues caused by burnout. Thus, the physiotherapy deserves to be more open to the mental health field. This would allow the PT to be better integrated into the multidisciplinary approach which is essential given the complexity of this syndrome.

Keywords : burnout – physiotherapist – care – mental health – burnout syndrome